بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس بینش شناختی بک(BCIS) در نمونه غیر بالینی ایرانی

رحیم یوسفی[1]، جلیل فتح آبادی[2]، بلال ایزانلو[3]

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

یافته / دوره پانزدهم / شماره ۱ / بهار ۹۲ / مسلسل ۵۵

چکیده

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۳۰ ، پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۱۱

* **مقدمه:** بینش مفهومی پیچیده و چند بعدی است. سنجش‌های بالینی بینش، عمدتاً بر آگاهی بیماران از بیماری روانی و نیاز آنها به درمان متمرکز شده است. رویکردهای نوین بر فرآیندهای شناختی نظیر ارزیابی مجدد بیماران از تجارب غیرعادی‌شان و سوء تفسیرهای آنها تمرکز کرده‌اند. هدف پژوهش حاضر بررسی ساختار عاملی نقیاس بینش شناختی بک، در نمونه غیربالینی ایرانی است.

* **مواد و روش‌ها:** به این منظور، ۴۷۶ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های مختلف، مقیاس بینش شناختی بک (BCIS) و پرسشنامه خودآگاهی (SCS) را تکمیل کردند. داده‌های گردآوری شده به وسیله نرم‌افزار لیزرل و SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

* **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دادند که دو مؤلفه اساسی خود-اندیشمندی و اطمینان به خود که توسط بک، باروچ، بالتر، استیر و وارمان(۲۰۰۴) مطرح شده بودند، در پژوهش حاضر نیز به عنوان عامل‌های مستقل به دست آمدند.

* **بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که مقیاس بینش شناختی بک (BCIS) دارای ثبات ساختاری لازم در جمعیت غیربالینی ایرانی می‌باشد و می‌تواند به عنوان یک ابزار سودمند، برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار بگیرد.

* **واژه‌های کلیدی:** : بینش شناختی، تحلیل عاملی، مقیاس، بک.

آدرس مکاتبه: تبریز، ۳۵کیلومتری جاده آذر شهر، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

پست الکترونیک: yousefi@azaruniv.ac.ir

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

بینش[1] مفهومی چالش بر انگیز است و ارائه تعریفی از آن که مورد توافق همه متخصصان و صاحبنظران قرارگیرد، مشکل است(۱). مفهوم بینش که به طور گسترده به وسیله متخصصان بالینی در زمینه بیماری‌های روانی به ویژه روان‌پریشی‌ها و همچنین ارتقاء سلامت روانی مورد توجه قرار گرفته است و این توجه ناشی از پیوند و ارتباط نیرومندی است که بین بینش و کیفیت زندگی وجود دارد(۲)

مطالعات و بررسی‌های اولیه درباره بینش عمدتاً بر اسکیزوفرنیا متمرکز شده بود و تنها در دهه‌های اخیر است که بینش و نقایص آن یکی از علاقه‌ها و تمرکزهای پژوهشی در سایر اختلال‌های روانی شده است(۳). بینش مختل در حد بالایی، در بیماران دارای تشخیص اسکیزوفرنیا رایج است (۷-۴). در مطالعه سازمان بهداشت جهانی در زمینه اسکیزوفرنیا (۸) گزارش شده است که ۹۷ درصد بیماران روان‌پریش در مرحله حاد، فاقد بینش هستند. به همین دلیل، مفهوم بینش توجه روزافزونی را از جانب پژوهشگران دریافت کرده است. در چند دهه گذشته، تعریف بینش در بافت آسیب‌شناسی روانی متحول شده است. متخصصان بالینی، ابتداً، بینش را به عنوان حالتی از آگاهی درباره بیماری روانی تلقی کرده‌اند که وجود دارد یا وجود ندارد (۱۰-۸). بسیاری از مؤلفان و پژوهشگران اخیر، بینش را به عنوان یک سازه چندبعدی و دارای زیر عامل-هایی که بر روی پیوستاری قرار دارد، توصیف کرده‌اند (۱،۱۱،۱۲). رویکردهای معاصر در این زمینه، بر آگاهی بیماران یا به طور دقیق‌تر ناآگاهی آنها از ویژگی‌های مختلف بیماری و وضعیت مرضی متمرکز شده است. برای مثال تشخیص بیماران از این که:۱- آنها از یک بیماری روانی رنج می‌برند،۲- نشانه‌هایشان مرضی و بیمارگونه هستند، ۳- آیا نیاز به درمان دارند و ۴- علت یا منبع نشانه‌هایشان یک بیماری است (۱۳).

پر واضح است که بینش مختل، نقش مهمی را در توسعه پدیده روان‌پریشی بازی می‌کند. به عنوان مثال در شکل‌گیری و تداوم هذیان‌ها، باورهای انحرافی به حدی شدید هستند که فرایندهای طبیعی آزمون واقعیت را که معمولاً در روان‌پریشی تضعیف می‌شود، تحت الشعاع قرار می‌دهند. همچنین این اعتقاد بیماران که توهم‌های کلامی آنها به وسیله یک عامل بیرونی ایجاد می‌شوند، حاکی از بازشناسی مختل و مرضی ماهیت تجارب نابهنجار است(۱).

مک‌وی[2] و همکاران و مینتز[3] و همکاران مطرح می‌کنند که بین بینش و نشانه‌های مرضی رابطه نسبتاً ضعیفی وجود دارد، که این نکته بررسی و کنکاش در فرایندهای شناختی مرتبط با تجارب بیماران را ایجاب می‌کند(۱۴،۱۵). تمرکز بر ساختار اختصاصی باورهای بیماران درباره ماهیت تجارب نابهنجارشان، می‌تواند شیوه‌ای جایگزین و ثانوی را برای مفهوم‌بندی بینش فراهم سازد. برای مثال بعضی از بیماران این تبیین را می‌پذیرند که آنها از لحاظ روانی بیمار هستند و تجارب غیر عادی‌شان، نشانه‌های یک اختلال روانی است، اما در این باره به خوبی مجاب و قانع نشده‌اند.

هنگامی که از این بیماران درباره علت نشانه‌هایشان سؤال می‌شود، معمولاً آنچه را که دریافت کرده‌اند، تکرار می‌کنند؛ مثلاً مطرح می‌کنند که دارای بیماری روانی هستند، نشانه‌هایشان به وسیله اسکیزوفرنیا ایجاد شده است، یا نشانه‌ها به علت عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی-شیمیایی مغز است. اما در بررسی عمیق بالینی از محتوا و ویژگی‌های این تجارب، این نکته آشکار می‌شود

1. Insight
2. McEvoy
3. Mintz

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

که در بسیاری از موارد این توضیحات، باورهای بنیادی و پایدار بیماران را منعکس نمی‌کنند. برای مثال، یک بیمار توهمی اذعان می‌کند، صداهایی که می‌شنود، به وسیله بیماری روانی‌اش ایجاد شده‌اند، اما هنگامی که به بررسی عمیق پرداخته می‌شود، بیان می‌کند که صداها، حاوی پیام‌هایی از جانب شیطان هستند (۱۳).

این تبیین‌های درونی بیماران می‌توانند به عنوان یک نشانه از بینش عقلانی که در مقابل بینش هیجانی قرار دارد، توصیف شوند. بینش هیجانی در متون مربوط به آسیب‌شناسی روانی، مفهومی است که نشانگر خودآگاهی کافی برای اصلاح عقاید و باورهای غیرکارکردی و پیامدهای عاطفی و رفتاری آنها می‌باشد (۱۶). ممکن است بیماران صادقانه تبیینی را درباره وضعیت‌شان بپذیرند و با آن موافق باشند (بینش عقلانی) اما آنها شاید هیچ‌گونه تغییر قابل ملاحظه‌ای را در نظام باورهای هذیانی خودشان تجربه نکنند(بینش هیجانی)(۱۶).

مفهوم بالینی بینش به وسیله مقیاس‌های مختلفی مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفته است (۲۲-۱۷، ۱۴) که هر کدام از آنها در تعیین حضور بیماری روانی و پیش‌آگهی آن و همچنین تجویزهای درمانی، ارزشمند هستند (۱،۱۵). با این وجود، مقیاس‌های بالینی بینش، ظرفیت محدود بیماران را برای ارزشیابی تجارب نابهنجار و استنباط‌های اشتباه مورد ملاحظه قرار نمی‌دهند. باید خاطر نشان کرد که این نقایص شناختی از لحاظ بالینی قابل توجه و مهم هستند و در شکل‌گیری و توسعه باورها و افکار هذیانی نقش مهمی را ایفاء می‌کنند (۱۳).

مسأله شناختی تعیین کننده در بیماران روان‌پریش، تنها در تحریف‌های همخوان با تجارب خلاصه نمی‌شود، آنها همچنین در زمینه جداسازی و تفکیک خودشان از تحریف‌ها و رسوخ‌ناپذیری به بازخوردهای اصلاحی، اختلال نشان می‌دهند(۱۳). برخی از بیماران غیر روان‌پریش نظیر افرادی که دچار اختلال افسردگی یا پانیک هستند، رویدادها را نادرست تفسیر می‌کنند، برای مثال، بیماران افسرده تعامل با دیگران را به عنوان علامتی از طرد یا بی‌کفایتی شخصی تفسیر می‌کنند (۲۳)، همچنین بیماران پانیک احساس‌های بدنی را به اشتباه به عنوان علامتی از ناتوانی جدی تفسیر می‌کنند (۲۴). در هر دوی این اختلال‌ها، بیمار توانایی و ظرفیت انعکاس تجارب و شناسایی نتیجه‌گیری‌های نادرست را دارد. در مقابل، این توانایی به درجات مختلفی در بیماران دارای سیمایه‌های روان-پریشی تضعیف شده است. مؤلفه‌های عمده این اختلال در بیماران روان‌پریش عبارتند از:

۱- اختلال در عینیت و واقع‌نگری درباره تحریف‌های شناختی،۲- فقدان توانایی برای قرار دادن این تحریف‌ها در مرکز توجه، ۳- مقاومت در برابر اطلاعات اصلاحی ارائه‌شده از جانب دیگران، ۴- اعتماد افراطی و تکیه بیش از حد به نتیجه‌گیری‌های شخصی(۱۳).

اختلال در فرایندهای کشف و تصحیح تفسیرهای غلط به طور واضح با پدیده بالینی بینش مختل مرتبط است. اگر بیماران روان‌پریش دارای توانایی مختل، برای ارزیابی تفسیرهای انحرافی هستند و این وضعیت آنها را نسبت به رد استدلال‌های صحیح و منطقی، مستعد می‌سازد؛ در این صورت، آنها مجبورند تا باور کنند، تجاربی که دیگران آنها را نشانه‌های بیماری می‌نامند، واقعی هستند و تفسیرهای آنها حقیقت دارد و تفکرشان منطقی است (۱۳).

بک و همکارانش مشاهده کردند، بیماران روان‌پریش علاوه بر سوء تعبیر واقعیت، توانایی یکپارچه‌سازی بازخوردهای اصلاحی مرتبط با باورهای هذیانی خودشان را ندارند. آنها می‌پندارند که ناتوانی در بررسی و زیر سؤال بردن اطلاعات ناهماهنگ، ممکن است در توسعه و تداوم باورها و تفکر هذیانی نقش داشته باشد(۷). فقدان آگاهی از بیماری روانی که نیازمند درمان است، ممکن است نشانگر اختلال در بینش بالینی باشد. این نوع بینش بر جنبه‌هایی از پدیدار شناسی بالینی متمرکز

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

است که برای تشخیص و درمان ضروری هستند؛ درحالی که بینش شناختی ارزیابی و تصحیح باورهای تحریف شده و تفسیرهای نادرست را در بر می‌گیرد. این ارزیابی‌ها براساس سطوح بالاتر فرایندهای شناختی (که گاهی اوقات فراشناخت نامیده می‌شوند) نظیر توانایی برای تفکیک خود از سوءتفسیرها و ارزیابی مجدد آنها، بنا شده است (۱۳).

نخستین گام در فهم این فرایندها، ارزیابی گزارش‌های بیماران از عینیت و واقع‌بینی مرتبط با تفکر هذیانی جاری، دیدگاه آنها درباره خطاهای قبلی، توانایی و ظرفیت آنها برای اسناد مجدد تبیین‌های نادرست، و همچنین دریافت‌کنندگی آنها نسبت به اطلاعات اصلاحی ارائه شده از جانب دیگران می‌باشد(۱۳). به همین منظور بک و همکارانش برای سنجش و ارزیابی سازه‌های شناختی مورد بحث، مقیاس بینش شناختی بک را ساخته‌اند. ابزار فوق در پژوهش‌های مختلفی (۳۰-۲۵) به کار رفته و مورد بررسی قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی خصوصیات روانسنجی و ساختار عاملی مقیاس بینش شناختی بک در نمونه غیر بالینی ایرانی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی است. جامعه آماری پژوهش دانشجویان پسر و دختر مقطع کارشناسی رشته‌های مختلف دانشگاه علامه طباطبایی تهران، دانشگاه پیام نور، آزاد و دانشکده علوم قرآنی و پرستاری شهر خوی در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۸ بودند که از این جامعه تعداد ۵۰۰ نفر به شیوه تصادفی- طبقه‌ای انتخاب شدند. به این صورت که با توجه به نسبت دانشجویان دختر و پسر در این دانشگاه‌ها، تعداد ۵۰۰ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در آن سال تحصیلی به صورت تصادفی از فهرست دانشجویان انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. پس از جداسازی پرسشنامه‌های مخدوش و غیر قابل تحلیل، در مجموع ۴۷۶ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه در جدول شماره یک گزارش شده است.

جدول۱. داده‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

جنس	فراوانی	میانگین سن	انحراف استاندارد
دختر	۲۳۵	۲۱/۴۳	۱/۹۰
پسر	۲۴۱	۲۱/۸۸	۲/۳۸
کل	۴۷۶	۲۱/۶۶	۲/۷۰

داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر گردآوری شد:

۱- مقیاس بینش شناختی بک[1] (BCIS):

مقیاس فوق به وسیله بک و همکاران (۱۳) برای سنجش میزان بینش شناختی ساخته شده است. این مقیاس میزان بینش شناختی فرد را با توجه به دو عامل خود-اندیشمندی[2] و اطمینان به خود[3] می‌سنجد. مقیاس بینش شناختی بک، یک ابزار خود-سنجی است و دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و توسط خود فرد تکمیل می‌شود. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود تا میزان موافقت خود را با هر یک از جملات پرسشنامه در یک مقیاس ۴ درجه‌ای که دامنه آن از ۰ (اصلاً موافق نیستم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد، درجه‌بندی کنند. هیچ محدودیت زمانی برای پاسخ‌دهی به سؤال‌های پرسشنامه وجود ندارد. مقیاس بینش شناختی بک دو مجموعه از سؤال‌ها را شامل می‌شود.

اولین مجموعه، شامل سؤال‌هایی است که با واقع‌بینی و عینیت، اندیشمندی و پذیرندگی نسبت به بازخوردها مرتبط است. سؤال‌های این مجموعه طوری طراحی شده‌اند که شناخت‌های بیماران را می‌سنجند. در واقع ماده‌های این مجموعه از مقیاس بک با مؤلفه‌ای که خود-اندیشمندی نام گرفته و از مطالعات تحلیل عاملی درباره این مقیاس استخراج شده است، مطابق می‌باشد.

1. Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)
2 .Self- Reflectiveness
3. Self- Certainty

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

عامل خود-اندیشمندی به عنوان شاخصی از دورن‌نگری، تمایل برای تصدیق خطاپذیری، باز بودن و پذیرندگی توصیف و تعبیر شده است. این عامل شامل ۹ سوال می‌باشد.

دومین مجموعه از سؤال‌های مقیاس بینش شناختی بک، برای مورد ملاحظه قرار دادن تصمیم‌گیری‌های پاسخ دهنده، طراحی شده است. در این مجموعه ۶ سؤال گنجانده شده است و اطمینان و اعتماد بیمار درباره باورها، قضاوت‌ها و نتیجه‌گیری‌های شخصی و همچنین مقاومت در برابر بازخوردهای دیگران و حق به جانب بودن را می‌سنجد. این مجموعه با عامل اطمینان به خود که از مطالعات تحلیل عاملی مقیاس استخراج شده است، هماهنگی دارد و شامل ۶ سوال است. شاخص مرکب یا همان بینش شناختی، از طریق کم کردن امتیاز آزمودنی در مؤلفه اطمینان به خود، از مؤلفه خود-اندیشمندی به دست می‌آید.

این مقیاس برای اولین بار و به منظور استفاده در پژوهش یوسفی و همکاران (۳۱) توسط مؤلفان ترجمه شده و نارسایی‌های ترجمه توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی اصلاح شده است. همچنین از لحاظ روایی[1] و اعتبار[2] بررسی شده است. روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط مؤلف دوم و سوم مقاله اصلی و همچنین سه روانپزشک دیگر تأیید شده است. همچنین هماهنگی درونی ماده‌های فرم اصلی مقیاس، توسط سازندگان آن (۱۳) برای زیرمقیاس‌های خود – اندیشمندی(α =۰/۶۸) و برای زیرمقیاس اطمینان‌به‌خود (α =۰/۷۰) بدست آمده بود. در پژوهش یوسفی و همکاران (۳۱) برای زیرمقیاس‌های خود– اندیشمندی (α =۰/۶۹) و برای زیرمقیاس اطمینان‌به‌خود (α =۰/۷۹) و برای کل مقیاس (α =۰/۷۴) به دست آمده است. همچنین ضریب پایایی[3] (اعتبار) مقیاس از طریق شیوه دونیمه کردن (تنصیف) r = ۰/۷۲ و از طریق شیوه بازآزمایی r = ۰/۶۹ بدست آمده بود. روایی همزمان آن با استفاده مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی که توسط سازندگان مقیاس r = ۰/۸۶ گزارش شده بود، در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۸۶)ضریب همبستگی r = ۰/۸۳ بدست آمده است. مقیاس سنجش ناآگاهی از اختلال روانی که توسط آمادور و همکاران (۱۸) ساخته شده است، در پژوهشی جداگانه(۳۲) مورد استفاده و بررسی قرار گرفته است.

۲- *مقیاس بینش*[4]

این مقیاس توسط مارکووا و همکاران (۳۳) برای سنجش بینش ساخته شده است. فرم اولیه آن دارای ۳۲ سؤال بود، ولی به دلیل مبهم و گنگ بودن و عدم کفایت لازم مقیاس توسط سازندگان اصلی تجدید نظر و اصلاح شد و تبدیل به فرم ۳۰ سؤالی شد. در فرم ۳۰ سؤالی برخی از از سؤال‌ها حذف، اضافه و عبارت‌بندی مجدد شد. نمره‌گذاری مقیاس به صورت دوگانه(بلی، خیر) است نمره ۱ برای دارا بودن بینش و نمره صفر برای فقدان بینش لحاظ می‌شود. در این مقیاس اگر آزمودنی به سؤال‌های(۱ ،۳-۶، ۸-۱۱، ۱۳-۱۹، ۲۱ ،۲۲، ۲۴-۲۷، ۳۰) پاسخ مثبت و به سؤال‌های ۲۹،۲،۷،۱۲،۲۰،۲۳،۲۸ پاسخ منفی بدهد، نمره کامل می‌گیرد. نمره ۳۰ نشانگر بینش کامل و نمره صفر نشان‌دهنده فقدان بینش است.

این ابزار به منظور بررسی روایی همگرای مقیاس بینش شناختی بک، توسط مؤلف اول ترجمه شده و به وسیله یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی ترجمه معکوس شده و سپس مورد بررسی و اصلاح قرار گرفته است. سازندگان اصلی مقیاس بینش (۳۳) بر اساس تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی گویه‌های مقیاس ۴ عامل را شناسایی کرده‌اند.

عامل اول، با آگاهی از تفکر مختل و احساس فقدان کنترل مرتبط است و شامل ۸ سوال است.

1. Validity
2. Reliability
3. Stability
4. Insight Scale

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

عامل دوم، متمرکز بر تصدیق و اذعان بر این نکته است که رویدادهای بیرونی و همچنین حالت‌های درونی فرد متفاوت احساس می‌شوند و علاوه بر این، تفاوت بیگانه و نامأنوس ادراک می‌شود. عامل دوم دارای ۶ سوال است.

عامل سوم، مربوط به یک احساس مبهم درباره این موضوع است که چیزی غلط و نادرست در درون فرد در جریان است. این عامل شامل ۳ سوال است.

عامل نهایی و چهارم، مربوط به اسناد تغییرات ادراک شده به مشکلات جسمانی می‌باشد و در برگیرنده ۲ سوال می‌باشد.

سازندگان اصلی مقیاس بینش برای بررسی اعتبار درونی، آلفای کرونباخ را برای مقیاس محاسبه کرده‌اند که برابر ۰/۸۷=α بود در پژوهش حاضر ضریب اعتبار مقیاس بینش از طریق محاسبه مقدار آلفا۰/۷۹=α به دست آمد که نشانگر اعتبار درونی خوب مقیاس بینش است. ضریب بازآزمائی مقیاس بینش در فرم اصلی و توسط سازندگان که پس از یک هفته بر روی ۱۰ نفر مجدد اجراء شده بود، برابر r=۰/۶۵ به دست آمده بود و به دلیل این که تعداد نمونه در بازآزمائی کمتر از ۱۵ نفر بود ضریب همبستگی درون-رده‌ای توسط سازندگان اصلی محاسبه شده بود(r=۰/۷۹ ،p<۰/۰۱۱). در بررسی حاضرپس از دو هفته بر روی ۲۰ نفر از نمونه مقیاس مجدداً اجراء شد و مقدار همبستگی برابر r=۰/۶۷ به دست آمد.

داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل عاملی تأییدی از طریق نرم افزار آماری لیزرل[1] مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

به منظور بررسی روایی همگرای مقیاس بینش شناختی بک، ضریب همبستگی بین نمره‌های ۵۰ نفر از گروه نمونه در ابزارهای پژوهش محاسبه شده است که نتایج آن به همراه ضریب بازآزمائی مقیاس بینش شناختی بک که پس از گذشت دو هفته مجدداً بر روی یک نمونه ۵۰ نفری اجرا شده است در جدول شماره دو گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی BCIS با IS و ضرایب باز-آزمائی BCIS

متغیر	مقیاس بینش (مارکووا و همکاران)	ضریب بازآزمائی
بینش شناختی	۰/۸۹	۰/۷۳
خوداندیشمندی	۰/۹۱	۰/۷۸
اطمینان به خود	۰/۸۳	۰/۶۳

در تحلیل عاملی داده‌های پژوهش دو کار عمده صورت گرفته است. ابتدا بر اساس نتایج مقاله بک و همکاران (۱۳) میزان برازش مدل آنها را در جامعه ایران با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی بررسی شده است، سپس با وابسته گرفتن مؤلفه‌ها و تحلیل دوباره، نتایج با نتایج مرحله قبل مورد مقایسه قرار گرفته است.

در گام اول هدف آن است که عوامل و نشانگرهای مشخص شده در مقیاس بینش شناختی را که توسط بک و همکاران (۱۳) تهیه شده است، با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی در جامعه ایران مورد بررسی قرار داده و اعتبار بین فرهنگی آن مشخص شود. بر اساس آنچه در مقاله بک و همکاران ذکر شده در کل با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی دو مؤلفه ناهمبسته استخراج شده‌اند. مؤلفه اول حاوی ۹ نشانگر و مؤلفه دوم دارای ۶ نشانگر را می‌باشد. این نشانگرها به همان صورتی که توسط بک و همکاران در مقاله شان مشخص شده بر روی دو مؤلفه استخراج شده، مشخص شده‌اند.

نتایج آزمون کای دو در جدول ۳ حاکی از برازش خوب مدل با داده‌ها نیست (سطح معناداری برابر با ۰/۰۰۰۵ بود). ولی چون این شاخص به حجم نمونه حساس است صرف قضاوت در خصوص برازش بر اساس آن می‌تواند گمراه باشد. به همین سایر شاخصهای برازش مورد توجه قرار میگیرند. ردیف دوم جدول شماره ۳ نتایج شاخص‌های برازش مختلف را نشان می‌دهد. نتایج

1. Lesrel

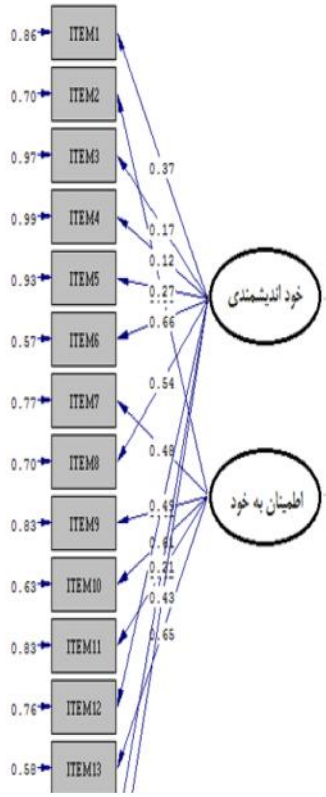
[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

شاخصهای GFI وAGFI که به ترتیب برابر با ۰/۹۶ و ۰/۹۵ هستند حاکی از برازش کافی مدل با داده‌ها است. شاخص RMSEA نیز مساوی (۰/۰۶۸) شده که مقادیر پایین از ۰/۰۸ آن قابل قبول است.

در ادامه مؤلفه‌های استخراج شده توسط بک و همکارن، وابسته در نظر گرفته می‌شود و دوباره تحلیل مورد نظر انجام گرفته و نتایج بررسی می‌شوند تا مشخص شود که آیا وابسته گرفتن عوامل به افزایش برازش مدل منجر می‌شود؟

با توجه به نتایج حاصل از اجرای مدل جدید و تفریق مقدار کای دو مدل فعلی از قبلی نتایج زیر به دست آمد. چون کای دو (۱۲/۵ =۲۷۴/۴۷-۲۸۶/۹۷) با درجه آزادی برابر با (۱=۸۹-۹۰) از کای دو جدول (۶/۶۴) با یک درجه آزادی بزرگتر است، پس می‌توان نتیجه گرفت که مدل فعلی برازش بهتری با داده‌ها دارد. به عبارتی وقتی دو مؤلفه وابسته در نظر گرفته شود، برازش مدل منجر به معناداری بهتر می‌شود. میزان همبستگی بین دو مولفه نیز ۰/۳۳- برآورد شده است که معنادار بوده و حاکی از رابطه نسبتا خوب بین دو عامل است.

نمودار شماره ۱ مدل برازش داده شده بـه داده‌هـا را همـراه بـا نتـایج مربوط به آزمون کای دو (P <۰/۰۰۰۵) نشان می‌دهنـد. نتـایج ایـن شاخص حاکی از برازش خوب مدل با داده‌ها نیست. همـان طـور کـه ذکر شد چون این شاخص به حجم نمونه بالا حساس اسـت از سـایر شاخصهای برای بررسی میزان برازش مدل استفاده میشود. ردیف آخر جدول شماره ۳ نتایج شاخص‌های برازش مختلف را نشان مـی‌دهـد. نتایج شاخصهای GFI وAGFI که به ترتیب برابـر بـا ۰/۹۶ و ۰/۹۵ هـستند حـاکی از بـرازش کـافی مـدل بـا داده‌هـا اسـت. شـاخص RMSEA با مقدار برازش (۰/۰۶۶)حاکی از برازش خوب مدل است.



نمودار۱ . مدل برازش یافته به داده‌ها در حالت وابسته بودن دو مؤلفه

جدول ۳. آماره‌های مربوط به نیکویی برازش مدل

مدل	کای دو	درجه آزادی	معناداری	ریشه دوم میانگین خطای برآورد	ریشه دوم میانگین باقی مانده های استاندارد شده	شاخص نیکویی برازش	شاخص تعدیل شده نیکویی برازش
دو سازه مستقل	۲۸۶/۹۷	۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۰۶۸	۰/۰۸۴	۰/۹۶	۰/۹۵
دو سازه وابسته	۲۷۴/۴۷	۸۹	۰/۰۰۰۵	۰/۰۶۶	۰/۰۸۴	۰/۹۶	۰/۹۵

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

با توجه به تحلیل‌های صورت گرفته می‌توان مطرح کرد که وقتی دو عامل موجود در این پرسشنامه، وابسته در نظر گرفته شود، تغییر معناداری در برازش مدل روی می‌دهد و برازش بهتری به دست می‌آید. جدول شماره ۴ بار عاملی هر یک از نشانگرها را بر روی دو عامل مشخص شده نشان می‌دهد. اگر چه همه بارهای عاملی معنادار هستند (T>۲) ولی نتایج مربوط به ستون همبستگی چندگانه نشان می‌دهد که نشانگرهای ۳،۴،۵ و ۱۴ دارای اعتبار کمی هستند و میزان واریانس تبیین‌شده آنها کم است. به علاوه مقادیر مربوط به ستون THETA-DELTA و T آن نیز نشان می‌دهند که میزان واریانس تبیین نشده در هر یک از نشانگرها زیاد است، به طوری که همه مقادیر T مربوطه نیز معنادار هستند (T>۲).

جدول شماره ۴. بارهای عاملی همراه با ضریب همبستگی چندگانه، واریانس خطای نشانگرها، خطاهای استاندارد و مقادیر T

عامل	نشانگرها	LAMBDA-X (بار عاملی سوال روی سازه‌های مربوط)	SE	T	SMC	THETA-DELTA	SE	T
خود-اندیشمندی	سوال ۱	۰/۳۷	۰/۰۵	۷/۲۳	۰/۱۴	۰/۸۶	۰/۰۶	۱۴/۳۷
	سوال ۳	۰/۱۷	۰/۰۵	۳/۳	۰/۰۳	۰/۹۷	۰/۰۵	۱۹/۶۵
	سوال ۴	۰/۱۲	۰/۰۵	۲/۳۶	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۵	۲۰/۷
	سوال ۵	۰/۲۷	۰/۰۵	۵/۵۷	۰/۰۷	۰/۹۳	۰/۰۵	۱۷/۴۵
	سوال ۶	۰/۶۶	۰/۰۴	۱۴/۷۹	۰/۴۳	۰/۵۷	۰/۰۷	۷/۶
	سوال ۸	۰/۵۴	۰/۰۵	۱۱/۸۳	۰/۳۰	۰/۷۰	۰/۰۷	۱۰/۴
	سوال ۱۲	۰/۴۹	۰/۰۵	۹/۴۸	۰/۲۴	۰/۷۶	۰/۰۷	۱۱/۲۸
	سوال ۱۴	۰/۲۱	۰/۰۶	۳/۸۵	۰/۰۴	۰/۹۶	۰/۰۵	۱۸/۷۵
	سوال ۱۵	۰/۴۳	۰/۰۵	۸/۴۲	۰/۱۹	۰/۸۱	۰/۰۶	۱۲/۶۷
اطمینان به خود	سوال ۲	۰/۵۵	۰/۰۴	۱۳/۱۱	۰/۳۰	۰/۷	۰/۰۷	۱۰/۶۵
	سوال ۷	۰/۴۸	۰/۰۴	۱۱/۰۶	۰/۲۳	۰/۷۷	۰/۰۶	۱۲/۴۳
	سوال ۹	۰/۴۱	۰/۰۵	۸/۹۱	۰/۱۷	۰/۸۳	۰/۰۶	۱۴/۰۷
	سوال ۱۰	۰/۶۱	۰/۰۴	۱۴/۸۳	۰/۳۷	۰/۶۳	۰/۰۷	۹/۱۷
	سوال ۱۱	۰/۴۲	۰/۰۵	۹/۹۳	۰/۱۷	۰/۸۳	۰/۰۶	۱۳/۷۳
	سوال ۱۳	۰/۶۵	۰/۰۴	۱۶/۳۳	۰/۴۲	۰/۵۸	۰/۰۷	۸/۳۷

بحث و نتیجه‌گیری

مقیاس بینش شناختی بک برای افزایش درک و فهم دیدگاه افراد درباره تجارب غیرعادی، اسنادها و تفسیرهای انحرافی مرتبط با رویدادهای اختصاصی زندگی ساخته شده است. هدف عمده پژوهش حاضر، بررسی روایی همگرا، اعتبار(پایائی) و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس بینش شناختی بک (BCIS) در جمعیت غیر بالینی ایرانی بود.

محاسبه ضرایب همبستگی بین مقیاس بینش ساخته شده توسط مارکووا و همکاران (۳۳) و مؤلفه‌های مقیاس بینش شناختی بک نشان داد که نسخه ایرانی مقیاس بینش شناختی بک دارای روایی همگرای بالایی است. همچنین بررسی ضرایب بازآزمائی مقیاس نشان داد که دارای پایائی لازم می‌باشد. بر اساس تحلیل عوامل صورت گرفته بر روی مقیاس بینش شناختی بک، ۲ عامل اساسی خود-اندیشمندی و اطمینان به خود که توسط بک و همکارانش (۱۳) مطرح شده بود، به عنوان عامل‌های مستقل به دست آمد که نشانگر روایی سازه مقیاس (BCIS) می‌باشد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

زیرمقیاس‌هایی که خوداندیشمندی و اطمینان به خود نام گرفته‌اند، دو مؤلفه جداگانه بینش شناختی را اندازه می‌گیرند: ۱- توانایی و تمایل بیماران برای مشاهده فرآیندهای روانی خودشان و بررسی کردن تبیین‌های جایگزین، ۲- اطمینان افراطی آنها به اعتبار باورهای‌شان. نتایج پژوهش حاضر، ثبات ساختاری مقیاس بینش شناختی بک را در فرهنگ و جعیت غیر بالینی ایرانی تأیید می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر با بررسی مارتین، وارمان و لیساکر[1](۲۵) که ساختار مقیاس (BCIS) را در ۴۱۸ دانشجوی دانشگاه‌های آمریکا مورد آزمایش قرار داده‌اند، همسو است. آنها مطرح می‌کنند که مقیاس(BCIS) کمتر در مورد افراد غیربالینی و سنجش سطوح طبیعی بینش، به کار رفته است، به همین منظور می‌توان با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس(BCIS) در جمعیت غیربیمار از آن برای سنجش و ارزیابی میزان بینش شناختی استفاده کرد.

نتایج مطالعه آنها نشاد داد که این مقیاس در جمعیت غیربیمار نیز کاربردپذیر است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه وارمان، دوناهو، مارتین، بک[2](۳۰) که ساختار عاملی و کاربردپذیری مقیاس بینش شناختی بک را در جمعیت عمومی مطالعه کرده‌اند، هماهنگ است و همسو با این خط پژوهشی، پیشنهاد می‌کند که مقیاس (BCIS) ابزاری سودمند و ارزشمند برای سنجش بینش شناختی و مؤلفه‌های آن در جمعیت غیربالینی است.

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مقیاس بینش شناختی بک، ابزاری ارزشمند برای مقاصد پژوهشی است. باید با دقت به این مسأله نگریست که ارزیابی بینش شناختی در بین بیماران و همچنین جمعیت غیربالینی و دستیابی به یک درجه‌بندی، درباره ماهیت و میزان بینش شناختی، چه سودمندی‌هایی می‌تواند در بر داشته باشد. اهمیت و لزوم سنجش میزان بینش در کارکردهای آن نهفته است. بینش‌شناختی بالا، در افراد با پتانسیل بالا برای اصلاح باورها و شناخت‌ها همراه بوده و می‌تواند به عنوان کاتالیزوری برای تغییر عمل کند.

همچنین، این مفهوم می‌تواند به عنوان یکی از آماج‌های مداخله‌ای در بیماران و یکی از عوامل مهم در ارتقاء سلامت روانی و بهزیستی افراد غیربیمار، مورد توجه قرار بگیرد (۳۴). بسیاری از درمان‌ها و مداخله‌های مورد استفاده برای بیماران و همچنین برنامه‌های آموزشی برای بهبود و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد غیربیمار، نیازمند سطوح متعارف بینش می‌باشند (۱۶).

مفهوم بینش شناختی در جریان پژوهش‌های گذشته، به حد کافی مورد بررسی قرار نگرفته است و می‌تواند یک حوزه پژوهشی مفید و بارور برای تحقیقات نظام‌مند آینده باشد. به عنوان مثال بررسی رابطه بین بینش شناختی و مؤلفه‌های آن با متغیرها و عوامل شخصیتی، و ارزیابی آن در اختلال‌های غیر روان‌پریشی به ویژه اختلال‌های شخصیت و همچنین بررسی اثربخشی درمان‌ها و مداخله‌های مختلف به ویژه رویکردهای شناختی، فراشناختی و طرح‌واره محور در تأثیرگذاری بر روی بینش شناختی و بررسی پیامدهای این گونه مداخله‌ها، می‌تواند از حوزه‌های جالب توجه، برای پژوهش باشد.

تشکر و قدردانی

از دانش‌آموختگان رشته روان‌شناسی دانشگاه پیام نور خوی، آقایان جعفرصادق کاظم‌زاده، الهوردی اباذری و قادراحمدی، و خانم‌ها حمیده خوشبختلو و سمیه افشارپور به خاطر زحماتی که در جریان گردآوری داده‌ها متحمل شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Martin, Warman and Lysaker
2.Warman, Dunahue, Martin, Beck

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

References

1. Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Oxford Univ . Press, New York, NY:2004.
2. David AS.Insight and psychosis. Br. J. Psychiatry.1990;156:798-808.
3. Yousefi R, Sadeghi S, Jangi Aghdam H, Seyvani Zadeh M. The comparison of insight in mood disorder patient at admission and discharge from psychiatric unit. Psychology Journal of Tabriz University.2010;19:177-193.(In Persian)
4. Medalia A, Thysen J. A comparison of insight into clinical symptoms versus insight into neuro-cognitive symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research. 2010;118:134-139.
5. Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Garcia F, Baciu O, Bouzigues I, Boulenger JP. Competence to consent and insight in schizophrenia: Is there an association?A pilot study. Schizophrenia Research.2009;108: 272-279.
6. Warman DM, Lysaker PH, Martin JM.Cognitive insight and psychotic disorder:The impact of active delusions. Schizophrenia Research. 2007;90:325-333.
7. Pedrelli P, McQuaid JR, Granholm E, Patterson TL, McClure F, Beck AD, Jeste DV.Measuring cognitive insight in middle-aged and older patients with psychotic disorders. Schizophrenia Research.2004;71:297- 305.
8. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko JJ.Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Science.1973;182:1275-1278.
9. Lewis A.The psychopathology of insight. Br. J. Med. Psychol.1934;14:332-348.
10. Jaspers K.The phenomenological approach in psychopathology.Br. J. Psychiatry .1968;114:1313- 1323.
11. Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Oxford Univ . Press, New York, NY:1994.
12. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O.The assessment of insight in psychosis. Br. J. Psychiatry.1992; 161: 599-602.
13. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman D.M. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophr. Res.2004;68: 319- 329.
14. McEvoy JP, Apperson J, Appelbaum PS, Ortilip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia:its relationship to acute psychopathology. J. of Nerv.Ment, Dis.1989;177:43- 47.
15. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM.Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr. Res.2003;61:75-88.
16. Castonguay GL, Hill C.Insight in Psychotherapy, American Psychological Association,Washington,DC:2007.
17. Amador XF, Strauss DH, Yale S, Gorman JM, Endicott J. The assessment of insight in psychosis. Am. J. Psychiatry.1993;150:873- 879.
18. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

JM.Awareness of illness inschizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch.Gen. Psychiatry.1994;51: 826- 836.
19. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade MA. A self-report insight scale for psychosis: reliability,validity, and sensitivity to change. Acta Psychiatr. Scand.1994; 89:62-67.
20. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O.The assessment of insight in psychosis. Br. J. Psychiatry.1992;161:599- 602.
21. Davidhizar RE.Beliefs, feelings and insight of patients with schizophrenia about taking medication. J. Adv. Nurs.1987;12:177-182.
22. Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR.Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. Schizophr. Res.2000;45:203-211.
23. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.Cognitive Therapy of Depression. Guildford, New York, NY:1979.
24. Beck AT, Emery G, Greenberg RL.Anxiety Disorders and Phobias. Basic Books, New York, NY:1985.
25. Martin JM, Warman DM, Lysaker PH.Cognitive insight in non-psychiatric individuals and individuals with psychosis: An examination using the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research. 2010;121:39-45.
26. Cooke MH, Peters ER, Fannon D, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. Psychiatry Research.2010; 178: 284-289.
27. Orfei MD, SpoletiniI, Banfi G, Caltagirone C, Spalletta G. Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. Psychiatry Research.2010;178: 51-56.
28. Lepage M, Buchy L, Bodnar M, Bertrand MC, Joober R, Malla A.Cognitive insight and verbal memory in first episode of psychosis. European Psychiatr .2008;23:368-374.
29. Warman MD, Martin JM.Cognitive insight and delusion proneness:An investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research.2006;84:297- 304.
30. Warman DM, Dunahue S, Martin JM, Beck AT. An investigation of the Beck Cognitive Insight Scale in the general population. Poster Presented at the 38th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA:2004.
31. Yousefi R, Oreyzi HR, Sadeghi S. Assessment of cognitive insight in mental disorder: Beck Cognitive Insight Scale. Journal of Psychology.2008;11(4):381-393.(In persian)
32. Yousefi R, Oreyzi HR, Kalantari M, Sadeghi S. Cognitive insight in patient with schizophrenia, schizoaffective disorder and mood disorders. Advances in

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]

Cognitive Science. 2003; 5(2):37-45.(in Persian)

33. Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. Psychiatry Research.2003:119,81-88.

34. Yousefi R, Abedin A, Fathabadi, J. Insight, noteworthy concept in psychotherapy: comparative study of insight in Frauds Early theory, ego psychology and object relation theory. Oral Presented at the 1th Dynamic Psychology Conferences. Tehran; 2010. (In Persian)

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05]