

ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب سلامت

جواد کریمی^{۱*}، عاطفه همایونی نجف‌آبادی^۲، فرشته همایونی نجف‌آبادی^۱

۱- گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر- ۲- گروه روان‌شناسی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

* نویسنده مسؤول: دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۹۱۳۲۷۵۶۲۴۱ نمبر: ۰۸۱-۳۳۳۹۸۸۰

پست الکترونیک: dr.karimi10@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۶/۲۲ پذیرش: ۹۳/۹/۲۶

چکیده

مقدمه: هر چند که خودبیمارانگاری بعنوان یک اختلال جسمانی طبقه‌بنای می‌شود، نظریه‌های شناختی- رفتاری، خودبیمارانگاری را حالت شدید اضطراب سلامت در نظر می‌گیرند. پژوهش حاضر با هدف ترجمه و بررسی روایی و پایایی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت انجام شد.

روش کار: در یک بررسی توصیفی- مقطعي، ۳۶۳ دانشجوی دانشگاه ملایر (۱۴۰ مرد و ۲۲۳ زن) که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، به فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت؛ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس؛ پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش ۲ پاسخ دادند. برای بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی؛ و برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی همگرا و تحلیل عامل تأییدی استفاده شد.

یافته‌ها: پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بعد احتمال ابتلای به بیماری ۰/۷۶، پیامد منفی ابتلای به بیماری ۰/۶۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ محسوسه شد. روایی همگرایی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت نیز از طریق همبسته کردن آن با سلامت عمومی، اجتناب تجربی، اضطراب، استرس و افسردگی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۳۱، ۰/۴۲ و ۰/۳۴ به دست آمد. استفاده از روش تحلیل عامل تأییدی (CFA) نیز نشان داد که ساختار دو عاملی و ساختار سه عاملی این پرسشنامه هر دو از برازش قابل قبولی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت برای پژوهش‌های مرتبط با اختلال خودبیمارانگاری و اضطراب سلامت یک پرسشنامه معتبر و پایا است.

گل واژگان: فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، اضطراب سلامت، دانشجو، روایی و پایایی

مقدمه

بیماری وارسی کنند (۳). در سایر موارد، نگرانی‌های شدید در مورد سلامت جسمانی در غیاب هرگونه نشانه عینی خطر رخ می‌دهد. مانند زمانی که افراد بر مبنای تفسیر اشتباه عالیم بدنی خود به این نتیجه می‌رسند که بیماران (سردرد من نشانه این است که من تومور مغزی دارم) (۲). اضطراب سلامت^۱ یا خودبیمارانگاری^۲ اختلالی است که که با اضطراب و ترس فراوان در مورد داشتن یک بیماری جدی مشخص می‌شود. بنابراین،

با توجه به نقش مهم سلامت جسمانی در زندگی افراد، جای تعجب نیست که بیشتر افراد در بعضی از مواقع، نگرانی‌هایی در مورد سلامتی خود داشته باشند (۱). برای افرادی که از بیماری‌های جدی جسمانی در رنجند این گونه نگرانی‌ها انتباقی است و باعث می‌شود این افراد به عالیم بدنی خود توجه کنند تا در صورت مشاهده هرگونه عالیم بیماری، به موقع برای درمان اقدام کنند (۲). در واقع به عنوان یکی از راهبردهای مراقبت از خود به بیماران در معرض خطر آموزش می‌دهند که عالیم و نشانه‌های بدنی خود را برای شناسایی عوامل احتمالی

¹ Health Anxiety

² Hypochondriasis

افراطی به عالیم بدنی می‌شود را علت این اختلال می‌دانند (13 و 16). این باورهای ناکارآمد باعث می‌شود افراد به طور فاجعه‌باری عالیم بدنی خود را سوء‌تعییر کنند (سردرد من نشانه تومور مغزی است) و این امر باعث اضطراب شدید آن‌ها می‌شود (18). این افراد برای کاهش اضطراب، دست به رفتارهای اطمینان‌بخش مانند وارسی افراطی بدن خود یا اطمینان‌جویی از پزشک خود، منابع پزشکی و یا اعضای خانواده می‌زنند (19). هر چند این اقدامات ممکن است در کوتاه‌مدت باعث کاهش اضطراب شود ولی در بلندمدت باعث می‌شود این افراد مشغولیت ذهنی خود با عالیم بدنی را حفظ کنند و مانع از این می‌شود که این افراد یاد بگیرند عالیم غیرقابل تفسیر بدنی خود را تحمل کنند (19 و 20). این مدل ارایه شده در مورد خودبیمارانگاری، بسیار شبیه به مدل شناختی - رفتاری اختلال وسوسات است (21). هر چند، مدل شناختی - رفتاری وسوسات در ایران به خوبی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته است (22 و 23)، در مورد اضطراب سلامت یا خودبیمارانگاری، این مدل مورد بررسی قرار نگرفته است؛ یکی از دلایل عدم آن عدم دسترسی به ابزاری معابر برای ارزیابی اضطراب سلامت و خودبیمارانگاری می‌باشد.

چندین ابزار برای سنجش اضطراب سلامت وجود دارد که برای نمونه می‌توان به پرسشنامه رفتار بیماری⁷ (24) و پرسشنامه نگرش نسبت به بیماری⁸ (25) اشاره کرد. این دو ابزار بر مبنای ملاک‌های ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی⁹ که خودبیمارانگاری را یک اختلال جسمانی در نظر می‌گیرد تدوین شده‌اند (26). پرسشنامه اضطراب سلامت¹⁰ (27) بر اساس نظریه‌های شناختی - رفتاری که خودبیمارانگاری را حالت شدید اضطراب سلامت در نظر می‌گیرند ساخته شده است (26). فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، نسخه مختص شده فرم اصلی است که از 18 سؤال تشکیل شده است و دو عامل احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی ابتلای به بیماری را می‌سنجد (27). بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است و می‌تواند بیماران خودبیمارانگار را از گروه کنترل غیربیالینی تمایز سازد (20، 28-26). در یکی از جدیدترین فراتحلیل‌های انجام شده در مورد این ابزار، چنین نتیجه‌گیری شده است که فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، ابزاری سودمند برای سنجش

مسئله اصلی در این اختلال اضطراب است که شکل بروز آن با سایر اختلالات اضطرابی متفاوت است (4). اضطراب سلامت شدید یا خودبیمارانگاری، اختلال نسبتاً شایعی است (5 و 6) که در صورت عدم درمان به صورت مزمن تداوم می‌یابد (7) و باعث استفاده بیش از حد از سیستم مراقبت سلامت و اختلال در عملکرد می‌شود (10-8). همچنین اضطراب سلامت، مشکلی جدی است که می‌تواند به شدت کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (11). این ویژگی‌ها باعث شده است که اضطراب سلامت یا خودبیمارانگاری هزینه‌های بسیاری را بر سیستم سلامت و مراقبت جامعه تحمیل کند (12).

سالکوویسکیس³ معتقد است اضطراب سلامت (خودبیمارانگاری) در اثر تفسیرهای غلط فاجعه‌آمیز عالیم و نشانه‌های بدنی ایجاد می‌شود (13). تحقیقات نشان داده‌اند که خودبیمارانگاری، ویژگی‌های مشترک بسیاری با اختلالات اضطرابی و خلقی دارد (6). در واقع، اختلالات خلقی و اضطرابی از جمله اختلال‌های همبود با خودبیمارانگاری محسوب می‌شوند که این امر بیانگر آن است که اگر فردی دچار اختلال خودبیمارانگاری باشد محتمل ترین اختلال همبود، یکی از اختلالات اضطرابی یا خلقی خواهد بود (6، 14 و 15). همچنین گروه تحقیقاتی DSM-V عنوان کرده‌اند که بهتر است افرادی که دچار اختلال خودبیمارانگاری هستند را افرادی با اختلالات اضطرابی در نظر بگیریم؛ عقیده‌ای که از حمایت تجربی گسترده‌ای برخوردار است (4). در خودبیمارانگاری، افراد با عالیم بدنی خود مشغولیت ذهنی دارند و این عالیم را به عنوان نشانه یک بیماری جسمانی سوء‌تعییر می‌کنند. تقریباً هر حس جسمانی می‌تواند به کانون نگرانی این افراد تبدیل شود (4). هر چند که خودبیمارانگاری به عنوان یک اختلال جسمانی طبقه‌بندی می‌شود، نظریه‌های شناختی - رفتاری، خودبیمارانگاری را حالت شدید اضطراب سلامت در نظر می‌گیرند (16)؛ عقیده‌ای که از حمایت تجربی گسترده‌ای برخوردار است (4). هر چند ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-5)، خودبیمارانگاری را در طبقه اختلالات عالیم بدنی⁴ قرار داده است، عنوان آن را به اختلال اضطراب بیماری⁵ تغییر داده است که نشان‌دهنده این موضوع است که هسته اصلی این اختلال اضطراب است (17). مدل‌های شناختی - رفتاری اضطراب سلامت، باورهای ناکارآمد⁶ افراد در مورد سلامت که باعث توجه

⁷ Illness Behavior Questionnaire

⁸ Illness Attitudes Scale

⁹ DSM-IV

¹⁰ The Health Anxiety Inventory

³ Salkovskis

⁴ Somatic Symptom and Related Disorders

⁵ Illness Anxiety Disorder

⁶ Dysfunctional beliefs

نمونه‌های انتخاب شده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و از میان پنج دانشکده دانشگاه ملایر (دانشکده علوم پایه، دانشکده ریاضی و آمار، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشکده منابع طبیعی و کشاورزی و دانشکده عمران و معماری) انتخاب شدند. در این اعتباریابی، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه محاسبه گردید. آلفای کرونباخ، یکی از روش‌های محاسبه اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه می‌باشد. هر چه این شاخص به ۱ نزدیک‌تر شود به معنی همبستگی درونی بالاتر و همگن‌تر بودن پرسشنامه خواهد بود. محدوده مقادیر آلفا بدین صورت است: بین ۰/۷ تا ۱ عالی، بین ۰/۴ تا ۰/۷ خوب و کمتر از ۰/۴ ضعیف می‌باشد (۳۲). برای تعیین ضرایب پایابی آزمون - بازآزمون، این مقیاس مجدداً ۴۰ سه هفته بعد در ۷۰ نفر از دانشجویان، ۳۰ دانشجوی پسر و ۴۰ دانشجوی دختر که در مرحله اول پژوهش شرکت داشتند، اجرا شد. جهت بررسی روایی^{۱۳} فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، از روش روایی همگرا^{۱۴} استفاده شد. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عامل تأییدی^{۱۵} بررسی گردید.

ابزارهای پژوهش

فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت^{۱۶}: این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی با ۱۸ عبارت است و در رابطه با هر یک از عبارات مذکور، چهار گزینه مطرح است. از شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا هر یک از چهار گزینه مطرح شده برای هر یک از عبارات را به دقت بخواند و عبارتی را که به بهترین وجه وضعیت او را طی شش ماه اخیر توصیف می‌کند، انتخاب نماید. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. به هنگام نمره‌گذاری به گزینه‌های مطرح شده، نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه دو عامل احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی ابتلای به بیماری را می‌سنجد. ۱۴ سؤال اول مربوط به عامل احتمال ابتلایی است و بخش اصلی پرسشنامه است و ۴ سؤال آخر پرسشنامه مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلایی به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین ۰ و ۵۴ قرار دارد که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است (۲۷). بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است و می‌تواند بیماران خودبیمارانگار را از گروه کنترل غیربالتینی متمایز سازد (۲۰-۲۶). در این

اضطراب سلامت در بین جمعیت‌های مختلف است (۲۹). هر چند که بررسی اضطراب سلامت در بین بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بررسی آن در نمونه‌های غیربالتینی نیز با دلایل زیر از اهمیت خاص خود برخوردار است: اول این که بسیاری از پژوهشگران معتقدند اضطراب سلامت روی یک پیوستار از سطح حداقل تا سطح شدید (خودبیمارانگاری) تداوم دارد، ثانیاً بررسی اضطراب سلامت در نمونه‌های غیربالتینی به فهم این که چگونه عالیم خودبیمارانگاری از نگرانی‌های عادی در مورد سلامتی به وجود می‌آید کمک می‌کند و بالاخره این که بررسی اضطراب سلامت در نمونه‌های غیربالتینی می‌تواند به این امر کمک کند که اضطراب سلامت را جدای از مشکلات جسمی واقعی بررسی کنیم (۲۰ و ۳۰). بنابراین، برای بررسی اضطراب سلامت در بین افراد سالم، نیاز به یک ابزار معتبر و پایا وجود دارد. همچنین تطبیق و ترجمه آزمون‌های موجود دارای اهمیت است؛ زیرا اگر این آزمون‌ها به درستی انتخاب شوند ساختن ادبیات پایه برای مقاهم مشترک، ایجاد تعاریف عملیاتی، بررسی‌های تطبیقی کشورها و گروه‌های فرهنگی مختلف را آسان‌تر می‌کنند. افزون بر آن، در زمان و هزینه نیز صرف‌جویی می‌شود. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی روایی و پایابی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت در بین دانشجویان دانشگاه ملایر بود.

روش کار

با توجه به هدف پژوهش که اعتباریابی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت بود، جامعه آماری شامل تمام دانشجویان دانشگاه ملایر در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۹۳ بود. تعداد ۳۶۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به نظر تباچنیک^{۱۱} و فیدل^{۱۲} (۳۱) در خصوص برآورد حجم نمونه برای مطالعات اعتباریابی و تحلیل عاملی، حداقل ۳۰۰ نفر لازم است و اگر این رقم بالاتر برود و به ۴۰۰ نفر برسد مطلوب، ۵۰۰ نفر بسیار مناسب و ۱۰۰۰ نفر عالی است؛ لذا در مطالعه حاضر، تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. از مجموع ۴۰۰ دانشجوی انتخاب شده، تعداد ۳۶۳ دانشجو (۱۴۰ دانشجوی پسر و ۲۲۳ دانشجوی دختر) به ابزارهای پژوهش به صورت کامل پاسخ دادند که در مطالعه نهایی مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است، قبل از تکمیل پرسشنامه، هدف مطالعه و شرط محترمانه ماندن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان بیان شد.

¹¹ Tabachnick

¹² Fidell

¹³ Validity

¹⁴ Convergent validity

¹⁵ Confirmatory factor analysis (CFA)

¹⁶ Short Health Anxiety Inventory (SHAI)

بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶ استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (۳۴).

پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-12): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبگ و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سؤال‌های پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یک ماه) اخیر می‌پردازد، در برگیرنده نشانه‌هایی مثل افکار و احساسات ناهمجارت و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علایم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین تر و برعکس، نمره پایین نشان دهنده حداقل علایم مرضی و سلامت عمومی بالاتر است. پرسشنامه GHQ-12 دارای ساختار تکوجهی است ولی در بعضی مطالعات خردۀ مقیاس‌های اضطراب و افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و عدم اعتماد به نفس برای آن شناسایی شده است (۳۵). پژوهشگران دیگری هم به ساختار سه عاملی آن دست یافته‌اند، بعضی از پژوهشگران هم به یک ساختار دو عاملی (افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی) دست یافته‌اند. اما به نظر می‌رسد که از نقطه نظر علمی، استفاده از پرسشنامه GHQ-12 به همان صورت تک عاملی و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلالات و مشکلات روان‌شناختی سودمندتر باشد (۳۵). در این پژوهش، از ساختار تک عاملی آن استفاده شد. روایی این آزمون در ایران توسط یعقوبی و همکاران با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۲ و ضریب دو نیمه‌سازی ۰/۹۱ محاسبه شد (۳۶).

پرسشنامه پذیرش و عمل - ویرایش^{۲۰}: این پرسشنامه توسط باوند و همکاران (۳۷) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده است و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی به ندرت=۲ به ندرت=۳، گاهی اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه توسط بوند^{۲۱} و همکاران ۰/۸۱ و همسانی درونی آن ۰/۸۴ به دست آمده است (۳۷). در ایران نیز ضریب پایایی آلفای

پژوهش، برای دسترسی به نسخه اصلی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت با سازنده اصلی آن (سالکوویسکیس) تماس گرفته شد و پس از دریافت پرسشنامه و کسب اجازه برای اعتباریابی آن در ایران، اقدامات زیر صورت گرفت. به عنوان اولین قدم در اجرای مطالعه حاضر، نسخه اصلی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت با استفاده از روش استاندارد^{۱۷} از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. در این روش، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه توسط دو مترجم مستقل به صورت همزمان از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد؛ سپس این نسخه مجدداً توسط دو مترجم مستقل از مترجمان مرحله نخست، به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت یک نفر به عنوان هماهنگ‌کننده^{۱۸} با کنار هم قرار دادن ترجمه‌های فارسی و انگلیسی به دست آمده، فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت را تهیه نمود. در مرحله بعد، در مطالعه مقدماتی، ۷۰ نفر از دانشجویان دانشگاه ملایر مشارکت کردند. هدف از این مطالعه، بررسی این بود که آیا دانشجویان، جملات گویی‌های مختلف فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت را مطابق با منظور و اهداف تهیه کننده پرسشنامه دریافت می‌کنند یا خیر؛ و آیا یک برداشت واحد برای یک گویی در بین دانشجویان وجود دارد یا خیر؟ برای این منظور پس از آن که دانشجویان به صورت انفرادی، ابزار مورد نظر را تکمیل کردند. هدف از این ایشان در مورد پرسش‌ها سؤال شد و پس از تکمیل پرسشنامه نیز بحث و بررسی به عمل آمد. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی، برخی تغییرات جزئی بر روی گویی‌های فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت انجام گرفت و بدین ترتیب روایی صوری پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۹}: این مقیاس توسط لوویاند و لوویاند (۳۳) ساخته شده است و دارای سه خرده مقیاس برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس است. این مقیاس، افسردگی، اضطراب و استرس افراد را در طی هفته گذشته می‌سنجد. نمرات بالاتر، نشان‌گر علایم بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه هنجاری ۰/۸۱ ۷۱۷ نفری به شرح زیر گزارش شده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (۳۳). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ایران در یک نمونه ۴۰۰ نفری برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۴). همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی

¹⁷ Backward-Forward

¹⁸ Coordinator

¹⁹ DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale)

عمل ویرایش 2 (AAQ-II) اجرا شد و سپس ضریب همبستگی بین آن‌ها محاسبه شد. چنانچه در جدول 3 مشاهده می‌گردد، همبستگی نمره کل فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت و خرده‌مقیاس‌های آن با اضطراب، استرس، افسردگی، اجتناب تجربی و سلامت عمومی معنادار است و همبستگی بالاتر نمره کل فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت و خرده‌مقیاس‌های آن با اضطراب، بیانگر روایی قابل قبول این پرسشنامه است.

جدول 2- مقادیر شاخص‌های توصیفی و آلفای کرونباخ در

صورت حذف سؤالات

سؤال	شاخص‌های توصیفی		همبستگی با نمره کل ضریب آلفا در صورت حذف سؤال
	میانگین	انحراف میانگین	
0/78	**0/51	0/68	1/02 1
0/79	**0/43	1/07	1/34 2
0/80	**0/21	0/84	1/78 3
0/78	**0/51	0/77	1/03 4
0/78	**0/57	0/79	1/02 5
0/78	**0/53	1/54	0/77 6
0/80	**0/32	1/03	1/05 7
0/78	**0/50	0/83	0/58 8
0/78	**0/50	0/73	0/88 9
0/79	**0/43	0/99	1/16 10
0/78	**0/55	0/86	0/76 11
0/78	**0/54	0/78	0/71 12
0/78	**0/56	0/90	1/10 13
0/78	**0/50	0/79	0/88 14
0/79	**0/44	0/99	1/28 15
0/78	**0/46	0/89	0/86 16
0/78	**0/56	0/90	0/68 17
0/78	**0/46	0/80	0/58 18
14/15	میانگین عامل احتمال ابتلای به بیماری انحراف میانگین عامل احتمال ابتلای به بیماری		
5/93	ضریب آلفای عامل احتمال ابتلای به بیماری		
0/76	میانگین عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری		
3/41	انحراف میانگین عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری		
2/48	ضریب آلفای پیامدهای منفی ابتلای به بیماری		
0/63	میانگین نمره کل برای پرسان		
17/69	انحراف میانگین نمره کل برای پرسان		
7/65	میانگین نمره کل برای دختران		
17/48	انحراف میانگین نمره کل برای دختران		
7/24	ضریب آلفای کل پرسشنامه		
0/79	ضریب بازآزمایی		
**0/68			

**p<0/01

کرونباخ پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم 0/86 و ضریب پایابی بازآزمون 0/71 به دست آمده است (38).

نتایج

در اعتباریابی این پرسشنامه، از 363 شرکت کننده که در سال تحصیلی 1392-93 در دانشگاه ملایر مشغول به تحصیل بودند با دامنه سنی 18 تا 30 سال و میانگین سنی 21/29 سال استفاده شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول 1 آمده است.

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب جنس و مقطع تحصیلی

مغایر	درصد	فراتوی
جنسيت		
مرد	38/6	140
زن	61/4	223
مقطع تحصيل		
كارشناسي	87/9	319
كارشناسي ارشد	12/1	44

در این قسمت با توجه به تجزیه و تحلیل آماری، جداول مربوطه ارایه می‌شود. همان‌طور که در جدول 2 ملاحظه می‌شود، مقادیر آلفای کرونباخ 0/79 و ضریب بازآزمایی 0/68 می‌باشد. همچنین در جدول 2، شاخص‌های توصیفی و مقدار آلفای کرونباخ در صورت حذف هر یک از سؤالات نشان داده شده است. جدول 2، نشان‌دهنده همبستگی بالای هر سؤال با نمره کل است و نشان می‌دهد در صورت حذف هر کدام از سؤالات، ضریب آلفای کرونباخ افزایش چشمگیری پیدا نمی‌کند، و در نتیجه تمامی سؤالات در پرسشنامه حفظ می‌شود.

روایی پرسشنامه: به منظور بررسی روایی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، این پرسشنامه به همراه مقیاس پرسشنامه سلامت عمومی 12 سؤالی (GHQ-12)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، پرسشنامه پذیرش و

جدول 3- ماتریس ضرایب همبستگی پرسشنامه فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت با ابزارهای موازی

متغیر	سلامت عمومی	اجتناب تجربی	استرس	اضطراب	اضسردگی
احتمال ابتلای به بیماری	**0/39	*0/29	**0/27	**0/48	**0/28
پیامدهای منفی ابتلای به بیماری	**0/32	**0/24	**0/25	**0/32	**0/35
نمره کل	**0/42	**0/31	**0/32	**0/47	**0/34

**p<0/01

سالکووسکیس و همکاران (27) در پژوهش اصلی خود دو عامل را برای فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت گزارش نموده‌اند: احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی بیماری؛ 2- مدل سه عاملی؛ در مطالعه‌ای که آبراموویتز²² و همکاران (20) به منظور بررسی ساختار عاملی این پرسشنامه انجام دادند سه

²² Abramowitz

روایی سازه: در این پژوهش به منظور بررسی روایی سازه فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت، از تحلیل عامل تأییدی بهره گرفته شد. ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج متفاوتی به دست آمده است. در رابطه با ساختار عاملی این پرسشنامه، 2 مدل عاملی در ادبیات پژوهش وجود دارد: 1- مدل دو عاملی؛

در جدول 3، شاخص‌های برازش سه مدل ارایه شده است. همان‌طور که در جدول 4 مشاهده می‌شود هم مدل دو عاملی که در پژوهش اصلی به دست آمد و هم ساختار سه عاملی از برازش قابل قبول برخوردار است. در پایان، نتایج پژوهش نشان داد که اضطراب سلامت در بین دختران و پسران تفاوت معناداری ندارد ($p < 0.05$).

جدول 4- شاخص‌های برازش مدل‌های عاملی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت

RAMSE	NFI	CFI	AGFI	GFI	CMIN/DF	p	df	χ^2
0/06	0/74	0/83	0/88	0/90	2/28	0/001	135	309/01
0/042	0/82	0/92	0/92	0/94	1/89	0/001	134	253/45
0/050	0/78	0/88	0/90	0/92	1/64	0/001	116	190/80

بحث

با توجه به شیوع قابل ملاحظه اضطراب سلامت در بین افراد سالم، بیماران جسمی و بیماران دارای اختلالات روان‌شنختی (29)، هدف از این پژوهش ترجمه، بررسی روایی و پایایی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت در بین دانشجویان دانشگاه ملایر بود. برای بررسی پایایی، دو روش اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بکار برده شد. برای بررسی روایی از روش روایی ملاکی (بررسی همبستگی بین فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت با پرسشنامه پذیرش و عمل ویرایش دوم، مقیاس سلامت عمومی و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس) استفاده شد. همچنین روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عامل تأییدی (CFA) مورد بررسی قرار گرفت.

در خصوص پایایی ابزار، بررسی همسانی درونی این ابزار نشان داد که هم خردمندانه‌سازی این ابزار و هم کل مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی (جدول 2) برخوردار است و همچنین پایایی بازآزمون ابزار $0/68$ به دست آمد. این یافته، همسو با پژوهش‌های مختلفی است که نشان داده‌اند فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت از همسانی درونی قابل قبول و ضریب بازآزمایی معتبر برخوردار است (20، 26 و 28 و 29). روایی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت در ارتباط با مفاهیم مبتنی بر سازه‌هایی از قبیل اجتناب تجربی، سلامت عمومی، استرس، افسردگی و اضطراب آزمون شد. انتظار این بود که اضطراب سلامت ارتباط مثبت با اجتناب تجربی، سلامت عمومی، استرس، افسردگی و اضطراب داشته باشد. جدول 3 ضرایب روایی معنادار بین فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت با پرسشنامه‌های ملاک را نشان می‌دهد که در همه آن‌ها رابطه در سطح معناداری بوده است ($p < 0.01$) و روایی همگرا از قابلیت اعتماد بالا و رضایت‌بخش برخوردار است.

عامل احتمال بیماری²³، پیامدهای منفی بیماری²⁴ و گوش به زنگی نسبت به بدن²⁵ به دست آمد. در پژوهش دیگری، آبراموویتز و همکاران (2) به منظور بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامت از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده کردند. نتایج پژوهش نشان داد که هم ساختار دو عاملی و هم ساختار سه عاملی این پرسشنامه از برازش قابل قبولی برخوردار است و بنابراین آبراموویتز و همکاران، بر اساس اصل ایجاز، مانند پژوهش اصلی ساختار دو عاملی این پرسشنامه را برگزیدند.

در این پژوهش، برازش مدل عاملی با استفاده از مجذور کای، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب، شاخص نرم نشده برازندگی، شاخص نیکویی برازش و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده و با بکارگیری نرم‌افزار Amos²⁶ صورت گرفت. برای سنجش برازش مدل، معمولاً از چندین شاخص استفاده می‌شود. مک دونالد²⁷ و هو²⁸ (39) آماره‌ها و شاخص‌های زیر را پیشنهاد می‌دهند: شاخص مجذور کای دو (χ^2): این شاخص به طور مفهومی نسبت به اندازه‌ی نمونه تغییر می‌کند و تفاوت بین ماتریس کواریانس مشاهده شده و ماتریس کواریانس مدل نشان می‌دهد که ارتباط بین متغیرها برابر صفر است؛ شاخص ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب²⁹: این شاخص میانگین باقیمانده ماتریس کواریانس - واریانس از مدل را به نسبت ماتریس کواریانس - واریانس داده‌ای نمونه نشان می‌دهد و نقطه برش 50 صدم است و باید مقدار آن کمتر از 50 صدم باشد؛ شاخص نرم نشده برازش³⁰: این شاخص برای مقایسه مدل با مدل مستقل (مدل صفر) به کار می‌رود و دامنه آن بین صفر تا یک است و نقطه برش بیشتر از 90% برای برازش مدل و داده‌ها قابل قبول است و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد، مدل بهتر است؛ شاخص برازش نیکویی³¹: این شاخص ارتباط میان واریانس و کواریانس را نشان می‌دهد؛ دامنه آن بین صفر و یک می‌باشد و هر چه مقدار آن به یک نزدیک‌تر باشد، شاخص، برازش بهتری از مدل را نشان می‌دهد؛ و شاخص اصلاح برازش نیکویی³² مقدار اصلاح شده GFI را که نیاز به اصلاح باشد، نشان می‌دهد (40).

²³ Illness Likelihood

²⁴ Illness Severity

²⁵ Body Vigilance

²⁶ IBM SPSS Amos

²⁷ McDonald

²⁸ Ho

²⁹ Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

³⁰ Non-Normed Fit Index (NNFI)

³¹ Goodness of Fit Index (GFI)

³² Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)

اختلالات روان‌شناختی و جسمی وجود دارد (2) ولی در ایران شمار پژوهش‌هایی که به بررسی اضطراب سلامت پرداخته‌اند بسیار محدود و اندک است. یکی از دلایل این امر می‌تواند نبود یک ابزار معنبر و پایا برای سنجش سازه اضطراب سلامت باشد. بنابراین، این ابزار می‌تواند در پژوهش‌های روان‌شناسی مورد استفاده قرار گیرد.

علی‌رغم ویژگی‌های روان‌سنگی مطلوب این ابزار، این تحقیق چندین محدودیت دارد. بر جسته‌ترین محدودیت مطالعه حاضر، فقدان اطلاعات درباره ویژگی‌های روان‌سنگی فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت در نمونه‌های دارای اختلال خودبیمارانگاری و اختلالات اضطرابی دیگر است. محدودیت دیگر پژوهش مربوط به نمونه مورد بررسی است که از جمعیت جوان دانشجویی بودند. از این رو، برای دستیابی به قدرت تعیین داده‌ها به جمعیت عمومی، لازم است پژوهش‌های دیگری در جمعیت‌های مختلف صورت پذیرد. به محققان پیشنهاد می‌شود که فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت را در پژوهش‌های دیگر با نمونه‌های دارای اختلال خودبیمارانگاری و جمعیت‌های دیگر در ایران روایی و هنجاریابی کنند.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده نشان داد که پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه از روایی و پایایی مناسب برای سنجش اضطراب سلامت دانشجویان برخوردار است. پیشنهاد می‌گردد از این ابزار در مراکز مشاوره دانشجویی جهت شناسایی دانشجویان آسیب‌پذیر در برابر اضطراب سلامت استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از دانشجویان دانشگاه ملایر که بی هیچ چشم‌داشته به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداختند قدردانی می‌شود.

³³ DSM-5

³⁴ Illness Anxiety Disorder

References

- 1- Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine* 2001; 31(4): 577-584.
- 2- Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther* 2007; 38(1): 86-94.
- 3- Wheaton MG, Berman NC, Abramowitz JS. The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2010; 24(3): 229-239.
- 4- Barlow DH, Durand M. *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. 6th ed. Canada: Wadsworth; 2012.
- 5- Faravelli C, Salvatori S, Galassi F, Aiazzi L, Dreì C, Cabras P. Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1997; 32(1): 24-29.
- 6- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of psychosomatic research* 2004; 56(4):391-408.

- 7- Barsky AJ, Fama JM, Bailey ED, Ahern DK. A prospective 4- to 5-year study of DSM-3-R hypochondriasis. Archives of General Psychiatry 1998; 55(8): p. 737-744.
- 8- Fink P, Ørnboel E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. PloS one 2010; 5(3): e9873.
- 9- Seivewright H, Salkovskis P, Green J, Mullan N, Behr G, Carlin E, et al. Prevalence and service implications of health anxiety in genitourinary medicine clinics. International Journal of STD & AIDS 2004; 15(8): 519-522.
- 10- Barsky AJ, Orav E, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Archives of General Psychiatry 2005; 62(8): 903-910.
- 11- Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. Bulletin of the Menninger Clinic 2010; 74(2): 122-140.
- 12- Hedman E, Andersson E, Lindefors N, Andersson G, Rück C, Ljótsson B. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. Psychological Medicine 2013; 43(02): 363-374.
- 13- Salkovskis PM, Warwick HMC. *Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety*, in *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, Eds. Wiley: Chichester; 2001.
- 14- Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. Journal of Abnormal Psychology 1998; 107(4):587-594.
- 15- Simon GE, Gureje O, Fullerton C. Course of hypochondriasis in an international primary care study. General hospital psychiatry 2001; 23(2):51-55.
- 16- Wheaton MG, Berman NC, Franklin JC, Abramowitz JS. Health Anxiety: Latent Structure and Associations with Anxiety-related Psychological Processes in a Student Sample. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2010; 32(4):565-574.
- 17- American Psychiatric Association. *DSM 5*. American Psychiatric Association. 2015.
- 18- Taylor S, Asmundson GJ. *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press; 2004.
- 19- Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy 2007; 45(3):413-424.
- 20- Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. Cognitive Therapy and Research 2007; 31(6):871-883.
- 21- Franklin ME, Foa EB. Treatment of obsessive compulsive disorder. Annu Rev Clin Psychol 2011; 7:229-43.
- 22- Akrami N, Kalantari M, Arizi HR, Abedi MR, Maroufi M. Comparison of the Effectiveness of Behavioral - Cognitive and Behavioral Meta Cognitive Approaches in Patient with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Journal of Clinical Psychology 2010; 2(2): 59-71.
- 23- Asadi, M. Meta-Analysis of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2012; 20(3): 396-405.
- 24- Pilowsky I, Spence ND. Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. Journal of Psychosomatic Research 1975; 19(4):279-287.
- 25- Kellner R. *Abridged manual of the illness attitude scales*. University of New Mexico, Department of Psychiatry, School of Medicine; 1987.
- 26- Morales A, Espada JP, Carballo JL, Piquerias JA, Orgilés M. Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. J Health Psychol 2013; 20(2): 122-31.
- 27- Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychological Medicine 2002; 32(05): 843-53.
- 28- Fergus TA, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory and Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: A comparison of two self-report measures of health anxiety. Cognitive therapy and research 2011; 35(6):566-574.
- 29- Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders 2013; 27(1):68-78.
- 30- Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? Personality and Individual Differences 1994; 17(6): 791-802.
- 31- Tabachnick BG, Fidell L. *Using Multivariate Statistics: International Edition*. New York: Pearson; 2012.
- 32- Kimiae S, Mahlabani HG. Validating of cognitive triad inventory in students of Ferdowsi University of Mashhad. Journal of Fundamentals of Mental Health 2011; 13(3): 230-41.
- 33- Lovibond PFM, Lovibond SM. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Sydney, Australia: Psychology Foundation; 1995.
- 34- Sahebi A, Asghari MJ, Salarli R. Validation of depression, anxiety, stress scale for Iranian sample. Journal of Iranian Psychologist 2006; 1:299-312.
- 35- Gao F, Luo N, Thumboo J, Fones C, Li SC, Cheung YB. Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them. Health and Quality of Life Outcomes 2004; 2(1):63.
- 36- Yaghubi H, Karimi M, Omidi A, Barooti E, Abedi M. Validity and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) in university students. Journal of Behavioral Sciences 2012; 6(2): 153-160.
- 37- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpeneth KM, Guenola N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behav Ther 2011; 42(4): 676-88.
- 38- Karimi J. Validating of Acceptance and Action Questionnaire-II in students of Tehran University of Medical Sciences. Journal of Fundamentals of Mental Health. In press.
- 39- McDonald RP, Ho M. Principles and practice in reporting structural equation analyses. Psychological Methods 2002; 7(1): 64-82.
- 40- Byrne BM. *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. 2nd ed. New York: Routledge; 2010.

Evaluation of Psychometric Properties of the Health Anxiety Inventory

Karimi J^{1*} (PhD), Homayuni Najafabadi A² (MA), Homayuni Najafabadi F¹ (BS)

¹Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, University of Malayer, Malayer, Iran

²Department of Psychology, School of Psychology, University of Shahid Chamran, Ahvaz, Iran

Original Article

Received: 13 Sep 2014, Accepted: 17 Dec 2014

Abstract

Introduction: Although hypochondriasis is classified as a form of Somatoform Disorders, cognitive - behavioral theories consider it as the extreme form of health anxiety. This study aimed to translate and evaluate the reliability and validity of the Short Form Health Anxiety Inventory.

Methods: In this cross-sectional study, 363 students (140 males and 223 females) studying at Malayer University were selected through convenience sampling method. Students filled out the Short Form Health Anxiety Inventory, depression, anxiety, stress, general health questionnaire and the acceptance and action questionnaire II. The test-retest reliability and Cronbach's alpha coefficient were used to assess the reliability and the convergent validity method and confirmatory factor analysis were used to assess the validity.

Results: The Cronbach's alphas were 0.76 for the risk of disease, 0.63 for the negative effect of disease, and 0.79 for the total questionnaire. Concurrent validity of the short form health anxiety questionnaire was correlated with the public health (0.42), experiential avoidance (0.31), anxiety (0.47), stress (0.32), and depression (0.34) items. The confirmatory factor analysis showed that the two-factor and three-factor structure of this questionnaire were both acceptably fit.

Conclusion: The results of this study showed that The Short Health Anxiety Inventory is a reliable and valid questionnaire for research on hypochondriasis disorder and health anxiety.

Key words: Short Health Anxiety Inventory, health anxiety, student, validation

Please cite this article as follows:

Karimi J, Homayuni Najafabadi A, Homayuni Najafabadi F. Evaluation of psychometric properties of the Health Anxiety Inventory. Hakim Health Sys Res 2015; 17(4): 297- 305.

*Corresponding Author: Department of Psychology, School of Literature and Humanity Science, University of Malayer, Malayer, Iran. Tel:+98- 913- 2756241, Fax: +98- 81- 33339880, E-mail: dr.karimi10@yahoo.com

67 زمستان 93، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی