

ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب سلامت

جواد کریمی^{1*}، عاطفه همایونی نجف‌آبادی²، فرشته همایونی نجف‌آبادی¹

1- گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ملایر 2- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز
* نویسنده مسؤل: دانشگاه ملایر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی. تلفن: 09132756241 نمابر: 081-33339880
پست الکترونیک: dr.karimi10@yahoo.com

دریافت: 93/6/22 پذیرش: 93/9/26

چکیده

مقدمه: هر چند که خودبیمارانگاری بعنوان یک اختلال جسمانی طبقه‌بندی 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- مقطعی، 363 دانشجوی دانشگاه ملایر (140 مرد و 223 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 2 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 0/76، پیامد منفی ابتلای به بیماری 0/63 و برای کل پرسش‌نامه 0/79 محاسبه 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 0/42، 0/31، 0/47، 0/32 و 0/34 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.

کل‌واژگان: فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت، اضطراب سلامت، دانشجو، روایی و پایایی

مقدمه

بیماری واریسی کنند (3). 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 علائم بدنی خود به این نتیجه می‌رسند که بیمارند (سردرد من نشانه این است که من تومور مغزی دارم) (2). اضطراب سلامت¹ یا خودبیمارانگاری² اختلالی است 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 (1). برای افرادی که از بیماری‌های جدی جسمانی در رنجند این‌گونه نگرانی‌ها انطباقی است و باعث می‌شود این افراد به علائم بدنی خود توجه کنند تا در صورت مشاهده هرگونه علائم بیماری، به موقع برای درمان اقدام کنند (2). در واقع به عنوان یکی از راهبردهای مراقبت از خود به بیماران در معرض خطر آموزش می‌دهند که علائم و نشانه‌های بدنی خود را برای شناسایی عوامل احتمالی

¹ Health Anxiety

² Hypochondriasis

افراطی به علایم بدنی می‌شود را علت این اختلال می‌دانند (13 و 16). این باورهای ناکارآمد باعث می‌شود افراد به طور فاجعه‌باری علایم بدنی خود را سوءتعبیر 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 واریسی 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 علایم بدنی را حفظ کنند و مانع از این می‌شود که این افراد یاد بگیرند علایم غیرقابل تفسیر بدنی خود را تحمل کنند (19 و 20). این مدل ارائه شده در مورد خودبیمارانگاری، بسیار شبیه به مدل شناختی - رفتاری اختلال وسواس است (21). هر چند، مدل شناختی - رفتاری وسواس 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 عمده آن عدم دسترسی به ابزاری معتبر 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 مختصر 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 غیربالینی متمایز 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 (8-10). 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 علایم 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 محتمل‌ترین 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 علایم بدنی خود مشغولیت ذهنی دارند و این علایم را به عنوان نشانه یک بیماری جسمانی سوءتعبیر 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 علایم 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 1 نزدیک‌تر شود به معنی همبستگی درونی بالاتر و همگن‌تر بودن پرسش‌ها خواهد بود. محدوده مقادیر آلفا بدین صورت است: بین 0/7 تا 1 عالی، بین 0/4 تا 0/7 خوب و کمتر از 0/4 ضعیف می‌باشد (32). برای تعیین ضرایب پایایی آزمون - بازآزمون، این مقیاس مجدداً سه هفته بعد در 70 نفر از دانشجویان، 30 دانشجوی پسر و 40 دانشجوی دختر که در مرحله اول پژوهش شرکت داشتند، اجرا شد. جهت بررسی روایی¹³ فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت، از روش روایی همگرا¹⁴ استفاده شد. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عامل تأییدی¹⁵ بررسی گردید.

ابزارهای پژوهش

فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت¹⁶: این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی با 18 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 3 تعلق می‌گیرد. این پرسش‌نامه دو عامل احتمال ابتلای به بیماری و پیامدهای منفی ابتلای به بیماری را می‌سنجد. 14 سؤال اول مربوط به عامل احتمال ابتلای به بیماری است و بخش اصلی پرسش‌نامه است و 4 سؤال آخر پرسش‌نامه مربوط به عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری است. دامنه نمرات این آزمون بین 0 و 54 قرار دارد که نمرات بالاتر بیانگر اضطراب سلامت بیشتر است (27). بررسی‌های متعدد نشان داده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی مناسبی برخوردار است و می‌تواند بیماران خودبیمارانگار را از گروه کنترل غیربالینی متمایز سازد (20، 28-26). در این

اضطراب سلامت در بین جمعیت‌های مختلف است (29). هر چند که بررسی اضطراب سلامت در بین بیماران مبتلا به خودبیمارانگاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، بررسی آن در نمونه‌های غیربالینی نیز بنا به 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 غیربالینی به فهم این که چگونه علایم خودبیمارانگاری از نگرانی‌های عادی در مورد سلامتی به وجود می‌آید کمک می‌کند و بالاخره این که بررسی اضطراب سلامت در نمونه‌های غیربالینی می‌تواند به این امر کمک کند که اضطراب سلامت را جدای از مشکلات جسمی واقعی بررسی کنیم (20 و 30). 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 مفاهیم مشترک، ایجاد تعاریف عملیاتی، بررسی‌های تطبیقی کشورها و گروه‌های فرهنگی مختلف را آسان‌تر می‌کنند. افزون بر آن، در زمان و هزینه نیز صرفه‌جویی می‌شود. هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی روایی و پایایی 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 93-1392 بود. تعداد 363 نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به نظر تباچنیک¹¹ و فیدل¹² (31) در خصوص برآورد حجم نمونه برای مطالعات اعتباریابی و تحلیل عاملی، حداقل 300 نفر لازم است و اگر این رقم بالاتر برود و به 400 نفر برسد مطلوب، 500 نفر بسیار مناسب و 1000 نفر عالی است؛ لذا در مطالعه حاضر، تعداد 400 نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. از مجموع 400 دانشجوی انتخاب شده، تعداد 363 دانشجو (140 دانشجوی پسر و 223 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 محرمانه ماندن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان بیان شد.

¹³ Validity

¹⁴ Convergent validity

¹⁵ Confirmatory factor analysis (CFA)

¹⁶ Short Health Anxiety Inventory (SHAI)

زمستان 93، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی 67

¹¹ Tabachnick

¹² Fidell

بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی 0/66، استرس 0/49 و اضطراب 0/67 به دست آمده است (34).

پرسشنامه سلامت عمومی 12 سؤالی (GHQ-12): این پرسش‌نامه در سال 1972 توسط گلدبرگ 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 نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده می‌باشد. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده علایم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر و برعکس، نمره پایین نشان‌دهنده حداقل علایم مرضی و سلامت عمومی بالاتر است. پرسشنامه GHQ-12 دارای ساختار تک‌وجهی است ولی در بعضی مطالعات خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و عدم اعتماد به نفس برای آن شناسایی شده است (35). 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 تک‌عاملی و به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلالات و مشکلات روان‌شناختی سودمندتر باشد (35). در این پژوهش، از ساختار تک‌عاملی آن استفاده شد. روایی این آزمون در ایران توسط یعقوبی و همکاران با استفاده از ضریب آلفا 0/92 و ضریب دو نیمه‌سازی 0/91 محاسبه شد (36).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل - ویرایش 20: این پرسش‌نامه توسط باوند و همکاران (37) 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 7 سؤال است. سؤال‌های این پرسش‌نامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت 7 درجه‌ای (هرگز=1، خیلی به ندرت=2، به ندرت=3، گاهی اوقات=4، بیشتر اوقات=5، تقریباً همیشه=6، همیشه=7) رتبه‌بندی می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی آزمون - بازآزمون این پرسش‌نامه توسط بوند²¹ و همکاران 0/81 و همسانی درونی آن 0/84 به دست آمده است (37). 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 استاندارد¹⁷ 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 هماهنگ‌کننده¹⁸ 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، 70 نفر از دانشجویان دانشگاه ملایر مشارکت کردند. هدف از این مطالعه، بررسی این بود که آیا دانشجویان، جملات گویه‌های مختلف فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت را مطابق با منظور و اهداف تهیه‌کننده پرسش‌نامه دریافت می‌کنند یا خیر؟ و آیا یک برداشت واحد برای یک گویه در بین دانشجویان وجود دارد یا خیر؟ برای این منظور پس از آن که دانشجویان به صورت انفرادی، ابزار مورد نظر را تکمیل کردند، در حین کار از 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 گویه‌های فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت انجام گرفت و بدین ترتیب روایی صوری پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس:¹⁹ این مقیاس توسط لوویباند و لوویباند (33) 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 717 نفری به شرح زیر گزارش شده است: افسردگی 0/81، اضطراب 0/73 و استرس 0/81 (33). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ایران در یک نمونه 400 نفری برای افسردگی 0/70، اضطراب 0/66 و استرس 0/76 گزارش شده است (34). همچنین ضریب همبستگی پرسش‌نامه افسردگی

¹⁷ Backward-Forward

¹⁸ Coordinator

¹⁹ DASS (Depression, Anxiety, Stress Scale)

²⁰ Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

²¹ Bond

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	
	میانگین	انحراف معیار
1	1/02	0/68
2	1/34	1/07
3	1/78	0/84
4	1/03	0/77
5	1/02	0/79
6	0/77	1/54
7	1/05	1/03
8	0/58	0/83
9	0/88	0/73
10	1/16	0/99
11	0/76	0/86
12	0/71	0/78
13	1/10	0/90
14	0/88	0/79
15	1/28	0/99
16	0/86	0/89
17	0/68	0/90
18	0/58	0/80
14/15	میانگین عامل احتمال ابتلای به بیماری	
5/93	انحراف معیار عامل احتمال ابتلای به بیماری	
0/76	ضریب آلفای عامل احتمال ابتلای به بیماری	
3/41	میانگین عامل پیامدهای منفی ابتلای به بیماری	
2/48	انحراف معیار پیامدهای منفی ابتلای به بیماری	
0/63	ضریب آلفای پیامدهای منفی ابتلای به بیماری	
17/69	میانگین نمره کل برای پسران	
7/65	انحراف معیار نمره کل برای پسران	
17/48	میانگین نمره کل برای دختران	
7/24	انحراف معیار نمره کل برای دختران	
0/79	ضریب آلفای کل پرسش‌نامه	
**0/68	ضریب بازآزمایی	

**p<0/01

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

نتایج

در اعتباریابی این پرسش‌نامه، از 363 شرکت‌کننده که در سال تحصیلی 93-1392 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

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	140	38/6
زن	223	61/4
مقطع تحصیلی		
کارشناسی	319	87/9
کارشناسی ارشد	44	12/1

در این قسمت با توجه به تجزیه و تحلیل آماری، جداول مربوطه ارائه 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	افسردگی	اضطراب
احتمال ابتلای به بیماری	**0/39	**0/29	**0/27	**0/28	**0/48
پیامدهای منفی ابتلای به بیماری	**0/32	**0/24	**0/25	**0/35	**0/32
نمره کل	**0/42	**0/31	**0/32	**0/34	**0/47

**p<0/01

سالکوکوسکیس 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 أبراموویتز²² و همکاران (20) به منظور بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه انجام دادند سه

روایی‌سازه: 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؛

²² Abramowitz

در جدول 3، شاخص‌های برازش سه مدل ارائه 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 روان‌شناختی (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 بازمی‌آزمایی 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 خرده‌مقیاس‌های این ابزار و هم کل مقیاس از همسانی درونی قابل قبولی (جدول 2) برخوردار است و همچنین پایایی بازمی‌آزمونی 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 بازمی‌آزمایی معتبر برخوردار است (20، 26، 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. مک‌دونالد²⁷ و هو²⁸ (39) آماره‌ها و شاخص‌های زیر را پیشنهاد می‌دهند: شاخص مجذور کای دو (X^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 معتبر و پایا برای سنجش سازه اضطراب سلامت باشد. بنابراین، این ابزار می‌تواند در پژوهش‌های روان‌شناسی مورد استفاده قرار گیرد.

علی‌رغم ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این ابزار، این تحقیق چندین محدودیت دارد. برجسته‌ترین محدودیت مطالعه حاضر، فقدان اطلاعات درباره ویژگی‌های روان‌سنجی 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 تعمیم 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 بی‌هیچ چشم‌داشتی به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداختند قدردانی می‌شود.

³³ DSM-5

³⁴ Illness Anxiety Disorder

References

- 1- Looer 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, Drei 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.

زمستان 93، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی 67

همچون پژوهش آبراموویتز و همکاران (2)، نتایج این پژوهش نیز نشان داد که هم ساختار دو عاملی که در پژوهش اصلی سالکوویسکیس و همکاران (27) به دست آمد و هم ساختار سه عاملی که توسط آبراموویتز و همکاران (20) به دست آمد، از برآزش قابل قبولی برخوردارند. بنابراین، در این پژوهش نیز بر اساس اصل ایجاز و همانند پژوهش‌های دیگر، ساختار دو عاملی این ابزار انتخاب شد. در پایان، نتایج پژوهش نشان داد که بین اضطراب سلامت دختران و پسران تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته نیز همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند شیوع خودبیمارانگاری در بین زنان و مردان یکسان است (6).

در مورد سودمندی این ابزار می‌توان اظهار داشت که فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت بر اساس نظریه‌های شناختی- رفتاری که خودبیمارانگاری را حالت شدید اضطراب سلامت در نظر می‌گیرند ساخته شده است. هر چند امروزه همچنان 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 روانی³³ نیز که خودبیمارانگاری را در طبقه اختلالات علایم بدنی قرار داده است، عنوان آن را به اختلال اضطراب بیماری³⁴ تغییر داده است که نشان دهنده این موضوع است که هسته اصلی این اختلال اضطراب است (17). بنابراین، این ابزار در شناسایی و درمان افراد مبتلا به اختلال خودبیمارانگاری می‌تواند بسیار سودمند باشد. همچنین با توجه به شیوع اضطراب سلامت در بین اختلالات اضطرابی (2)، از این ابزار می‌توان جهت تشخیص افتراقی بین اختلالات اضطرابی و اختلال خودبیمارانگاری استفاده نمود. در پژوهشی مشخص شد که نقطه برش 47 در فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب سلامت در 70% موارد توانسته است به درستی بین افراد مبتلا به خودبیمارانگاری و افراد مبتلا به اختلال هراس تمایز قایل شود (2). نکته دیگری که باید در نظر داشت این است که اضطراب سلامت در بسیاری از

- 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, Ørnbøl 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, Lindfors 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- Wheatonv 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, Piqueras 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- Kimiaee 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, Salari 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)

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

² Department 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