

بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان

فریده نرگسی^۱، فاطمه ایزدی^۲، کلثوم کریمی نژاد^{۳*}، علی رضایی شریف^۴

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۲/۱۵

چکیده

اضطراب سلامتی با نگرانی‌های مداوم و شدید درباره سلامتی مشخص می‌شود. افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای غلط و تعبیر نادرستی از سلامتی دارند و حساسیت بیش از حدی نسبت به علائم بدنی خود دارند. شیوع آن در بین افراد بالاست. با توجه به اهمیت و ضرورت آن، یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان بالینی بررسی اضطراب سلامت در بیماران است. در این راستا سنجش اضطراب سلامت از اهمیت بالایی برخوردار است. در یک مطالعه به منظور تعیین اعتبار و روایی، پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) بر روی ۵۰۰ دانشجوی زن و مرد دانشگاه علوم پزشکی لرستان که به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند، اجرا شد. اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار Lizrel بدست آمد. نتایج نشان داد روایی سازه این پرسشنامه شامل سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی است. همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ با مقدار ۰/۷۵، اعتبار پرسشنامه را مطلوب نشان داد. نتایج حاکی از آن است که پرسشنامه اضطراب سلامت

۱. مربی، گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. مربی، گروه روان‌شناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

۳. * دانشجوی دکترا مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی،

اهواز، ایران، kolsoumkariminejad@gmail.com

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

سالکوسکیس و وارویک برای تشخیص اضطراب سلامت دانشجویان ایرانی به ویژه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان کفایت لازم را دارد و در پژوهش‌های مختلف و مراکز درمانی قابل استفاده است.

واژگان کلیدی: اضطراب سلامت، ابتلا به بیماری، نگرانی کلی سلامتی، پیامدهای بیماری، روایی، اعتبار، تحلیل عاملی تأییدی

مقدمه

با توجه به اینکه سلامت جسمانی برای زنده ماندن ضروری است، تعجب‌آور نیست که بیشتر مردم گاهی اوقات افکار و نگرانی‌هایی درباره سلامتیشان داشته باشند (لوپر و کایرمایر^۱، ۲۰۰۱)، که این افکار و نگرانی‌ها در میان افرادی که به بیماری وخیمی مبتلا هستند و یا در معرض خطر ابتلا به این نوع بیماری خاص می‌باشند، ممکن است بیشتر باشد. اما افرادی هستند بدون اینکه در معرض خطر و یا دچار بیماری خاصی باشند دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به جسم و سلامتی‌شان هستند و علائم جسمانی ساده را به عنوان بیماری وخیم تلقی می‌کنند، این افراد دچار اضطراب سلامت^۲ و یا حالت شدیدتر آن اختلال خودبیمارپنداری^۳ می‌باشند (آونس، آسموندسون، هدجیستاوورپولوس و همکاران^۴، ۲۰۰۴). اضطراب سلامت با نگرانی‌های مداوم و شدید درباره‌ی سلامتی مشخص می‌شود و در اصطلاح تشخیصی کسانی که بوسیله اضطراب سلامت ناتوان شوند، تشخیص خودبیمارپنداری می‌گیرند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۰۰، به نقل از تنگ^۶، ۲۰۰۷). اضطراب سلامت تشخیص جدیدی در آخرین طبقه‌بندی روانپزشکی آمریکا است که تا حدودی جایگزین اختلال خودبیمارپنداری شده است (تیرر و تیرر^۷، ۲۰۱۴).

-
1. Loper & Kirmayer
 2. health anxiety
 3. hypochondriasis
 4. Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos
 5. American Psychiatric Association (APA)
 6. Tang
 7. Tyrer & Tyrer

افراد دچار خودبیمارپنداری در جامعه نادر هستند (لوپر و کایرمایر، ۲۰۰۱)، اما شیوع اضطراب سلامت در بین افراد بالاست (سالکوسکیس و وارویک^۱، ۲۰۰۲). در یک بررسی، شیوع اضطراب سلامت را حداقل ۵۱ درصد در میان بیماران دارای دردهای مزمن برآورد کرده‌اند (ساندرلند، نیوبای و اندریو^۲، ۲۰۱۳). همین‌طور در مراکز پزشکی از ۱۷ درصد تا ۲۴ درصد متغیر است (تیرر، کوپر، کرافورد^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). اضطراب سلامت منجر به استفاده غیرضروری از خدمات بهداشتی و مشاوره‌های پزشکی می‌شود. تحقیقات اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را برای اضطراب سلامت تایید کرده‌اند (تیرر، هلن^۴، تیرر و همکاران، ۲۰۱۵). در اضطراب سلامت، اضطراب و اشتغال ذهنی فرد بیش از حد و نامتناسب است. این افراد بارها و بارها خود را مورد بررسی قرار می‌دهند (مثل بررسی گلو در آینه) و مدام در مورد بیماری تحقیق می‌کنند (مثلاً در اینترنت) و به دنبال اطمینان از خانواده و دوستان و پزشکان هستند. در برخی موارد اضطراب منجر به اجتناب ناسازگارانه از شرایط (مثلاً از دیدن اعضای خانواده بیمار) و یا فعالیت (مثل ورزش) می‌شود. نگرانی‌های بیماری یک جایگاه برجسته در زندگی فرد دارد و بر فعالیت‌های روزانه مؤثر است و باعث درگیری در زندگی فرد می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). سطح بالایی از اضطراب در مورد سلامت وجود دارد و فرد به راحتی در مورد وضعیت سلامت خود هراسان می‌شود (النبرگ، فرستلم، اسکرودر^۶ و همکاران، ۲۰۱۵).

اضطراب سلامت شامل چهار مؤلفه عاطفی، شناختی، رفتاری و ادراکی می‌باشد. مؤلفه عاطفی شامل نگرانی درباره سلامتی می‌باشد. مؤلفه شناختی به اعتقاد قوی مبنی بر بیمار بودن بر خلاف شواهد پزشکی محدود می‌شود. مؤلفه رفتاری، رفتارهای اطمینان‌جویی به منظور

-
1. Warwick
 2. Sunderland, Newby & Andrews
 3. Crawford
 4. Helen
 5. American Psychiatric Association
 6. Eilenberg, Frosthalm, Schröder

کاهش ترس از بیماری را در برمی‌گیرد و مؤلفه ادراکی شامل اشتغال ذهنی به علایم و احساس‌های بدنی می‌باشد (لانگلی، واتسون و نویز^۱، ۲۰۰۵).

هنگامی که بیمار از اضطراب سلامت رنج می‌برد، می‌توان این اضطراب و اندیشه بیهوده وی را به سلامتی را به عنوان اختلال خودبیمارپنداری در DSM-IV-TR و یا اختلال علایم بدنی و اضطراب سلامت در DSM5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) طبقه‌بندی کرد. اضطراب سلامت در طیف ابعادی به صورت افرادی است که یا اضطراب بسیار شدیدی را در مورد سلامتی خود تجربه می‌کنند و یا افرادی که اضطراب نگران‌کننده‌ای را به سلامتی خود ندارند (هدمن، بیرجن، اندرسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به اهمیت و ضرورت ذکر شده در مورد اضطراب سلامت، یکی از دغدغه‌های مهم روان‌شناسان باید بررسی اضطراب سلامت در بیماران باشد که حاصل آن تولید ابزارهای عینی می‌باشد. در گذشته چندین پرسشنامه برای ارزیابی خودبیمارپنداری ساخته شده است از مهمترین آن‌ها می‌توان به وایتلی ایندکس^۳ (پیلوسکی^۴، ۱۹۶۷) اشاره کرد که به طور اختصاصی اختلال خودبیمارپنداری را می‌سنجد. همچنین در پرسشنامه MMPI-2 یکی از مقیاس‌هایی که سنجیده می‌شود خودبیمارپنداری است. یکی از ابزارهایی که در ایران برای سنجش اختلال خودبیمارپنداری ساخته شده است، آزمون خودبیمارپنداری اهواز احدی و پاشا (۱۳۸۱) می‌باشد، این پرسشنامه را که شامل ۴۵ ماده است احدی و پاشا در شهرستان اهواز تهیه کردند. آن‌ها با استفاده از روش تحلیل عوامل دو عامل را بدست آوردند و نشان دادند که ۳۵ ماده روی عامل اول که شکایت‌های بدنی و اشتغالات ذهنی نام دارد و ۱۰ ماده روی عامل دوم که ترس و نگرانی نامیده می‌شود. یکی دیگر از این ابزارها پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد. این آزمون برای پیدا کردن نشانه‌های بیماری و تشخیص به کار می‌رود. همین‌طور از آن می‌توان برای هدایت روان‌درمانی و تسهیل درمان کمک گرفت. نظر به این که استفاده از یک ابزار با اهداف پژوهشی و بالینی مستلزم واریسی و ویژگی‌های

1. Longley , Watson , Noyes
2. Hedmana, Brján, Anderssona
3. Whitely index),
4. Pilowsky

روان‌سنجی آن ابزار در جمعیت مورد نظر است و با توجه به اهمیت این ابزار، علاقه فزاینده‌ای به بررسی روان‌سنجی این آزمون مشاهده می‌شود. لذا این پژوهش با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی (اعتبار و روایی) پرسشنامه اضطراب سلامت در نمونه دانشجویان ایرانی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی و از نوع مطالعات روان‌سنجی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. از کل افراد حاضر ۲۵۰ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن انتخاب شدند.

در این مطالعه اطلاعات از طریق پرسشنامه اضطراب سلامت گردآوری شد. سپس هدف محاسبه اعتبار و میزان ثبات پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ و بررسی روایی سازه پرسشنامه از طریق روش تحلیل عاملی بود. پرسشنامه اضطراب سلامت، برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود؛ فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، توسط سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) ساخته شد شامل ۱۸ آیتم است که از نوع مداد-کاغذی و خودسنجی است و به صورت مختصر HAI خوانده می‌شود. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره گذاری برای هر آیتم از صفر تا ۳ نمره می‌باشد. انتخاب گزینه الف «۰»، گزینه ب «۱»، گزینه ج «۲» و گزینه د «۳» نمره دارد و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت می‌باشد (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). پرسشنامه دارای سه عامل بخش اصلی^۱، نگرانی کلی سلامتی^۲ و پیامدهای

-
1. health anxiety Inventory
 2. Main Section
 3. Total health anxiety

منفی^۱ می‌باشد. با توجه به اینکه ابزار مورد استفاده برای انگلیسی زبان‌ها تدوین شده بود، ابتدا باید ترجمه و به فارسی برگردانده می‌شد. پرسشنامه اضطراب سلامت توسط نرگسی در سال ۱۳۹۰ به فارسی برگردانده شد و توسط چند تن از اساتید این حوزه تایید شد. از نظر نگارش زبان فارسی چندین مرتبه واریسی شد و برای اطمینان از فهم گویه‌ها در اختیار چند دانشجو قرار گرفت تا آن‌ها نیز نظر خود را اعلام کنند. برای سنجش روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی، این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز (احدی و پاشا، ۱۳۸۱، به نقل از پاشا، ۱۳۸۴) بر روی نمونه اعتباریابی اجرا شد.

اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲). در سال ۱۳۹۰ پرسشنامه بین ۳۷۵ آزمودنی از بین معلمان اندیمشک اجرا شد که اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت‌بخش پرسشنامه اضطراب سلامت می‌باشد. سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری (IAS)^۲ استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند و آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. در سال ۱۳۹۰ برای سنجش روایی همگرا نیز از پرسشنامه خودبیمارپنداری اهواز استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارپنداری اهواز برابر ۰/۷۵ به دست آمد که در سطح معنی داری $p < 0/001$ معنادار است. بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامت از روایی خوبی برخوردار است (نرگسی، ۱۳۹۰). این پژوهش در سال ۱۳۹۲ به منظور بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت بر روی گروهی از جمعیت ایرانی در بین ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان صورت گرفته است. پژوهشگران به دانشگاه علوم پزشکی لرستان مراجعه نموده و پس از دسترسی به نمونه به معرفی خود و ارائه توضیحات مختصری در مورد اهداف پژوهش پرداختند. بعد از کسب موافقت آن‌ها در زمان کافی و مکان مناسب در دانشکده مثلاً در پایان کلاس‌ها،

1. Negative Consequence
2. Illness Attitudes Scale (IAS)

پرسشنامه‌ها را در اختیار نمونه قرار دادند. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و آمار استنباطی (محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی اعتبار و آزمون تحلیل عاملی اکتشافی^۱ برای بررسی روایی سازه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این قسمت به ارائه نتایج توصیفی و نتایج مربوط به اعتبار و روایی آزمون می‌پردازیم. طبق محاسبات توصیفی از کل افراد حاضر در نمونه ۲۵۰ نفر مرد و ۲۵۰ نفر زن بودند که ۳۱۳ نفر آن‌ها بومی و ۱۸۷ نفر آن‌ها غیربومی بودند. همین‌طور از کل افراد حاضر در نمونه ۴۶۵ نفر مجرد و ۳۵ نفر متأهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب عبارتند از ۲۳/۹۷ و ۲/۷۰. هم‌چنین کمینه سن در افراد شرکت‌کننده ۱۸ و بیشینه سن ۴۲ سال بوده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به سن در افراد شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	کمینه	بیشینه
سن	۲۳/۹۷	۲/۷۰	۷/۳۰	۱۸	۴۲

همچنین در جدول شماره ۲ نتایج آزمون t برای مقایسه میزان اضطراب سلامت به لحاظ جنسیتی، وضعیت تاهل و سکونت شرکت‌کنندگان آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون t برای مقایسه میزان اضطراب سلامت به لحاظ جنسیتی، وضعیت تاهل و

سکونت شرکت‌کنندگان

آزمون	M	SD	t	df	Sig.
اضطراب سلامت	۳۴/۱۲	۷/۱۹	۰/۱۰۸	۴۹۸	۰/۹۱
	۳۴/۱۹	۶/۸۳			
اضطراب سلامت	۳۴/۲۰	۷/۰۱	۰/۸۰	۴۸۸	۰/۴۲
	۳۳/۱۰	۷/۰۱			
اضطراب سلامت	۳۴/۴۵	۷/۱۱	۱/۲	۴۸۹	۰/۱۹
	۳۳/۶۰	۶/۷۸			

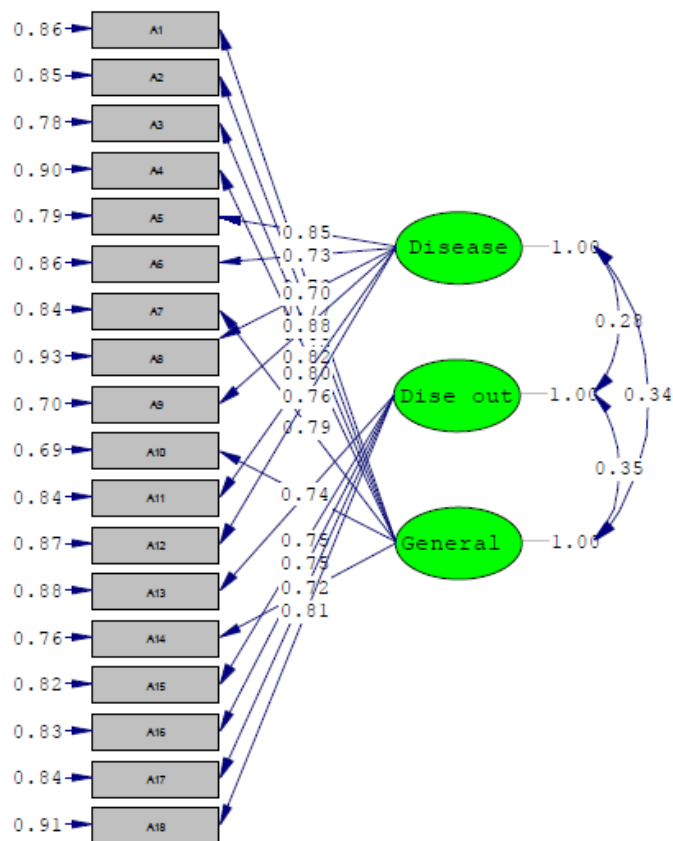
1. Exploratory Factor Analysis

چنان‌که در جدول ۲ آمده است، میانگین نمرات اضطراب سلامت به لحاظ جنسیتی، وضعیت تاهل و سکونت در دانشجویان تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. یعنی در اضطراب سلامت بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. همچنین بین مجرد و متأهل و نوع سکونتشان نیز این تفاوت معنی‌دار نبود.

بررسی اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای عامل نگرانی کلی سلامتی مساوی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰، و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ به دست آمد که نتایج حاکی از پایایی قابل قبول برای این پرسشنامه است.

برای بررسی روایی سازه پرسشنامه، تحلیل عاملی تأییدی صورت گرفت و برای استخراج عامل‌های مناسب و هماهنگ با ساختار فرهنگی و اجتماعی گروه نمونه، تحلیل عاملی اکتشافی اجرا شد.

برای بررسی روایی سازه پرسشنامه اضطراب به واسطه انجام تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از لیزرل ۸/۸ صورت گرفت. برای برآورد مدل از روش حداکثر احتمال و به منظور بررسی برازش مدل از شاخص‌های مجذور خی (X^2) ، شاخص نسبت مجذور خی دو بر درجه آزادی $(\frac{X^2}{df})$ ، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA) و باقیمانده مجذور میانگین (RMR) استفاده شد. اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد دال بر برازش بسیار مناسب است اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر از ۱۰۰ غالباً معنادار است و از این رو شاخص مناسبی برای سنجش برازش مدل نیست اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی، کوچکتر از ۳ باشد برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگتر از ۰/۹۰ باشد بر برازش بسیار مطلوب و بسیار مناسب دلالت دارد و بزرگتر از ۰/۸۰ بر برازش مطلوب و مناسب و اگر شاخص‌های RMSEA و RMR کوچکتر از ۰/۰۵ باشند بر برازش بسیار مطلوب دلالت دارد و کوچکتر از ۰/۰۸ بر برازش مطلوب دلالت دارد.



Chi-Square=266.89, df=132, P-value=0.00000, RMSEA=0.045

نمودار ۱. مسیر پرسشنامه اضطراب سلامت

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی برای مدل استاندارد پرسشنامه اضطراب سلامت

RMR	RMSEA	CFI	AGFI	GFI	χ^2/df	χ^2
۰/۰۲۸	۰/۰۴۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۷	۲/۰۳۵	۲۶۶/۸۹

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، شاخص‌های GFI ، $AGFI$ ، CFI ، $RMSEA$ و RMR بر برازش مطلوب و مناسب دلالت داشته و مدل برآورد شده را تأیید می کنند.

برای استخراج عوامل خاص جامعه ایرانی با رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی از چرخش ماتریس عوامل استفاده شد. سه عامل با شماره گویه‌ها در جدول شماره ۵ نمایش داده شده است. بر پایه نتایج تحلیل عاملی مواد پرسشنامه با اجرای روش تحلیل مولفه‌های اصلی، شمار عامل‌هایی که بر پایه آن‌ها ویژگی‌های نهایی تعیین شد ۳ عامل بود. که شامل نگرانی کلی سلامتی که شامل ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۱۰ و ۱۴، ابتلا به بیماری که شامل ماده‌های ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ و پیامدهای بیماری که شامل ماده‌های ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ است. در نهایت مشخص شد که با توجه به ساختار اصلی پرسشنامه، بافت فرهنگی و اجتماعی و نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، ۳ عامل از کفایت بیشتری برخوردار است. این سه عامل توسط اساتید حوزه روانشناسی بررسی و تأیید شد.

جدول ۴. ماتریس عاملی چرخشی ساختار پرسشنامه ۱۸ سوالی اضطراب سلامت

گویه‌ها	عامل ۱: ابتلا به بیماری	عامل ۲: پیامدهای بیماری	عامل ۳: نگرانی کلی سلامتی
۱			۰/۳۸۷
۲			۰/۵۲۴
۳			۰/۵۸۹
۴			۰/۵۱۳
۵	۰/۶۱۷		
۶	۰/۶۶۴		
۷			۰/۶۹۳
۸	۰/۵۴۶		
۹	۰/۴۱۸		
۱۰			۰/۵۴۵
۱۱	۰/۶۲۲		
۱۲	۰/۶۶۹		
۱۳		۰/۳۱۲	
۱۴			۰/۳۷۲
۱۵		۰/۷۸۱	
۱۶		۰/۷۶۴	
۱۷		۰/۷۷۰	
۱۸		۰/۵۷۶	

بحث

در این مقاله به بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه اضطراب سلامت در یک جمعیت غیربالیینی در ایران پرداخته شد. اضطراب سلامت با نگرانی‌های مداوم و شدید درباره سلامتی مشخص می‌شود. افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای غلط و تعبیر نادرستی از سلامتی دارند و حساسیت بیش از حدی نسبت به علائم بدنی خود دارند و شیوع آن در بین افراد بالاست. با توجه به اهمیت و ضرورت اضطراب سلامت در بیماران، یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان بالینی بررسی آن است. بنابراین تهیه ابزاری که دارای روایی و پایایی بالایی باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ابزار مورد بررسی در پژوهش حاضر، پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک است که بر روی نمونه در دسترس دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان اجرا شد. ملاک اعتبار بررسی شده در مقیاس حاضر، ضریب آلفای کرونباخ بود که اعتبار نسبتاً بالایی ابزار حاضر را نشان داد و نشان‌دهنده ثبات و پایایی ابزار مورد نظر در تشخیص اضطراب سلامت می‌باشد که این داده‌ها با نتایج پژوهش‌های سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)، آبراموویتز و مور^۱ (۲۰۰۷) و نرگسی (۱۳۹۰) هماهنگ می‌باشد. همین‌طور نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان‌دهنده‌ی برازش مدل مفهومی با داده‌های تجربی به دست آمده در جامعه ایرانی بود. از طریق تحلیل عاملی اکتشافی به معرفی عامل‌های جدید پرداخته شد. سه عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی به عنوان عوامل جدید معرفی شد که در جدول مربوطه شماره گویه‌های مورد نظر برای هر عامل مشخص شده است. دو عامل نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای بیماری همخوان با عامل‌های نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای منفی در پژوهش سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) می‌باشد. روی هم رفته، این نتایج از ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتبار پرسشنامه اضطراب سلامت در میان نمونه غیربالیینی حمایت می‌کند. بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه اضطراب سلامت حاضر در نمونه ایرانی مورد تایید قرار گرفت. به نظر می‌رسد این پرسشنامه هم دارای ویژگی‌های روان‌سنجی خوب و هم ابزار کاربردی برای تشخیص خودبیمارپنداری و اضطراب سلامت

1. Abramowitz, Moore

می‌باشد و علاوه بر این به دلیل کوتاه بودن ابزار در زمان کوتاهی قابل استفاده است (سالکوسکیس و وارویک، ۲۰۰۲).

نرگسی در سال ۱۳۹۰ روایی این پرسشنامه با آزمون خودبیمارپنداری در اهواز را بررسی کرد که نشان داد پرسشنامه اضطراب سلامت از روایی خوبی برخوردار است. برای اعتباریابی مجدد می‌توان از دیگر ابزارهای مربوط به خودبیمارپنداری و دیگر ابزارهایی که اضطراب سلامت را می‌سنجند، به عنوان یک ابزار ملاک و فرم موازی استفاده کرد. برای پیدا کردن نشانه‌های بیماری و تشخیص، این آزمون می‌تواند در بین بیماران به کار رود تا روان‌درمانگران را در تسهیل درمان و هدایت روان‌درمانی صحیح، یاری دهد. همین‌طور در کارهای پژوهشی می‌توان از این پرسشنامه استفاده کرد.

روان‌درمانگران و پژوهشگران می‌توانند برای بررسی اضطراب سلامت با استفاده از ابزارهای گوناگون اعتباریابی شده به سنجش و اندازه‌گیری بپردازند که یکی از این ابزارهای در دسترس پرسشنامه مورد بررسی در این مقاله است که می‌توان اضطراب سلامت در افراد به خصوص مولفه شناختی آن و خود بیمار پنداری را با استناد به مقیاس اعتباریابی شده مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار داد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن نمونه به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نمونه پژوهشی از سایر دانشگاه‌ها و گروه‌های سنی مختلف انتخاب شود تا نتایج از روایی بیرونی بالاتری برخوردار باشد. همین‌طور پیشنهاد می‌شود تمام مولفه‌های اضطراب سلامت که شامل مولفه‌های عاطفی و رفتاری و ادراکی و شناختی است، سنجیده شود تا روند تشخیص و درمان تسهیل شود.

این پژوهش که با هدف بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب سلامت انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ۱۸ گویه در نمونه ۵۰۰ نفری زن و مرد، اعتبار پرسشنامه را مطلوب نشان داد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازه پرسشنامه را تصدیق نمود. ملاحظات مذکور با یافته‌های روان‌سنجی حاصل از مطالعات تدوین‌گران پرسشنامه در یک راستا قرار دارد. همچنین نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی به استخراج ۳ عامل ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی منجر شد. بنابراین یافته‌های پژوهش

حاضر شواهد مطلوبی را در تأیید اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب سلامت نشان داد. به‌همین منظور پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی برای تشخیص اضطراب سلامت در بیماران با کمک مقیاس حاضر به سنجش این سازه پردازند و در صورت وجود اضطراب سلامت، درمان مناسب آن را برای بیماران به کار ببرند. در کل می‌توان چنین نتیجه گرفت که پرسشنامه اضطراب سلامت ابزاری روا و معتبر در میان دانشجویان است و می‌توان با اطمینان خاطر از آن استفاده کرد.

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از همه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند، به‌ویژه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان که با سعه صدر با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی کنیم.

منابع

پاشا، غلامرضا (۱۳۸۴). شیوع خودبیمارانگاری و رابطه‌ی آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی*، شماره ۲۵، صفحه ۲۰-۱.

نرگسی، فریده (۱۳۹۰). بررسی باورهای ناکارآمد، ویژگی‌های شخصیتی و سابقه ابتلا به بیماری وخیم در معلمان دارا و فاقد اضطراب سلامتی در شهرستان اندیمشک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 413.-424

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, Va: American Psychiatric Association

Eilenberg T, Frosthalm L, Schröder A, Jens S, Jensen, Per Fink. Disorders Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 32, 95-102.

Hedmana, Erik. Brjánn, Ljótssona. Anderssona, Erik. Anderssonc, Gerhard, Lindeforsc, Nils. Rückc, Christian. Axelssona, Erland. Lekanderb, Mats, (2015). Psychometric properties of Internet-administered measures of health anxiety: An investigation of the Health Anxiety

- Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Whiteley Index. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 32–37.
- Longley, S., Watson, D., & Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, 17(1), 3–14.
- Looper, K.J., & Kirmayer, L.J. (2001). Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychological Medicine*, 31, 577–84.
- Owens, K. M. B., Asmundson, G. J. G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, T. J. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 57–66.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 39–43.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32, 843–853.
- Salkovskis, P. M., Dowd, H., & Hanna, M. (2006). Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 155 – 161.
- Sunderland, M., Newby, J.M., Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202, 56–61.
- Tang, K.Y. (2007). Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 7, 25–40.
- Tyrer A, Helen, Tyrer A, Peter, Lisseman-Stones b, Yvonne, McAllister, Sharon (2015). Therapist differences in a randomized trial of the outcome of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients. *International Journal of Nursing Studies*. 52 (2015) 686–694.
- Tyrer, P., Tyrer, H. (2014). The departure of hypochondriasis is no loss. *Aust. N. Z. Journal of Psychiatry*. 48, 772–773.
- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., & Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 392–394.