

ویژگی‌های روان‌سنجی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر

فاطمه بی‌تا^۱ و نوراله محمدی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۲/۰۲ صص ۸۷-۱۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی چهارمین ویرایش از پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در ایران انجام شد. این پژوهش به روش توصیفی - پیمایشی بود. این بررسی در دو مرحله انجام شد. در مرحله نخست روی ۲۲۱ دانشجوی دانشگاه شیراز و در مرحله دوم روی ۴۰ نفر از بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشگاه شیراز و درمانگاه فوق تخصصی امام رضا در شیراز و روی ۴۰ نفر از افراد نرمال در سال ۹۱-۹۲ در مرکز مشاوره دانشگاه شیراز اجرا شد. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی ایالت پن و اضطراب بک بود. همسانی درونی، روایی همگرا، روایی تشخیصی، نقاط برش، حساسیت و ویژگی پرسشنامه و تحلیل عاملی این مقیاس محاسبه شد. اولین یافته، همسانی درونی این مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ نشان داد. یافته دوم حاکی از روایی همزمان ۰/۶۱ و $r=0/45$ و روایی افتراقی $r=0/88$ بود. علاوه بر این نقطه برش ۵/۹۵ منجر به حساسیت ۹۷٪ و ویژگی ۹۴٪ شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برازش یک عاملی را تأیید کرد. پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر دارای اعتبار و روایی مطلوبی است و از این پرسشنامه می‌توان در رسیدن به مقاصد پژوهشی، تشخیصی و درمانی در ایران استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: پایایی، روایی، تشخیص، اختلال اضطراب فراگیر

^۱ کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۲ دانشیار، روان‌شناسی، بخش روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول: mohamadi@rose.shirazu.ac.ir

مقدمه

اختلالات اضطرابی عمده‌ترین اختلالات روانی معاصر نامیده می‌شوند (Dozsis & Dobson, 2005). البته اگر چه میزان شیوع این اختلالات بالا است اما تنها کمتر از ۳۰ درصد از مبتلایان به دنبال درمان می‌روند. به علاوه، این اختلالات، استفاده زیاد از خدمات مراقبت بهداشتی و اختلال کارکردی بیش از حد ایجاد می‌کنند. مطالعات اخیر حاکی از آن است که اختلال اضطرابی مزمن ممکن است میزان مرگ و میر مربوط به اختلالات قلب و عروق را بیشتر کند (Saduk and Saduk, 2006). در حد خطوط کلی می‌توان گفت که اختلال‌های اضطرابی مجموعه‌ای از اختلال‌ها را پوشش می‌دهند که اضطراب یکی از نشانه‌های اصلی آن‌ها است. وجه مشترک این اختلال‌ها، رنج روانی و به خصوص حالت اضطرابی است که به صورت محض یا همراه با نشانه‌های دیگر، متجلی می‌شود (Dadsetan, 2008).

اختلال اضطراب فراگیر یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی، است و جزء اختلالات اضطرابی طبقه بندی می‌شود. نسخه تجدید نظر شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال اضطراب فراگیر را با نگرانی مفراطی، مزمن و پایدار مشخص می‌کند (که در بیشتر روزها نه فقط درباره یک فعالیت یا رویداد، برای حداقل ۶ ماه اتفاق می‌افتد). کنترل کردن این نگرانی برای فرد دشوار است. اضطراب و نگرانی حداقل با ۳ تا از این ۶ علائم همراه است: بی‌قراری یا برانگیختگی بالا و یا بی‌صبری، خستگی زودرس، اشکال در تمرکز یا خالی شدن ذهن، تحریک پذیری، تنش عضلانی و اختلال در خواب (دشواری در خواب رفتن یا باقی ماندن در خواب یا داشتن خواب غیر رضایت بخش و بی‌قرار) همراه است. کانون نگرانی ناشی از یک اختلال دیگر یا مصرف مواد نمی‌باشد (Clarck & Beck, 2010).

اختلال اضطراب فراگیر ابتدا به عنوان یک اختلال جدا در نسخه سوم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی شناخته شد و از آن زمان به بعد تغییرات تشخیصی برای بهتر شدن اعتبار آن صورت گرفته است و تمرکز بر اضطراب شناور به نگرانی به عنوان ویژگی مرکزی این اختلال تغییر کرد (Mennin, Heimberg & Turk, 2004). نسخه تجدید نظر شده ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی این اختلال را به دو بخش تهییج پذیری یا اضطراب جسمانی و نگرانی تقسیم می‌کند. مؤلفه اول بر نشانه‌های جسمانی مانند تعریق، برانگیختگی بالا، افزایش ضربان قلب و... تاکید دارد. این در حالی است که مؤلفه دوم به نگرانی اشاره دارد که می‌تواند بر جنبه بدنی غلبه کند (Huppert & Rynn, 2004).

یکی از شایع‌ترین علایم بدنی و عاطفی این اختلال ناتوانی در آرام سازی است که در ۹۶/۶ درصد موارد یافت می‌شود. افزایش ضربان قلب در ۴۸/۳ درصد و اشکال در تنفس نیز در ۳۴/۵ درصد افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر دیده می‌شود. این می‌تواند نمایانگر یک نوع آماده سازی افراطی تمامی سیستم‌ها باشد که احساس اضطراب و تسریع فکر را منعکس می‌کند. بقیه علائم بدنی، عاطفی و اضطرابی نیز منعکس کننده عاطفه اضطراب (وحشت و ترس شدید)، آماده سازی حرکتی (تنش و برانگیختگی)، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک (عرق کردن کل بدن، مشکلات تنفسی، فشار شدید برای ادرار، تهوع و اسهال و احساس ضعف) می‌باشد. هم چنین علائم کلاپس سیستم حرکتی نیز مشاهده می‌شود (احساس لرزش، ضعف عمومی) (Beck, Amari, Garry and Green Leah, Roth, 2004).

این اختلال به طور قابل توجه ناتوان کننده است و اغلب با اختلالات دیگر مثل افسردگی و اختلالات اضطرابی دیگر همراه است. نشانه‌های جسمی زیاد در اختلال اضطراب فراگیر منجر می‌شود که بسیاری از بیماران ابتدا در پی کمک افراد غیر حرفه‌ای، در زمینه سلامت روان بروند (Papp, Gorenstein & Mohlman, 2010).

شیوع یک ساله این اختلال بین ۳-۸ درصد است و شیوع آن در طول عمر نزدیک به ۵ درصد است. شیوع اختلال اضطراب فراگیر در ایران نیز مانند سایر کشورهای جهان در حد بالایی است. اکثر پژوهش‌های همه گیر شناسی به این نتیجه رسیده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر اختلال شایعی در بین جمعیت ایرانی است. کاویانی و همکارانش (۱۳۷۹) شیوع این اختلال در تهران را ۷/۴ درصد گزارش کرده‌اند (Kawani et al, 2003).

شروع اختلال اضطراب فراگیر تدریجی است و سن متوسط کسانی که برای درمان مراجعه می‌کنند ۳۹ سال است. سن شروع بیماری حدود ۱۶ سال و میانگین سن مراجعه به درمانگاه حدود ۲۵ سال است (Clark, Farbom and Christopher, 2006).

اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند هزینه‌هایی را برای سلامت عمومی جامعه، به جامعه تحمیل کند. زیرا با نرخ بالای اختلالات پزشکی عمومی، فقدان بهره وری شغلی، افزایش تلاش‌های خودکشی و افکار خودکشی (Comer & Olfson, 2010)، هزینه بالای مراقبت و درمان (Wittchen, 2002) و کیفیت زندگی و سلامت ضعیف مرتبط است. از بین اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر اثرات آسیب‌زا تر و مفرط‌تری بر عملکرد، سلامتی و کیفیت مناسب زندگی دارد (Comer & Olfson, 2010). افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر تقریباً همیشه کیفیت ضعیف از زندگی را

گزارش می‌کنند و بیشتر این افراد تمایل دارند که در آینده زندگی کنند. به بیان دیگر، آن‌ها دشواری بیشتری برای زندگی در لحظه حال دارند. حتی زمانی که درگیر در فعالیتی هستند، اغلب لذت نمی‌برند چون مشغول نگرانی درباره حوادث مختلف آینده هستند (Dugas, M. J. & Robichaud, 2007). این افراد به طور معناداری در خطر افزایش آسیب اجتماعی و عملکرد نقش، سلامت روانی و بهزیستی روانی و جسمی کلی هستند. در بررسی ملی وضعیت عملکردی سلامت^۱ بهزیستی روانی برای افرادی که ۱۲ ماه اختلال اضطراب فراگیر داشتند، نشان داد که این افراد تقریباً دو انحراف معیار زیر تعریف سلامتی برای افراد هستند (یعنی آن‌هایی که موقعیت مزمن نداشتند). آسیب شغلی نیز در این افراد رایج است (Comer & Olfson, 2010).

اختلال اضطراب فراگیر با درآمد‌های شهرنشینی، تحصیلات و فقدان مذهب نیز ارتباط معنادار دارد. اگرچه که اختلال اضطراب فراگیر در زنان رایج‌تر از مردان است، اما در افراد بی‌کار یا آن‌هایی که در خانه فعالیت می‌کنند بیشتر از افرادی است که شغلی را دارند. حتی در بین زنانی که اختلال اضطراب فراگیر را داشتند زنان خانه دار ۲۵٪ از این نسبت را به خود اختصاص دادند. پس این اختلال فقط مختص زنان خانه دار نیست (Hoyer and Wittchen, 2001).

اغلب تلاش‌ها روی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر به تشخیص منتهی نمی‌شود و تشخیص به تأخیر می‌افتد. حتی در درمان مناسب نیز بروز نشانه‌های اضطرابی رایج است و نرخ بازگشت یا عود این اختلال بالاست. نرخ بهبود ۳۸٪ بعد از ۵ سال می‌باشد (Yonkers, Dyck, Warshaw, & Keller, 2000). با این توضیحات داشتن ابزاری برای تشخیص یا غربالگری اختلال اضطراب فراگیر ضروری به نظر می‌رسد.

تحقیقات بر روی سبب شناسی، نشانه شناسی و درمان اختلال اضطراب فراگیر اخیراً افزایش یافته است. در ارتباط با این تحقیقات مقیاس‌های خود گزارشی پایا و معتبر برای اندازه گیری این اختلال نیز ساخته شده است. این ابزارهای ساخته شده عبارتند از پرسشنامه باورهای فرا شناخت (Freeston, Cartwright-Hatton & Wells, 1997)، عدم تحمل بلاتکلیفی، پرسشنامه چرا نگرانی (Davey, Tallis & Capuzzo, 1996) and et al, 1994)، پرسشنامه پیامدهای نگرانی (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). اکثر این پرسشنامه‌ها برای ارزیابی جنبه‌هایی از عملکرد که در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر نقش داشته، به وجود

¹ the National Survey of Functional Health Status

آمده‌اند. مشکل اصلی این ابزارها این است که مستقیماً نشانه شناسی این اختلال را بررسی نمی‌کنند.

برای مثال، پرسشنامه فرا شناخت، باورهای مثبت و منفی درباره نگرانی را اندازه‌گیری می‌کند. این در حالی است که پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی، واکنش رفتاری و هیجانی به موقعیت‌های مبهم، مفهوم عدم قطعیت و تلاش برای کنترل آینده را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه نگرانی ایالت پن نیز تمایل افراد به نگرانی که هسته اصلی اختلال اضطراب فراگیر است را می‌سنجد. اگرچه این پرسشنامه اغلب برای غربالگری افرادی که نگرانی بالا دارند و افرادی که ممکن است اختلال اضطراب فراگیر را داشته باشند به کار می‌رود. اما این پرسشنامه برای ارزیابی ملاک‌های تشخیصی دیگر این اختلال مناسب نیست. برای مثال این پرسشنامه نگرانی غیر قابل کنترل، دامنه نشانه‌های فیزیکی مرتبط با نگرانی، یا میزان آسیب‌پذیری و پریشانی ناشی از نگرانی را ارزیابی نمی‌کند.

یک مقیاس خود گزارشی که در ایران بیشترین استفاده در پژوهش‌ها را دارد، تست اضطراب بک است که فقط نشانه‌های جسمانی اضطراب را در بر می‌گیرد و به نشانه‌های ذهنی و نگرانی که اصلی‌ترین ویژگی اختلال اضطراب فراگیر است توجه نمی‌کند. از این پرسشنامه به جز غربالگری اختلال اضطراب فراگیر در روان‌سنجی دیگر تست‌های مبتنی بر اضطراب در گروه بالینی نیز استفاده می‌شود. برای مثال استفاده از این پرسشنامه در گروه بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر توسط عباسی، فتی، مولودی و ضرابی؛ ۱۳۹۱ استفاده شده است (Abbasi, Fati, Moloodi and Zarabi, 2012). پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ابزار دیگری است که در ایران علاوه بر سنجش عامل فرا تشخیصی نگرانی، به عنوان شاخصی از حضور اختلال اضطراب فراگیر نیز استفاده می‌شود (Abdi, Bakhshi and Alilu, 2013). همچنین برای سنجش مشکلات هیجانی از جمله اضطراب از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس نیز استفاده شده است (Samani, Sohrabi, Shahefi & Mansouri, 2011).

این در حالی است که چهارمین ویرایش از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-Q-IV) بیشترین استفاده را در تحقیقات برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دارد (Revicki, Weeks, Heimberg & Rodebaugh, Brandenburg, Matza, Hornbrook & Feeny, 2008؛ Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2008؛ Llera & Newman, 2010؛ Aldao, Mennin, Linardatos & Fresco, 2010 and Reyes, Kunday, Lee & Molina, 2012).

هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه در جامعه ایرانی می‌باشد. چهارمین ویرایش از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، یک مقیاس تشخیصی خود گزارشی است که اختلال اضطراب فراگیر را بر مبنای فهرست آماری و تشخیصی ویرایش چهارم تشخیص می‌دهد. زیرا تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلالات اضطرابی با کم‌ترین اعتبار تشخیصی است (Brown, Di Nardo, Lehman & Campbell, 2001). بورکوک و نیومن (۱۹۹۸) پیشنهاد کرده‌اند که از دو مصاحبه تشخیصی برای وجود اختلال اضطراب فراگیر استفاده شود. این در حالی است که مصاحبه‌ها زمان بر و هزینه بر هستند (Borkovec & Newman, 1998)؛ بنابراین نیاز است مقیاسی که توانایی تشخیص افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر دارد، معرفی گردد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران نیز بررسی شود. از آن جا که در ایران ابزار معتبری برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وجود ندارد هدف پژوهش حاضر مطالعه همسانی درونی، روایی همگرا، روایی تشخیصی، نقاط برش، حساسیت و ویژگی و تحلیل عاملی پرسشنامه تشخیصی این اختلال در جامعه ایران بود.

روش

روش مورد استفاده در این پژوهش روش توصیفی از نوع همبستگی بود. پژوهش حاضر در دو مرحله انجام شد. مرحله اول روی ۲۲۱ دانشجوی دانشگاه شیراز اجرا شد. روش نمونه گیری برای این دانشجویان روش نمونه گیری در دسترس بود. مرحله دوم روی ۴۱ بیمار دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌پزشکی شهر شیراز و ۳۹ فرد نرمال اجرا شد. ابزارهای جمع آوری اطلاعات مورد استفاده در این طرح به شرح زیر است:

مصاحبه تشخیصی: این مصاحبه به صورت ساختار نیافته بود و توسط یک روان‌پزشک یا کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر صورت گرفت.

چهارمین ویرایش مقیاس اختلال اضطراب فراگیر: توسط نیومن و همکاران (Newman, et al, 2002) نوشته شده است. یک مقیاس خود گزارشی ۹ آیتمی که ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را بر اساس فهرست آماری و تشخیصی برای اختلالات روانی^۰ ویرایش چهارم را نشان می‌دهد. این پرسشنامه مدادی کاغذی است که یک چک لیست بله/خیر که حضور نگرانی غیر قابل کنترل و مفرط را برای حداقل ۶ ماه در بر می‌گیرد. یک بخش در این پرسشنامه وجود دارد که شرکت کنندگان موضوعات نگرانی خود را می‌نویسند و هم چنین یک چک لیست شامل ۶ نشانه (بر اساس

DSM-IV) را نیز در بر می‌گیرد و سوالات پایانی که نیاز دارد شرکت کنندگان میزان آسیب و پریشانی ناشی از نگرانی را در یک مقیاس لیکرت ۸ نمره‌ای در جه بندی کنند.

فرم اصلی، همسانی درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۴) و باز آزمایی برای دو هفته را (برای ۰/۹۲ نمونه) قوی گزارش کرده است. به علاوه این مقیاس روایی همگرا و افتراقی مناسبی دارد و ضریب توافقی کاپا با مصاحبه ساختار یافته ۰/۹۷ است. نقطه برش برای ۰/۸۳ افراد ۵/۷ می‌باشد. دانشجویانی که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را داشتند تفاوت معناداری با جامعه بیمار نشان ندادند. اما هر دو گروه به نسبت افرادی که این ملاک را دریافت نکردند به طور معنادار نمرات بالاتری را نشان دادند.

ابتدا پرسشنامه توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی ترجمه و ویرایش علمی و ادبی شد. سپس برای رسیدن به اهداف مورد نظر پژوهش (تعیین ویژگی‌های سایکومتریک پرسشنامه) از روش‌های روایی سازه (تحلیل عاملی و روایی همگرا)، روایی تشخیصی، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و برای تعیین نقطه برش از مقایسه افراد بیمار با افراد سالم و نیز از منحنی ROC استفاده شد. محاسبه مقادیر حساسیت، ویژگی و اندازه گیری نسبت‌های موارد مثبت و بیمار به کل بیماران بر حسب درصد (حساسیت)، موارد منفی و سالم به کل افراد سالم بر حسب درصد (ویژگی) انجام گردید. میانگین و انحراف معیار سن نمونه حاضر به ترتیب برابر با ۲۱/۹۴، ۳/۲۱ می‌باشد. تمامی مراحل اجرا و تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده زیر نظر مشاوران علمی طرح و توسط نرم افزارهای آماری محاسبه شد.

پرسشنامه نگرانی ایالتی پن (PSWQ): پرسشنامه ۱۶ گویه ای که برای سنجش نگرانی به کار می‌رود و عمومیت، شدت و غیر قابل کنترل بودن نگرانی بیمار گون (مثل نگرانی مرا از پا در می‌آورد، من همیشه نگرانم) را می‌سنجد. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای به شیوه لیکرتی نمره گذاری می‌شود (از ۱ اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۵ کاملاً در مورد من صدق می‌کند). دامنه نمرات از ۱۶-۶۴ است و نمره بیشتر نشانه تجربه نگرانی بیشتر است (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). در اعتبار یابی داخلی این آزمون میزان ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۸ و به روش باز آزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۹ گزارش شده است. اعتبار هم‌زمان آزمون با آزمون اضطراب صفت ۰/۶۸ و با آزمون افسردگی بک ۰/۴۳ محاسبه شده است (Dehshiri, Golzari, Barajali & Sohrabi, 2009). این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود (Abdi, Bakhshi and Alilu, 2013).

مقیاس اضطراب بک- BAI : در سال ۱۹۸۸ آرون بک و همکارانش مقیاس اضطراب بک معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که دارای اضطراب هستند یا این که وضعیت اضطراب برانگیزی دارند آن را تجربه می‌کنند. دامنه نمرات از ۰-۶۳ می‌باشد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌های فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). بک و کلارک (Beck & Clark, 1988) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در ایران با روش آلفای کرونباخ (n=۳۴) برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین در بررسی روایی این آزمون با استفاده از روش روایی افتراقی بین دو گروه مضطرب و بهنجار، t در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معادل ۱۲/۳ گزارش شده است (Kazemi, 2003).

یافته ها

بر اساس نتایج بدست آمده، شاخص همسانی درونی یعنی ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ محاسبه گردید که نشان می‌دهد فقط ۲۱ درصد از واریانس نمرات کل پرسشنامه در اثر خطای اندازه گیری به دست آمده است و همچنین نشانه پایایی مطلوب این پرسشنامه است. میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ مقیاس را در جدول شماره ۱ مشاهده می کنید.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر

میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین نمره	کمترین نمره	آلفای کرونباخ
۴/۲۶	۴/۰۳	۱۲/۱۶	۰	۰/۷۹

برای محاسبه روایی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر از روش‌های زیر استفاده شد:

جهت روایی سازه پرسشنامه، روش تحلیل عاملی تأییدی به شیوه چرخش واریماکس توسط نرم افزار آموس مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس این تحلیل شاخص برازندگی الگو بر مبنای

شاخص‌های مجذور کا^۱ (χ^2)، شاخص برازندگی تطبیقی^۲ (CFI)، شاخص هنجار شده برازندگی^۳ (NFI)، شاخص میزان انطباق^۴ (GFI)، شاخص برازندگی نسبی^۵ (RFI)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی^۶ (RMSEA) و ملاک اطلاعات آکایکی (AIC) تعیین گردید. خی دو بدست آمده در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شد (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اضطراب فراگیر

شاخص برازندگی	χ^2	CFI	NFI	GFI	RMSEA	AIC
تک عاملی	۹۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۱۰	۱۴۴/۹۶
دو عاملی	۴۷/۲۶	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۰۶	۸۵/۲۶

همان طور که مشاهده می‌شود الگوی دو عاملی از شاخص‌های برازندگی بهتری برخوردار است. اما به لحاظ منطقی و با توجه به محتوای سوالات بهتر است که از الگوی یک عاملی استفاده شود. با توجه به همبستگی بالایی که بین دو عامل (۰/۵۰) وجود داشت، می‌توان دو عامل را یک عامل در نظر گرفت. اگر همه سوالات یک عامل را بسنجد مدل زیر بدست می‌آید (شکل ۱).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

¹ Chi-squared

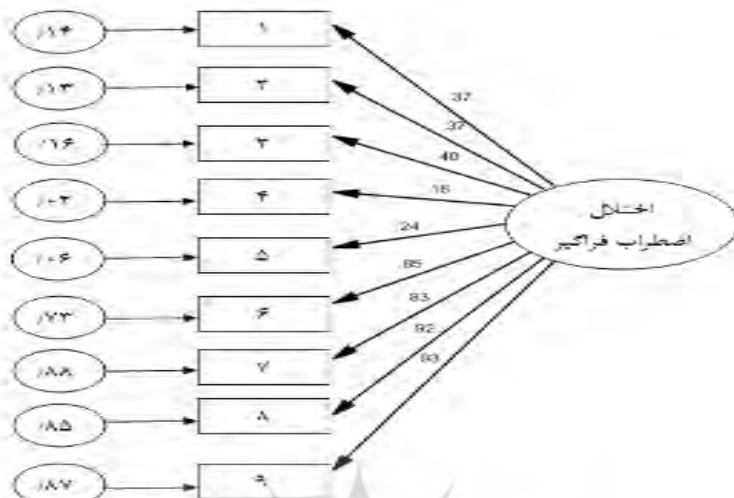
² Comparative fit index

³ Normed fit index

⁴ Goodness of fit index

⁵ Relative fit indices

⁶ Root mean square error of approximation



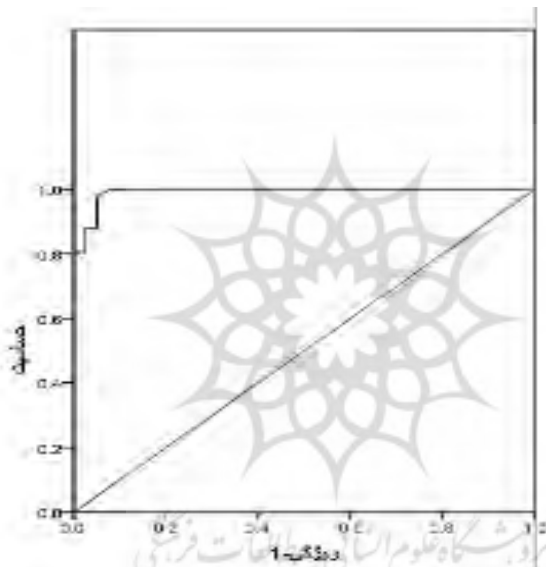
شکل ۱. الگوی ساختار تک عاملی پرسشنامه تشخیصی اضطراب فراگیر

بیضی عامل و مستطیل‌ها آیتم‌های آزمون را نشان می‌دهند. ارزش‌های نوشته شده روی پیکان‌ها بارهای عاملی هر سوال هستند. اعدادی که در دایره‌ها قرار دارد آن میزان از واریانس که از سوی عامل قابل توضیح است را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود سوال ۴ کمترین بار عاملی و ارزش تبیینی را دارد اما به دلیل این که مربوط به سوالات تشخیصی است نمی‌توان آن را از پژوهش حذف کرد. البته حذف آن از مدل نیز صورت گرفت اما تأثیری در برازش مدل و میزان خطای آن نداشت حتی میزان خطا نیز بیشتر شد.

جهت روایی افتراقی پرسشنامه از روش تحلیل تمایزات استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر بر اساس پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۵ چهار به ترتیب برابر ۹/۷۸ و ۱/۵۰ و افراد غیر بیمار به ترتیب برابر با ۳ و ۲/۰۲ محاسبه شد. جهت مقایسه میانگین نمرات بر حسب عضویت گروهی (بیمار و نرمال) از ضریب آزمون لامبدای ویلکس استفاده شد که مقدار آن برابر با ۰/۲۱۲ ($F=۲۹۰/۷۱$ ، $df=۱$ ، $P< ۰/۰۰۰۱$) محاسبه گردید و معنی دار بودن تفاوت نمرات افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر و نرمال را تأیید می‌کند. ضریب همبستگی متعارف (کانونی) که همان ضریب روایی افتراقی (تشخیصی) می‌باشد و عضویت گروهی (بیمار و نرمال) را نشان می‌دهد، برابر با ۰/۸۸ محاسبه شد ($p< ۰/۰۰۰۱$) و بیانگر آن است که ۸۸ درصد از تغییرات نمرات مربوط به تفاوت دو گروه است.

برای محاسبه روایی همزمان این مقیاس از پرسشنامه‌های نگرانی ایالت پن و اضطراب بک استفاده شد. ضرایب همبستگی اختلال اضطراب فراگیر با مقیاس نگرانی (۰/۶۱) و سیاهه اضطراب بک (۰/۴۵) بدست آمد که در سطح $P < 0.001$ معنی دار شد.

نقطه برش: برای پیدا کردن نقطه برش مناسب در کنار پرسشنامه تشخیص اضطراب فراگیر از تشخیص و مصاحبه بالینی نیز استفاده شد تا میزان تشخیص مثبت‌های حقیقی و کاذب توسط این پرسشنامه مشخص شود. برای تحلیل داده‌ها از منحنی ROC استفاده شد. پس از تحلیل نمرات ۸۰ شرکت کننده (۴۱ بیمار و ۳۹ فرد نرمال) در این پژوهش اطلاعات زیر بدست آمد (نمودار ۱):



شکل ۲. نمودار منحنی ROC پرسشنامه تشخیصی اضطراب فراگیر

با توجه به نمودار محور عمودی منفی‌های نادرست تشخیص داده شده و محور افقی مثبت‌های نادرست تشخیصی را نشان می‌دهد. خط مورب نیز نسبت منفی‌های نادرست (بیمارانی که به اشتباه سالم معرفی می‌شوند) و مثبت‌های نادرست (افراد سالمی که به اشتباه بیمار معرفی می‌شوند) را نشان می‌دهد. ارزش سطح زیر منحنی در این نمودار ۰/۹۹ بدست آمده است که این نشان دهنده ارزش عالی تشخیصی این پرسشنامه است. مناسب‌ترین نقطه برش بدست آمده نمره ۵/۹۵ می‌باشد. در این نمره میزان حساسیت ۹۷٪ و ویژگی آن ۹۴٪ می‌باشد، بنابراین با استفاده از این نقطه برش، نرخ مثبت‌های نادرست تشخیصی از طریق پرسشنامه اضطراب فراگیر ۰/۰۶ بود و نرخ منفی‌های نادرست بدست آمده از طریق این پرسشنامه ۰/۰۳ بود.

بحث و نتیجه گیری

اولین یافته حاکی از این بود که چهارمین ویرایش از پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر از روایی بالایی برخوردار است. با توجه به محتوای سوالات، روایی سازه الگوی تک عاملی را برای چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر نشان داد.

دومین یافته نشان داد که این پرسشنامه از روایی افتراقی بالایی برخوردار است و این پرسشنامه توانایی بالایی در تشخیص افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر از افراد نرمال دارد. نیومن و همکاران (Newman et al, 2002) نیز معتقدند که این پرسشنامه توانایی بالایی را در تمیز افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر از افراد دیگر موقعیت‌های روان‌شناختی و افراد نرمال دارد؛ بنابراین افرادی که نمرات بالاتری در این پرسشنامه می‌گیرند به احتمال زیاد دارای اختلال اضطراب فراگیر هستند. این افراد احتمالاً نگرانی‌های مزمن و غیر قابل کنترل دارند. درباره موضوعات جزئی شدیداً مضطرب می‌شوند و علائم جسمانی اضطراب را تجربه می‌کنند. این در حالی است که افرادی که نمره پایین‌تری در این پرسشنامه می‌گیرند از اختلال اضطراب فراگیر رنج نمی‌برند و علائم نگرانی و تشویش را برای اکثر اوقات نشان نمی‌دهند.

هم چنین این پرسشنامه روایی همزمان خوبی را با پرسشنامه نگرانی ایالت پن ($r=0/61$) و اضطراب بک ($r=0/45$) نشان داد. همسو با این یافته، نتایج تحقیقات نیومن و همکاران (Newman et al, 2002) همبستگی این پرسشنامه با نگرانی ایالت پن را $r=0/55$ گزارش کردند. کسانی که نمرات بالاتری از نگرانی را کسب می‌کنند احتمال دارد نمره بالاتری نیز در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بدست آورند.

یافته بعدی نشان می‌دهد که این پرسشنامه از اعتبار خوبی برخوردار است. میزان ضریب همسانی درونی این پرسشنامه $0/79$ بود. این نتایج نیز با نتایج نیومن و همکاران (Newman et al, 2002) همسو است. به طور کلی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر دارای روایی بالایی است و جهت تبیین اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار بالایی برخوردار است.

یافته دیگر این مطالعه نقطه برش مناسب برای پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر را نمره $5/95$ گزارش کرد. نقطه برش بدست آمده نیز مشابه نقطه برشی است که مؤلفان در فرهنگ اصلی بدست آورده‌اند. این نقطه کم‌ترین نرخ مثبت کاذب و منفی کاذب را نشان داد. $5/95$ نقطه‌ای است که احتمالاً ۳ درصد از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان افراد نرمال معرفی می‌کند. هم چنین این نقطه برش نیز احتمالاً ۶ درصد از افراد نرمال را نیز به عنوان فرد دارای

اختلال اضطراب فراگیر معرفی می‌کند. این در حالی است که این نقطه برش احتمال تشخیص افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر را که تمامی ملاک‌های تشخیصی این پرسشنامه را پاسخ نداده‌اند فراهم می‌کند. اما اگر فردی می‌خواهد که در نمونه‌هایش افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر، با قطعیت بیشتر حضور داشته باشند می‌تواند از نمرات بالاتری (مثل ۸/۵) استفاده کند. مشاهدات اولیه نشان داد که این نقطه می‌تواند به عنوان نقطه‌ای برای غربال اولیه وجود اختلال اضطراب فراگیر قابل تشخیص و فقدان آن مناسب باشد. نرخ مثبت کاذب در مطالعه حاضر کمتر از روئمر و همکارانش (Roemer et al, 1995) برای پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (۱۱ درصد در برابر ۲۰ درصد) و حتی مطالعه نیومن و همکاران ۲۰۰۲ نیز بدست آمد. این می‌تواند نشان دهنده قدرت تشخیصی بالا این پرسشنامه باشد. اما این احتمال نیز وجود دارد که بالا بودن نرخ مثبت کاذب به دلیل شدت بالای اختلال در افرادی که پرسشنامه بر روی آن‌ها اجرا شد نیز باشد.

این یافته‌ها نشانگر ساده و روان بودن عبارات آزمون چه در زبان انگلیسی و چه در زبان فارسی است و این که انطباق نسخه فارسی با فرهنگ ایرانی به صورت مطلوب انجام گرفته است. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که با استفاده از پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر می‌توان وجود اختلال اضطراب فراگیر را در افراد جامعه غربال کرد و استفاده از این مقیاس می‌تواند راه گشای بسیاری از تحقیقاتی باشد که در آن‌ها به تشخیص اختلال اضطراب فراگیر پرداخته می‌شود. اما نکته قابل توجه این است که این مقیاس فقط به عنوان یک ابزار غربالگری است و از آن به عنوان تنها ملاک تشخیص برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده نشود. اما مزیت مهم این پرسش نامه نسبت به سایر پرسشنامه‌های طراحی شده، خلاصه بودن، صرف زمان کمتر برای پاسخ دادن به آن و استفاده بسیار از آن برای کارهای تحقیقاتی است که نیاز به تشخیص اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد. از دیگر مزیت‌های آن این است که به تمامی ملاک تشخیصی در اختلال اضطراب فراگیر توجه کرده است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم حضور دیگر اختلالات روان‌پزشکی اشاره کرد که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی توانایی چهارمین ویرایش پرسشنامه تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر در افتراق اختلال اضطراب فراگیر از دیگر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و دیگر اختلالات روان‌پزشکی بررسی شود و این که آیا این نقطه برش نیز قابلیت تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را از دیگر اختلالات روان‌پزشکی دارد.

می‌توان این مطالعه را در گروه‌های وسیع‌تری از افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر که در جستجوی درمان هستند و یا این که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر که به دنبال درمان نیستند نیز اجرا کرد.

References

- Abbasi, I., Fati, L., Moloodi, R. and Zarabi, H. (2012) Psychometric adequacy of acceptance and practice questionnaire of second edition. *Methods and Psychological Models*, Second Year, No. 10, pp. 65-80.
- Abdi, R.; Bakhshi, A. and Alilu, M. M. (۲۰۱۳). The Effectiveness of Integrated Diagnostic Factors in Reducing the Severity of Fractase-Induced Factors and Symptoms of Emotional Disorders, *Methods and Psychological Models*, Third Year, No. 13, pp. 1-27.
- Aldao, A., Mennin, D. S., Linardatos, E. & Fresco, D. M. (2010). Differential patterns of physical symptoms and subjective processes in generalized anxiety disorder and unipolar depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 250° 259.
- Beck, A. T Amari, Garry and Green Leah, Roth. L (2004). The cognitive model of anxiety and fear. Translated by Pasalari Behjani, Abdolrasoul, Tehran: Young Scientists, First Edition (Original Publication Date 1985), pp. 153-154.
- Beck, A. T. & Clarck, D. A. (1988). Anxiety and depression an information processing perspective. *Anxiety reaserch*, 1, 23-36.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In P. Salkovskis, A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 6, pp 439-459). New York: Pergamon Press.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Clark, D., Farborn, M. and Christopher, J. (1385). *Cognitive-behavioral therapies*. Translation of Kaviani, Hossein, Tehran: Mehr Kavian, First Edition, (Date of publication in original language 1954), pp. 228-230.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions. The Meta- Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11,279-296.
- Clarck, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorder: science and practice*. 9th ed, New York: The Guilford Press: pp.389-390.
- Comer, J. S. & Olfson, M. (2010). Evolving concepts of anxiety The epidemiology of anxiety disorders. In Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R. & Schneier, F. (Eds.), *Anxiety Disorders: Theory, Research, and Clinical Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press : 6-20.

- Dadsetan, P. (2008). *Childhood and Adult Disease Psychology (Vol. I)*. Tehran: Publications of the Organization for the Study and Compilation of Human Sciences Books of Universities (samt), 59-62.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- Dehshiri, Gh., Golzari, M., Barajali, A. & Sohrabi, F. (2009) Psychometric Properties of the Persian Version of the Pennsylvania state Worries Questionnaire in Students. *Journal of Clinical Psychology*, 1, 4, 67-75.
- Dozis, D. J. A. & Dobson, K. S. (2005). *The prevention of anxiety and depression: theory, research and practice*. Washington: American psychological Association.
- Dugas, M. J. & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. 10th ed, New York: Routledge: 12-47.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791 - 802.
- Huppert, J. D. & Rynn, M. Generalized Anxiety Disorder. (2004). In D. J. Stein (Ed.), *Clinical Manual of Anxiety Disorders* (pp.147-155). London: American Psychiatric Publishing.
- Kazemi, H. (2003). *Comparison of cognitive distortions in anxious and depressed patients of Shiraz University; Master thesis*.
- Kawani, H., Ahmadi abhari, S.A., Dehqan, M., Mansoorinia, M. A., Khurram Shahi, M., Qadir Zada, M. R., Dadpai, A. and Charardi, A. (1381). Prevalence of Anxiety Disorders in Tehran City. *IJPCP (Sciences of Scientific Sciences of Iran)* 2003; 8 (3) :4-11.
- Llera, S. J. & Newman M. G. (2010). Effects of worry on physiological and subjective reactivity to emotional stimuli in generalized anxiety disorder and nonanxious control participants. *Emotion*, 10(5) , 640° 650.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp.3-28.). New York: The Guilford press.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215° 233.
- Papp, L. A., Gorenstein, E. E. & Mohlman, J. (2010). Treatment of late-life generalized anxiety disorder. In H. B. Simpson, Y. Neria, R. Lewis-Fernández & F. Schneier. *Anxiety Disorders: Theory, Research, and Clinical Perspectives*, Cambridge: Cambridge University Press : pp297-304.
- Revicki, D. A., Brandenburg, N., Matza, L., Hornbrook, M. C. & Feeny, D. (2008). Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Qual Life Res* , 17, 1285° 1294.

- Reyes, A. D. L., Aldao, A., Kundey, S. M. A., Lee, B. G. & Molina, S. (2012). Compromised Decision Making and the Effects of Manipulating Physical States on Human Judgments. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1, 1-7.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. & Heimberg, R. G. (2008). The Factor Structure and Dimensional Scoring of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV. *Assessment*, 15, 3, 343-350.
- Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S., & Borkovec, T. D. (1995). A self-report measure of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 345° 350.
- Saduk, B. and Saduk, V. (2006). Kaplan Saduk's synopsis of psychiatry: behavioral Sciences - Clinical Psychiatry 9th ed (Vol. 2, Nusrat Allahpour, Afkari). Tehran: Water City Publishing (Date of publication in Main language 2003), 245-247.
- Samani, S.; Sohrabi Shahefi, N. & Mansouri, S. S. (2011) The role of mediating cognitive emotion regulation for parental style and emotional problems, methods and psychological models, Year 1, No. 3, pp. 119-133.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G. & Rodebaugh, T. L. (2008). The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 44° 55.
- Wittchen, H-U. (2002). generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162° 171.
- Wittchen, H-U., and Hoyer, J. (2001). Generalized Anxiety Disorder: Nature and Course. *Journal Clinical Psychiatry*, 62, 15° 19.
- Yonkers, K. A., Dyck, I. R., Warshaw, M. & Keller, M. B. (2000). Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 544-549.

۱. آیا نگرانی شدید را تجربه می‌کنید؟
 خیر بلی
۲. آیا نگرانی بیش از حد شما در شدت، فراوانی و مقدار پیریشانی شما نقش داشته است؟
 خیر بلی
۳. آیا زمانی که نگرانی شما شروع می‌شود، کنترل آن برای شما دشوار است؟
 خیر بلی
۴. آیا درباره مسائل کوچک مثل دیر رسیدن سر قرار، کارهای خانه، تکالیف و ... دچار نگرانی شدیدی می‌شوید؟ بلی خیر

۵. لطفاً بیشترین موضوعاتی را که باعث نگرانی افراطی و کنترل‌ناپذیر در شما می‌شوند در اینجا بنویسید:

- (الف) _____
 (ب) _____
 (ج) _____
 (د) _____
 (ه) _____
 (و) _____

۶. آیا در طول شش ماه گذشته نگرانی گسترده و غیر قابل‌کنترلی را در اغلب روزها تجربه کرده‌اید؟
 اگر جواب بلی است ادامه دهید، و اگر جواب خیر می‌باشد سوالات زیر را جواب ندهید.
 خیر بلی

۷. در طول شش ماه گذشته کدامیک از علائم زیر باعث ناراحتی شما شده‌اند؟

- بی‌قراری یا احساس فشار
 مشکل در به خواب رفتن یا در خواب ماندن یا بی‌قراری یا خواب غیر رضایت‌بخش
 مشکل در تمرکز یا خالی شدن ذهن
 تحریک‌پذیری
 خستگی زودرس
 تنش عضلانی یا اتقباض عضلانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی

۸. نگرانی و علائم جسمانی چقدر در زندگی، شغل، فعالیت اجتماعی و خانوادگی مشکل ایجاد کرده است. لطفاً دور یک عدد خط بکشید:



۹. نگرانی و علائم جسمانی چقدر باعث ناراحتی شما شده‌اند؟ (چقدر شما را دچار دردسر کرده‌اند؟) لطفاً دور یک عدد خط بکشید:

