

هنجاریابی پرسشنامه شناخت‌هایی درباره بدن و سلامتی (کابا) Normalization of the Cognitive Questionnaire about Body and Health (CABAH)

Farideh Nargesi PhD[✉]

Farzad Zandi PhD

Alireza Mokhberi MSc

Maryam Khadirzare MSc

فریده نرگسی^۱

فرزاد زندی^۲

علیرضا مخبری^۲

مریم خدیرزاع^۳

Abstract

Dysfunctional beliefs about illness and physical symptoms have been identified as risk factors for health anxiety. The Body and Health Cognitions Questionnaire (CABAH) is one of the most comprehensive tools for measuring health cognition. The aim of this study was to standardize Questionnaire 30 of this questionnaire in Iran. The number of samples in this study included 869 male and female students with health anxiety in Sanandaj Azad University, Kurdistan University and Khorramabad University of Medical Sciences who were selected by convenience sampling. Were evaluated. The validity of the questionnaire was obtained by Cronbach's alpha method and the construct validity was obtained by confirmatory factor analysis using Lizrel software. The Cronbach's alpha value of the whole questionnaire is 0.80, which indicates the appropriate internal consistency of the questionnaire. Also, the correlation between two parallel forms in the halving test for the CABAH questionnaire was 0.61, which is also acceptable. Therefore, in general, it can be said that the CABAH questionnaire has good reliability and can be used as a valid tool.

Keywords: Health Anxiety, Cognition, Validity, Reliability, Confirmatory Factor Analysis

چکیده

اعتقادات و باورهای ناکارآمد درباره بیماری‌ها و علائم بدنی به عنوان عامل خطر سازی برای اضطراب سلامتی برآورده شده‌اند. پرسشنامه شناخت‌هایی درباره بدن و سلامتی (کابا) یکی از جامع‌ترین ابزار برای سنجش شناخت سلامت است. هدف از پژوهش حاضر هنجاریابی این پرسشنامه در ایران بود. تعداد نمونه‌های این پژوهش شامل ۸۶۹ نفر از دانشجویان مرد و زن مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه آزاد سنندج، دانشگاه کردستان و دانشگاه علوم پزشکی خرم‌آباد بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد با پرسشنامه‌های کابا و اضطراب سلامت مورد ارزیابی قرار گرفتند. اعتبار پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تاییدی و با استفاده از نرم افزار لیزرل به دست آمد. میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ بود که این مقدار نشان دهنده همسانی درونی مناسب پرسشنامه است. همچنین میزان همبستگی دو فرم موازی در آزمون دو نیمه کردن برای پرسشنامه کابا ۰/۶۱ حاصل شده است که این مقدار نیز در حد قابل قبولی می‌باشد. بنابراین به طور کلی می‌توان گفت که پرسشنامه کابا از اعتبار مناسبی برخوردار بوده و می‌توان آن را به عنوان یک ابزار معتبر به کار برد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب سلامت، شناخت، روایی، اعتبار، تحلیل عاملی تاییدی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۸/۲۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۱۵

۱. گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. گروه روانشناسی، واحد قروه، دانشگاه آزاد اسلامی، قروه، ایران.

۳. گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

● مقدمه

اضطراب سلامت (health anxiety) زنجیره‌ای است که از عدم آگاهی از سلامتی تا نگرانی های شدید/ وسواسی در مورد سلامت فرد را شامل می‌شود (باربک، ماکوسکی و همکاران ۲۰۲۱). افرادی که بدون اینکه در معرض خطر و یا مبتلا به بیماری خاصی باشند دچار نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به جسم و سلامتی‌شان می‌شوند و علائم جسمانی ساده را به عنوان بیماری وخیم تلقی می‌کنند دچار اضطراب سلامتی و یا حالت شدیدتر آن اختلال خود بیمارانگاری می‌باشند (آوانس، آسموندسون و همکاران ۲۰۰۴).

اضطراب سلامتی یک تجربه همه‌گیر است و می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد، مدل‌های معاصر، آن را در یک پیوستار متغیر از خفیف تا شدید مفهوم بندی می‌کنند (آماندسون ۲۰۲۰). این سطوح از نگرانی‌های بهداشتی روزمره گرفته تا تظاهرات بالینی مانند هیپوکندریا و اختلال اضطراب بیماری را شامل می‌شوند (هدمن ۲۰۲۰ به نقل از کوسیکا ۲۰۲۰). تقریباً ۲/۱ تا ۱۳/۱ درصد از جمعیت عمومی باور دارند که از سطح بالینی اضطراب سلامت رنج می‌برند (ساندرلند و نیوبای ۲۰۱۳). وک و همکاران در بررسی خود، شیوع اضطراب سلامت را از ۴۷ جمعیت مورد مطالعه گزارش کردند. شیوع هیپوکندریازیس در جمعیت عمومی کمتر از ۱ درصد و در زمینه‌های بالینی مختلف ۰/۳ درصد تا ۸/۵ درصد بود. اضطراب سلامت به عنوان یک مفهوم گسترده تر زیر آستانه تشخیصی، افراد بیشتری را تحت تاثیر قرار می‌دهد، با نرخ شیوع ۲/۱ درصد تا ۱۳/۱ درصد در جمعیت عمومی و ۴/۵ درصد تا ۳۴/۶ درصد در محیط‌های مختلف پزشکی، با بالاترین میزان در محیط روانپزشکی وجود داشت (وک و همکاران به نقل از باربک و همکاران ۲۰۲۱). این اختلال برای بار نخست توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۶ پیشنهاد شده است. اضطراب سلامت در سطح شدید با چندین ویژگی‌های شناختی، بدنی و رفتاری بنیادی مشخص می‌شود (بارسکی، ۱۹۹۲).

ویژگی اصلی قسمت شناختی، اعتقاد به بیماری است. اعتقادی که در آن احساسات و تغییرات بدنی به دلیل فرآیندهای ذهنی بیماری به جای اختلالات جسمانی منجر به علائم بیماری‌های جزئی یا برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار شود و بیمار را وادار سازد تا به گونه‌ای گزینشی به اطلاعاتی توجه نشان دهد که به ظاهر انگاره بیمار بودن را تایید می‌کند و به طور گزینشی به اطلاعاتی که نشان دهنده سلامت است توجه نکند یا آنها را کم اهمیت ببیند (هینن، جانگ و همکاران ۲۰۰۰). بین پردازش‌های شناختی و اضطراب کنش متقابل وجود دارد (شاهقلیان و همکاران، ۱۳۹۱). انعطاف پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکشتین و همکاران، ۲۰۰۶ به نقل از فتحی آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۸).

به طور کلی مؤلفه شناختی به اعتقاد قوی مبنی بر بیمار بودن بر خلاف شواهد پزشکی محدود می‌شود. مؤلفه "عاطفی" نیز شامل نگرانی درباره سلامتی می‌باشد. مؤلفه "رفتاری"، رفتارهای اطمینان جویی به منظور کاهش ترس از بیماری را در برمی‌گیرد و مؤلفه "ادراکی" شامل اشتغال ذهنی به علایم و احساس‌های بدنی می‌باشد (لانگلی، واتسون و نویز ۲۰۰۵).

لازم به ذکر است اضطراب سلامت در طی همه گیری با کرونا نیز مرتبط است. افراد دارای اضطراب سلامت بالا علائم بی‌ضرر مانند سرفه را به راحتی به عنوان نشانه‌های ویروس کرونا تعبیر می‌کنند و موجب افزایش اضطراب و دریافت کمک‌های نالازم بهداشتی می‌شوند (آسماندسون و تیلور ۲۰۲۱). همچنین این اختلال با ترس و اضطراب مرتبط با کووید ۱۹ هم در ارتباط می‌باشد (الهایی، مک کایی و همکاران ۲۰۲۱). ترس‌های مربوط به بدن و همچنین ترس‌های ناشی از کاهش اجتماعی شدن اجزای مهمی از ماهیت ترس و اضطراب در طی همه گیری بیماری کووید ۱۹ هستند (اسچیمنتی و همکاران ۲۰۲۰).

از آنجا که اضطراب عمومی در حال افزایش است و دسترسی به اینترنت نیز برای مشاهده اطلاعات مربوط به سلامتی افزایش یافته است، معمولاً حدس می‌زنند که سطح اضطراب سلامت در دهه‌های اخیر بالا رفته است (کوسیکا، لیندهولم و همکاران ۲۰۲۰). پرسشنامه کابا یکی از جامع‌ترین ابزار برای سنجش شناخت سلامت است. کابا توسط رایف و همکاران توسعه داده شده است. دارای نسخه‌های مختلف با ۳۱ و ۳۹ ماده است که نسخه ۳۱ موردی از نسخه ۳۹ موردی قبلی نشأت گرفته

است. نمره بالاتر نشان دهنده شدت بیش‌تر است. این پرسشنامه به طور گسترده در زمینه روان‌تنی استفاده می‌شود. در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال روان‌تنی، بیماران مبتلا به هیپوکندریاز به طور قابل توجهی نمرات کابا بالاتری داشتند. پس از دریافت درمان شناختی-رفتاری، نمرات کابا افراد مبتلا به اضطراب سلامت به طور قابل توجهی بهبود یافت (لیائو و هوانگ، ۲۰۲۱). تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که اضطراب سلامتی در چندین اختلال اضطرابی دیگر نیز مشاهده می‌شود: اختلال وحشت‌زدگی (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۰۷) و اختلال اضطراب فراگیر (APA، ۲۰۰۰ به نقل از آبرامویتز و همکاران، ۲۰۰۷). شاید اضطراب سلامتی یک شاخص تشخیصی برای اختلال‌های اضطرابی دیگر باشد (آبرامویتز و همکاران، ۲۰۰۷). بنابر مطالعات صورت گرفته اضطراب سلامتی با سطح تحصیلات پایین (نویز و واتسون، ۲۰۰۴)، با مسن بودن (رایف، ۲۰۰۱؛ نویز و واتسون، ۲۰۰۴)، با اختلالات روانپزشکی و با حوادث اخیر زندگی (کلنر، پاسک و وینسلو، ۱۹۸۳؛ لوبر و کیرمایر، ۲۰۰۱)، با بیماری‌های جسمی و سرشت منفی (هیلر و رایف، ۲۰۰۲) و با سبک دلبستگی ناایمن (نویز، ۲۰۰۳) رابطه دارد (به نقل از نرگسی، ۱۳۹۱). نتایج برخی تحقیقات بر روی جمعیت بالینی، غیر بالینی و بیماران سرپایی ارتباط مثبتی بین اضطراب سلامتی و افسردگی ($r=0/58$)، اضطراب ($r=0/55$) و اختلالات جسمانی‌سازی ($r=0/52$) نشان می‌دهند (بارسکی، ۱۹۸۶؛ نویز، ۱۹۹۳). در پژوهشی (شین چینگ لیا و همکاران، ۲۰۱۹)، به این نتیجه رسیده‌اند که بیماران با علائم جسمی دارای عملکرد ضعیف و کاهش کیفیت زندگی هستند. در پژوهشی دیگر به بررسی همپوشانی اختلال اضطراب بیماری و اختلال علایم جسمی در DSM-5 با اختلال هیپوکندریا در DSM-IV پرداخته شده است. این نتیجه حاصل شد که از بیمارانی که اضطراب سلامت داشتند ۴۵ درصد تشخیص اختلال نشانه جسمی گرفتند؛ ۴۷ درصد تشخیص اختلال اضطراب بیماری را دارا بودند و ۸ درصد هم‌همبودی هر دو اختلال را شامل می‌شدند (جیل ام. نیویای و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابر مباحثی که مطرح شد این موضوع اهمیت پیدا می‌کند که برای ارزیابی و شناسایی دقیق این اختلال در افراد جامعه و تمایز آن با اختلالات دیگر اقداماتی صورت گیرد. از این رو با توجه به اینکه در ایران و جهان درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های موثر در بین دیگر درمان‌ها است و نقش شناخت‌های ناکارآمد در این اختلال دارای اهمیت خاصی است سنجش دقیق این اختلال، شناخت را برای بررسی دقیق آن بسیار حائز اهمیت می‌کند، بنابراین نیاز به ابزار دقیقی که بتواند این شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را بسنجد و متناسب و استاندارد با جامعه ایران باشد احساس می‌شود یکی از ابزارهای معتبری که در این زمینه وجود دارد پرسشنامه کابا است. پرسشنامه کابا به صورت خودگزارشی و در ارتباط با "چگونگی تعبیر علائم بدنی"، "نحوه ادراک رویدادهای خفیف بدنی"، "باورهای مربوط به بدن و سلامتی" و "عادت‌های سلامتی" تدوین شده است. این پرسشنامه می‌تواند شناخت ما در درباره بدن و سلامتی را سنجیده و این اطلاعات را به ما بدهد که شناخت ما درباره بدن و سلامتی به چه صورت است؟

• روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شناسی جزء تحقیقات توصیفی نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مرد و زن مبتلا به اضطراب سلامت دانشگاه آزاد سنندج، دانشگاه کردستان و دانشگاه علوم پزشکی خرم‌آباد بودند. با توجه به این‌که لیست تمامی دانشجویان در اختیار پژوهشگران بوده است. با استفاده از فرمول کوکران نمونه به حجم ۸۶۹ نفر شامل ۴۱۰ مرد و ۴۵۹ زن که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش، شرکت داوطلبانه و داشتن اضطراب بوده و ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تمایل به شرکت در آزمون، عدم تکمیل پرسشنامه، بیماری‌های جسمی و سابقه بستری در مراکز روانپزشکی به دلیل اختلالات روانی نظیر اعتیاد و افسردگی می‌شود.

• ابزارها

الف. پرسشنامه شناخت‌هایی درباره بدن و سلامتی کابا (Cognition Questionnaire about Body and Health-)

(CABAH): فرم تجدید نظر شده این پرسشنامه (رایف و هیلر، ۱۹۹۸) که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، شامل ۳۰

سؤال است که پاسخ‌ها شامل ۴ گزینه است (۳: کاملاً موافقم، ۲: تقریباً موافقم، ۱: تقریباً مخالفم و ۰: کاملاً مخالفم). که در آن نمره بالا به معنی بیشتر بودن باورهای ناسازگار درباره‌ی سلامتی بوده و نمره پایین حاکی از شناخت‌های ناسازگار پایین است. اعتبار این پرسشنامه در یک گروه بالینی ۱۲۴ نفری به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ (رایف و هیلر، ۱۹۹۸). لیبرند و هیلر (۲۰۰۰) نیز ضریب روایی این آزمون را به ترتیب برای نمره کل ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. رایف و هیلر (۱۹۹۸) همبستگی این مقیاس را با آزمون وایتلی ایندکس (پیلوسکی، ۱۹۶۷) که یک آزمون پایا و معتبر برای ارزیابی خودبیمارپنداری است، برای نمره کل ۰/۹۰، تعبیرفاجعه آمیز شکایات بدنی ۰/۵۱، احساس‌های خودمختار ۰/۶۶، ضعف بدنی ۰/۵۱، غیر قابل تحمل بودن تحمل شکایات بدنی ۰/۵۶ و عادت‌های سلامتی ۰/۰۱ به دست آمد. لیبرند و هیلر (۲۰۰۰) نیز ضریب روایی این آزمون را به ترتیب برای نمره کل ۰/۶۴، تعبیرفاجعه آمیز شکایات بدنی ۰/۵۰، احساس‌های خودمختار ۰/۷۰، ضعف بدنی ۰/۴۳، غیر قابل تحمل بودن تحمل شکایات بدنی ۰/۴۸ و عادت‌های سلامتی ۰/۲۴ گزارش کردند.

ب. سیاهه اضطراب سلامت (Health Anxiety Inventory-HAI): این سیاهه برای سنجش اضطراب سلامت استفاده می‌شود. فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که براساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ ساخته شد که شامل ۱۸ ماده است که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر ماده چهار گزینه دارد. نمره‌گذاری برای هر ماده از ۰ تا ۳ نمره است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت است (سالکوسکیس و وارویک ۲۰۰۲). این سیاهه توسط نرگسی و همکاران (۱۳۹۶) هنجاریابی شده و ابزار قابل قبولی برای سنجش اضطراب سلامتی در جامعه ایران است. اعتبار آزمون باز آزمون این سیاهه ۰/۹۰ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ برای این سیاهه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (سالکوسکیس و وارویک ۲۰۰۲). روایی سیاهه اضطراب سلامت ۰/۶۳ بوده، همچنین آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۷) ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کرده‌اند.

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش استنباطی از روش تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم افزار لیزرل استفاده شد.

• یافته‌ها

نتایج به دست آمده از هنجاریابی این پرسشنامه شامل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به عامل تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی ۳۸/۷۷ و ۰/۱۹ و برای عامل احساس‌های خودمختار ۱۰/۱۶ و ۰/۰۸ برای ضعف بدنی ۱۴/۵۶ و ۰/۱۰ و برای عامل غیرقابل تحمل بودن شکایات ۱۰/۲۳ و ۰/۰۶ و همچنین برای عامل عادت‌های سلامتی ۶/۰۹ و ۰/۷ بوده است.

به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه از روش‌های دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد و نشان دهنده همسانی درونی مناسب پرسشنامه است. همچنین میزان همبستگی در آزمون دو نیمه کردن برای پرسشنامه کابا ۰/۶۱ به دست آمده است که این مقدار نیز در حد قابل قبولی است.

برای تعیین روایی پرسشنامه کابا، از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۱ برای مقیاس تعبیر فاجعه آمیز شکایات بدنی شامل ماده‌های ۳ و ۴ و ۶ و ۷ و ۸ و ۱۰ و ۱۲ و ۱۵ و ۱۶ و ۲۰ و ۲۴ و ۲۶ و ۲۱، همچنین برای مقیاس احساس‌های خودمختار شامل ماده‌های ۲۳ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و برای مقیاس ضعف بدنی شامل ماده‌های ۵ و ۱۱ و ۱۴ و ۱۷ و ۳۰ و برای مقیاس غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی شامل ماده‌های ۱ و ۲ و ۱۸ و ۲۲ و برای مقیاس عادت‌های سلامتی شامل ماده‌های ۱۳ و ۲۵ در سطح ۹۵ درصد اطمینان با $p < ۰/۰۵$ معنادار است. مشاهده می‌شود ماده ۱۹ مربوط به عامل عادت‌های سلامتی در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار نیست.

جدول ۲ شاخص‌های نیکویی-برازش مدل پنج عاملی کابا را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مدل نشان داد شاخص‌های نیکویی-برازش در مدل حاکی از کفایت کلی و برازنده بودن الگوی پنج عاملی پرسشنامه کابا است و اندازه‌گیری

مدل مناسب بوده و کلیه‌ی بارهای عاملی مدل معنادار است ($p < 0/001$). این نتایج نشان می‌دهد که پرسشنامه کابا از روایی محتوای سازه قابل قبولی برخوردار است.

جدول ۱. ضرایب استاندارد و مقادیر t برای ماده‌های پرسشنامه کابا

مقدار t	سطح معناداری	ضریب استاندارد	ماده	عامل
۱۳/۲۴	۰/۰۲	۰/۳۶	۳	تعبیر فاجعه آمیز شکایات بدنی
۱۷/۶۳	۰/۰۳	۰/۴۰	۴	
۷/۱۵	۰/۰۳	۰/۲۲	۶	
۱۲/۷۵	۰/۰۳	۰/۴۳	۷	
۱۰/۲۷	۰/۰۳	۰/۳۱	۸	
۱۳/۴۹	۰/۰۲	۰/۴۰	۹	
۱۴/۲۲	۰/۰۲	۰/۳۹	۱۰	
۶/۱۴	۰/۰۲	۰/۱۸	۱۲	
۸/۰۱	۰/۰۴	۰/۳۹	۱۵	
۱۴/۸۴	۰/۰۳	۰/۴۵	۱۶	
۱۴/۹۵	۰/۰۳	۰/۴۵	۲۰	احساس‌های خودمختار
۱۱/۷۷	۰/۰۳	۰/۳۷	۲۱	
۹/۹۷	۰/۰۳	۰/۳۴	۲۴	
۱۳/۲۷	۰/۰۲	۰/۳۶	۲۶	
۷/۲۹	۰/۰۳	۰/۲۷	۲۳	ضعف بدنی
۱۲/۷۹	۰/۰۳	۰/۴۸	۲۷	
۷/۷۵	۰/۰۴	۰/۳۱	۲۸	
۱۶/۳۲	۰/۰۳	۰/۶۴	۲۹	
۱۷/۶۳	۰/۰۳	۰/۵۸	۵	غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی
۱۲/۰۳	۰/۰۳	۰/۴۱	۱۱	
۱۵/۲۵	۰/۰۳	۰/۴۹	۱۴	
۲۰/۳۰	۰/۰۳	۰/۶۲	۱۷	
۱۶/۴۳	۰/۰۳	۰/۵۶	۳۰	
۱۱/۷۹	۰/۰۳	۰/۴۳	۱	عادت‌های سلامتی
۱۲/۷۴	۰/۰۳	۰/۴۴	۲	
۱۳/۲۰	۰/۰۳	۰/۴۸	۱۸	
-۲/۲۸	۰/۰۳	-۰/۰۷	۲۲	
۱۰/۸۹	۰/۰۴	۰/۵۲	۱۳	
۸/۰۶	۰/۰۷	۰/۶۱	۱۹	
۵/۵۵	۰/۰۳	۰/۲۱	۲۵	

جدول ۲. شاخص‌های برازش الگوی پنج عاملی پرسشنامه کابا

شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی	مجدور خی درجه آزادی (df)	نسبت مجدور خی دو به درجه آزادی 22/df	شاخص برازش بنترل-بونت (NFI)	شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI)	شاخص برازش تطبیقی (CFI)	ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
مقادیر مشاهده شده ۱۴۱۰/۹۷	۳۹۵	۳/۲۵	۰/۸۶	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۰۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات دو پرسشنامه همبستگی معنادار است. بنابراین پرسشنامه کابا از روایی ملاکی برخوردار است. روایی ملاکی این پرسشنامه با استفاده از همبستگی پیرسون بین نمرات کل این پرسشنامه و نمره کل پرسشنامه اضطراب سلامتی بررسی شد. نتایج آزمون همبستگی بین دو پرسشنامه نشان می‌دهد که بین نمرات دو پرسشنامه همبستگی معنادار است. بنابراین پرسشنامه کابا از روایی ملاکی برخوردار است. روایی ملاکی پرسشنامه کابا برای همبستگی نمره کل پرسشنامه کابا و نمره کل پرسشنامه اضطراب سلامتی میزان همبستگی پیرسون $r = 0/41$ - و در سطح $p < 0/001$ معنادار است.

جدول ۳. نتایج روایی ملاکی پرسشنامه کابا

سطح معناداری	میزان همبستگی پیرسون	آزمون همبستگی
۰/۰۰۱	-۰/۴۱	همبستگی نمره کل پرسشنامه کابا و نمره کل پرسشنامه اضطراب سلامتی

جدول شماره ۴ ضرایب استاندارد Z و مقادیر t را برای هر ماده نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج نمرات هنجار شده مربوط به ۵ عامل پرسشنامه کابا

نمره خام	نمره Z	نمره t	نمره خام	نمره Z	نمره t	نمره خام	نمره Z	نمره t	تعبیر فاجعه‌آمیز شکایات بدنی
۱۶	-۴/۰۶	۹/۳۳	۳۳	-۱/۰۳	۳۹/۶۹	۴۵	۱/۱۱	۶۱/۱۲	
۲۰	-۳/۳۵	۱۶/۴۸	۳۴	-۰/۸۵	۴۱/۴۸	۴۶	۱/۲۹	۶۲/۹۱	
۲۳	-۲/۸۱	۲۱/۸۳	۳۵	-۰/۶۷	۴۳/۲۶	۴۷	۱/۴۶	۶۴/۶۹	
۲۴	-۲/۶۳	۲۳/۶۲	۳۶	-۰/۴۹	۴۵/۰۵	۴۸	۱/۶۴	۶۶/۴۸	
۲۵	-۲/۴۵	۲۵/۴۱	۳۷	-۰/۳۱	۴۶/۸۳	۴۹	۱/۸۲	۶۸/۲۶	
۲۶	-۲/۲۸	۲۷/۱۹	۳۸	-۰/۱۳	۴۸/۶۲	۵۰	۲/۰۰	۷۰/۰۵	
۲۷	-۲/۱۰	۲۸/۹۸	۳۹	-۰/۰۴	۵۰/۴۱	۵۱	۲/۱۸	۷۱/۸۳	
۲۸	-۱/۹۲	۳۰/۷۶	۴۰	-۰/۲۱	۵۲/۱۹	۵۲	۲/۳۶	۷۳/۶۲	
۲۹	-۱/۷۴	۳۲/۵۵	۴۱	-۰/۳۹	۵۳/۹۸	۵۳	۲/۵۴	۷۵/۴۱	
۳۰	-۱/۵۶	۳۴/۳۳	۴۲	-۰/۵۷	۵۵/۷۶	۵۴	۲/۷۱	۷۷/۱۹	
۳۱	-۱/۳۸	۳۶/۱۲	۴۳	-۰/۷۵	۵۷/۵۵	۵۵	۲/۸۹	۷۸/۹۸	
۳۲	-۱/۲۰	۳۷/۹۱	۴۴	-۰/۹۳	۵۹/۳۳	۶۳	۰/۳۲	۹۳/۲۶	
۴	-۲/۶۱	۹۰	۹	-۰/۴۹	۱۴۰	۱۴	۱/۶۲	۱۹۰	احساس خود مختار
۵	-۲/۱۹	۱۰۰	۱۰	-۰/۰۷	۱۵۰	۱۵	۲/۰۴	۲۰۰	
۶	-۱/۷۶	۱۱۰	۱۱	-۰/۳۵	۱۶۰	۱۶	۲/۴۷	۲۱۰	
۷	-۱/۳۴	۱۲۰	۱۲	-۰/۷۷	۱۷۰	۱۷			
۸	-۰/۹۱	۱۳۰	۱۳	۱/۱۹	۱۸۰	۱۸			
۵	-۳/۰۴	۱۰۰	۱۱	-۱/۱۳	۱۶۰	۱۷	۰/۷۷	۲۲۰	ضعف بدنی
۶	-۲/۷۲	۱۱۰	۱۲	-۰/۸۱	۱۷۰	۱۸	۱/۰۹	۲۳۰	
۷	-۲/۴۰	۱۲۰	۱۳	-۰/۴۹	۱۸۰	۱۹	۱/۴۱	۲۴۰	
۸	-۲/۰۸	۱۳۰	۱۴	-۰/۱۷	۱۹۰	۲۰	۱/۷۳	۲۵۰	غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی
۹	-۱/۷۷	۱۴۰	۱۵	-۰/۱۴	۲۰۰	۲۰			
۱۰	-۱/۴۵	۱۵۰	۱۶	-۰/۴۵	۲۱۰	۲۱			

جدول شماره ۵ ضرایب استاندارد Z و مقادیر t را برای کل پرسشنامه نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج نرمال سازی نمره کل پرسشنامه کابا

نمره خام	نمره Z	نمره t	نمره خام	نمره Z	نمره t	نمره خام	نمره Z	نمره t
۴۰	-۳/۶۲	۱۳/۷۲	۶۶	-۱/۲۵	۳۷/۴۰	۸۳	-۰/۲۸	۵۲/۸۸
۴۲	-۳/۴۴	۱۵/۵۴	۶۷	-۱/۱۶	۳۸/۳۱	۸۴	-۰/۳۷	۵۳/۷۹
۵۰	-۲/۷۱	۲۲/۸۳	۶۸	-۱/۰۷	۳۹/۲۲	۸۵	-۰/۴۷	۵۴/۷۰
۵۲	-۲/۵۳	۲۴/۶۵	۶۹	-۰/۹۸	۴۰/۱۳	۸۶	-۰/۵۶	۵۵/۶۱
۵۳	-۲/۴۴	۲۵/۵۶	۷۰	-۰/۸۹	۴۱/۰۴	۸۷	-۰/۶۵	۵۶/۵۳
۵۴	-۲/۳۵	۲۶/۴۷	۷۱	-۰/۸۰	۴۱/۹۵	۸۸	-۰/۷۴	۵۷/۴۴
۵۵	-۲/۲۶	۲۷/۳۸	۷۲	-۰/۷۱	۴۲/۸۶	۸۹	-۰/۸۳	۵۸/۳۸
۵۶	-۲/۱۷	۲۸/۲۹	۷۳	-۰/۶۲	۴۳/۷۷	۹۰	-۰/۹۲	۵۹/۲۶
۵۷	-۲/۰۷	۲۹/۲۰	۷۴	-۰/۵۳	۴۴/۶۹	۹۱	۱/۰۱	۶۰/۱۷
۵۸	-۱/۹۸	۳۰/۱۱	۷۵	-۰/۴۳	۴۵/۶۰	۹۲	۱/۱۰	۶۱/۰۸
۵۹	-۱/۸۹	۳۱/۰۲	۷۶	-۰/۳۴	۴۶/۵۱	۹۳	۱/۱۹	۶۱/۹۹
۶۰	-۱/۸۰	۳۱/۹۳	۷۷	-۰/۲۵	۴۷/۴۲	۹۴	۱/۲۹	۶۲/۹۰
۶۱	-۱/۷۱	۳۲/۸۵	۷۸	-۰/۱۶	۴۸/۳۳	۹۵	۱/۳۸	۶۳/۸۱
۶۲	-۱/۶۲	۳۳/۷۶	۷۹	-۰/۰۷	۴۹/۲۴	۹۶	۱/۴۷	۶۴/۷۶
۶۳	-۱/۵۳	۳۴/۶۷	۸۰	-۰/۰۱	۵۰/۱۵	۹۷	۱/۵۶	۶۵/۶۳
۶۴	-۱/۴۴	۳۵/۵۸	۸۱	-۰/۱۰	۵۱/۰۶			
۶۵	-۱/۳۵	۳۶/۴۹	۸۲	-۰/۱۹	۵۱/۹۷			

• بحث

هیجان‌های منفی مانند اضطراب تظاهرات اولیه رنج بشر هستند و در بسیاری از اختلال‌های روانی دیده می‌شوند. از طرفی این هیجان‌ها به‌طور بهنجار نیز تجربه می‌شوند. شواهد فراوانی نشان می‌دهند که این هیجان‌ها همچنین می‌توانند ناسازگارانه باشند (گروس، ۲۰۱۴ به نقل از کشمیری و همکاران، ۱۳۹۸). افراد دارای اضطراب سلامتی باورهای غلط و تعبیر نادرست از سلامتی دارند و حساسیت بیش از حد نسبت به علائم بدنی خود دارند و شیوع آن در بین افراد بالاست. با توجه به اهمیت و ضرورت اضطراب بیماری 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 و ابزار مورد بررسی در پژوهش حاضر پرسشنامه شناخت‌هایی درباره سلامتی و بدن که توسط رایف و هیلر طراحی شده بود، بر روی نمونه در دسترس دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان و دانشجویان دانشگاه آزاد سنندج و دانشگاه کردستان اجرا شد.

در این پژوهش به بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه شناخت‌هایی درباره سلامتی و بدن (کابا) در یک جمعیت دانشجویی غیربالینی در ایران پرداخته شد. ملاک اعتبار بررسی شده در مقیاس حاضر، ضریب آلفای کرونباخ بود که نشان دهنده ثبات و پایایی ابزار مورد نظر برای ارزیابی خصیصه‌های شناختی و باورهای افراد خودبیمارپندار است و داده‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج نسخه اصلی پژوهش‌های رایف و هیلر (۱۹۹۶) هماهنگ است. همین‌طور نتایج تحلیل عامل تاییدی نشان دهنده برازش مدل مفهومی با داده‌های تجربی به دست آمده در جامعه ایرانی بود. در پژوهشی برای تنظیم نسخه چینی کابا نمرات کل کابا با نمرات چهار پرسشنامه متداول در زمینه روان تنی همبستگی متوسطی داشت (لیائو و هوانگ، ۲۰۲۱). این بدان معناست که سازه‌های موجود در کابا را نمی‌توان با اندازه‌گیری‌های کمی دیگر جایگزین کرد (چن، هوانگ و همکاران، ۲۰۱۹ و تو، لیائو و همکاران، ۲۰۱۵).

برای تعیین اعتبار از روش‌های دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج تحلیل آزمون دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب پرسشنامه است. همچنین میزان همبستگی در آزمون دو نیمه کردن برای پرسشنامه کابا ۰/۶۱ به دست آمده است که این مقدار نیز در حد قابل قبولی است. برای مقیاس تعبیر فاجعه آمیز شکایات بدنی و برای مقیاس احساس‌های خودمختار همچنین برای مقیاس ضعف بدنی و برای مقیاس غیرقابل تحمل بودن شکایات بدنی و برای مقیاس عادات‌های سلامتی شامل ماده‌های (۱۳ و ۲۵) در سطح ۹۵ درصد اطمینان با $(p < 0/05)$ معنادار است. مشاهده شد که ماده ۱۹ مربوط به عامل عادت-های سلامتی در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار نمی‌باشد. همچنین در نسخه چینی این پژوهش نیز عامل (عادات سلامتی) کاملاً متفاوت از تمام سازه‌های پرسشنامه‌های دیگر به نظر می‌رسید. توضیحی برای این موضوع این است که عادات بهداشتی ویژگی‌هایی هستند که از شناخت به رفتار منتقل می‌شوند، که در پرسشنامه اضطراب سلامت اندازه‌گیری نمی‌شوند. عامل عادات سلامتی کاوش بیشتر را ایجاب می‌کند (لیائو و هوانگ، ۲۰۲۱).

تحلیل عامل تاییدی جهت بررسی روایی یک ابزار مطلوب است که علاوه بر مرتبط بودن محتوا، ساختار عاملی آن نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. اعتبار عاملی در واقع نوعی روایی سازه است که ساختار عاملی ابزار را می‌سنجد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۹). با در نظر گرفتن اینکه نتایج تحلیل عاملی تاییدی مدل نشان داد که شاخص‌های نیکویی برازش در مدل حاکی از کفایت کلی و برازنده بودن الگوی پنج عاملی پرسشنامه کابا می‌باشد و کلیه بارهای عاملی مدل در سطح $(p < 0/001)$ معنادار است. در این پژوهش همراه با پرسشنامه کابا پرسشنامه اضطراب سلامت نیز از آزمودنی‌ها گرفته شد که این پرسشنامه، پایایی و روایی پرسشنامه کابا را نیز تایید کرده است. به‌طوری‌که بین نمرات دو پرسشنامه همبستگی معنادار است. روایی ملاکی پرسشنامه کابا برای همبستگی نمره کل پرسشنامه کابا و نمره کل پرسشنامه اضطراب سلامتی $0/41 -$ بوده و در سطح $0/001$ معنادار است. بنابراین پرسشنامه کابا از روایی ملاکی برخوردار است.

• نتیجه گیری

در کل می توان نتیجه گرفت که پرسشنامه کابا ابزاری با روایی و پایایی قابل قبول در بین دانشجویان است و می توان با اطمینان خاطر از آن استفاده کرد. یک دست نبودن آزمودنی ها از لحاظ سن، تحصیلات و جنس، احتمال پاسخ دادن تصادفی و غیرواقعی به سوالات از جمله مشکلات در جمع آوری نمونه ها بوده است. کمبود ادبیات پژوهشی و نظری به زبان فارسی در زمینه سنجش اضطراب سلامت در کنار دست یابی به منابع معتبر در زبان انگلیسی، یکی از محدودیت های جدی در این زمینه بود. پیشنهاد می شود این پرسشنامه بر روی سایر گروه های جامعه انجام شود تا صحت یافته های آن در نمونه های دیگر بررسی شود. پیشنهاد می شود این پرسشنامه همراه با پرسشنامه های دیگر نیز اجرا شود تا اطلاعات به دست آمده از طریق آنها مکملی بر پژوهش حاضر محسوب شوند. همچنین برای استفاده در جوامع متفاوت تر از جامعه پژوهشی استفاده از این پرسشنامه با احتیاط صورت گیرد. برای اعتباریابی مجدد می توان از دیگر ابزار های مربوط به خودبیمار پنداری و دیگر ابزارهایی که اضطراب سلامت و اضطراب بیماری را می سنجند، به عنوان یک ابزار ملاک و فرم موازی استفاده کرد. برای پیدا کردن نشانه های بیماری و تشخیص، این آزمون می تواند در کنار سایر ابزارهای بالینی در بین بیماران به کار رود تا درمانگران را در تسهیل درمان و هدایت درمان یاری دهد.

• منابع

- فتحی آشتیانی، مینا؛ شیخ الاسلامی، راضیه. (۱۳۹۸). رابطه بین سبک دلبستگی و بهزیستی روانشناختی: نقش واسطه ای انعطاف پذیری شناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۳(۲). صص ۱۳۴ تا ۱۴۷.
- کشمیری، مرتضی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ جلالی، پیوند. (۱۳۹۸). نقش تعدیل کننده ذهن آگاهی در رابطه ی بین افسردگی، اضطراب و تندرستی با بهزیستی روانشناختی. *مجله روانشناسی*، ۲۳(۲). صص ۲۱۷ تا ۲۳۱.
- شاهقلیان، مهناز؛ آزادفلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۰). بررسی پردازش های فراشناختی با توجه به ابعاد اضطراب و زودانگیزگی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. شماره ۸، صص ۱۳ تا ۲۱.
- نرگسی، فریده؛ ایزدی، فاطمه؛ کریمی نژاد، کلتوم؛ رضایی شریف، علی. (۱۳۹۶). بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*. دوره ۷، شماره ۲۷ صص ۱۴۷ تا ۱۶۰.
- کلارک، دیوید م و فربون، کریستوفر (۱۹۹۷). درمان های شناختی - رفتاری، ترجمه حسن کاویانی (۱۳۹۳)، تهران، انتشارات مهر کاویان
- Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 413-424.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of anxiety disorders*, 71, 102211.
- Barbek, R., Makowski, A. C., & von dem Kneesebeck, O. (2021). Social inequalities in health anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 110706.
- Barsky, A. J. (1992). *Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder*. Psychiatric Clinics of North America.
- Elhai, J. D., Gallinari, E. F., Rozgonjuk, D., & Yang, H. (2020). Depression, anxiety and fear of missing out as correlates of social, non-social and problematic smartphone use. *Addictive behaviors*, 105, 106335.
- Elhai, J. D., McKay, D., Yang, H., Minaya, C., Montag, C., & Asmundson, G. J. (2021). Health anxiety related to problematic tttt tttt teee gmngggdrTTTT rrvvyyyyrr VVV::: :rrrr ff ii ssggg a ee daoo. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 137-146.
- Haenen, M. A., de Jong, P. J., Schmidt, A. J., Stevens, S., & Visser, L. (2000). Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. *Behavior Research and Therapy*, 38(8), 819-833.
- Hiller, W., Rief, W., & Fichter, M. M. (2002). Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(4), 707-718.
- Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., ... & Leonhart, R. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, 62, 63-71.
- Kosic, A., Lindholm, P., Järholm, K., Hedman-Lagerlöf, E., & Axelsson, E. (2020). Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102208.
- Leibbrand, R. & Hiller, W. (2000). Hypochondriasis and Somatization: Two Distinct Aspects of Somatoform Disorders? *Journal of Clinical Psychology*. ,,,), , °°° ...
- Liao, S. C., & Huang, W. L. (2021). Psychometric Properties of the Chinese Version of the Cognitions About Body and Health Questionnaire. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1135.
- Longley, S.; Watson, D. & Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, ,,,), ,4444
- Looper, K. J. & Kirmayer, L.J. (2001), "Hypochondriacal concerns in a community population", *Psychol Med*, 31, 577- 84.

- Noyes, R. J. R.; Stuart, S. Langbehn, D. R.; Happel, R. L.; Longley, S. L. & Yagla, S. J. (2002), "Childhood antecedents of hypochondriasis", *Psychosomatics*, 33, 999-1000.
- 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.
- Rief, W. & Hiler, W. (1998), "Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome", *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 587-595.
- Rief, W., & Hiler, W., (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 587-595.
- Rief, W., Heuser, J., Mayrhuber, E., Stelzer, I., Hiller, W., & Fichter, M. M. (1996). The classification of multiple somatoform symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 680-687.
- Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis.
- 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., & Warwick, H. M. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*. 24, 597-602.
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. (1989). *Hypochondriasis. Cognitive therapy: a clinical casebook*. London: Routledge, pp. 78-102.
- Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41.
- Sunderland, M., Newby, J.M., Andrews, G., 2013. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 56-61.
- Taylor, S., Asmundson, G. J., & Hypochondria. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Tu, C. Y., Liao, S. C., Liu, C. Y., Chen, T. T., Chen, I. M., Lin, K. F., & Huang, W. L. (2016). Application of the Chinese version of the Whitely Index-7 for detecting DSM-5 somatic symptom and related disorders. *Psychosomatics*, 57(3), 283-291.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, e923921. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921>