

بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

نویسندگان: دکتر محمدرضا نائینیان^{1*}، دکتر محمدرضا شعیری¹،
معصومه شریفی² و مهری هادیان²

1. استادیار دانشگاه شاهد
2. کارشناس روان شناسی

* E-mail: mnainian@yahoo.com

چکیده

هدف اساسی پژوهش کنونی تعیین پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) بوده است. مقیاس یاد شده با هدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و سنجش شدت نشانه‌های بالینی مبتلایان، توسط اسپیتزر و همکاران ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد. در این مطالعه 199 نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد و 24 نفر از آزمودنی‌هایی که در مراجعه به یکی از کلینیک‌های روان پزشکی شهر تهران تشخیص اختلال اضطراب فراگیر (GAD) را دریافت نموده بودند شرکت داشتند. نتایج به دست آمده نشان داد که GAD-7 از آلفای کرونباخ مناسبی برخوردار بوده و ضریب پایایی (reliability) مقیاس بر اساس دو بار اجرای آزمون نیز مناسب ارزیابی شده است. در بررسی اعتبار (validity) مقیاس، نتایج بیانگر همبستگی معنادار بین مقیاس GAD-7 و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر، برخی خرده مقیاس‌های فرم کوتاه 36 سؤالی زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36) و خرده مقیاس اضطراب 12 ماده‌ای از سیاهه نشانه‌های بالینی (SCL-90) بوده است که بیانگر اعتبار همگرای مناسب مقیاس است. همچنین تحلیل عاملی مقیاس GAD-7 بیانگر اشباع آن از یک عامل می‌باشد. از سوی دیگر مقایسه نمرات افراد مراجعه کننده به کلینیک روان پزشکی که تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده بودند با نمره برش مقیاس و نیز نمرات جمعیت غیر بیمار، حاکی از اعتبار تشخیصی مطلوب مقیاس بوده است. در مجموع می‌شود گفت که مقیاس کوتاه سنجش اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از پایایی و اعتبار مناسبی در نمونه‌های ایرانی برخوردار بوده است.

کلید واژه‌ها: مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، پایایی، اعتبار

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

دانشور
رشته

• دریافت مقاله: 88/2/7

• پذیرش مقاله: 89/10/12

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Third Year, No.4
Apr.-May. 2011

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 4

اردیبهشت 1390

مقدمه

باید توجه داشت که بیماران احتمالاً احساس بی کفایتی، اظهارات خود سرزنش گری و احساس شرمندگی و نگرانی دارند. آنها غالباً اختلال در خواب و تمرکز فکر را گزارش می کنند و این که آرام گرفتن برای آنها دشوار است [6].

ابزارهای ساخت دار مثل مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون³ [7] و مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون⁴ [8] می تواند در تعیین شدت بیماری و به نمایش گذاشتن پاسخ درمانی کمک کند. چون هم‌رخدادی بالای اختلالات خلق و احساس نا امیدي اغلب توسط درمان جوهای مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احساس می شود، سنجش سطح خطر ناک بودن درمان جوها برای خود و سایرین در طول درمان از سوی متخصصان بالینی دارای اهمیت محوری است. همچنین به رغم مداخلات داروشناختی مثل داروهای ضد افسردگی، این اختلال مزمن بوده، نرخ بهبود پائین و نرخ باز گشت آن بالاست [9].

در موقعیت‌های بالینی، در مقایسه با افسردگی در مورد اضطراب مطالعات کمتری وجود دارد و این امر تا حدی به علت کاستی یا فقدان مقیاس‌های کوتاه اعتبار یابی شده برای اضطراب است [10]. با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی و نیز ناتوانی مرتبط با آنها و از طرفی وجود درمان‌های مؤثر، این وضعیت هم از منظر درمان‌های دارویی و هم از منظر درمان‌های غیر دارویی مناسب نیست [11]. به دلیل طولانی بودن ویژگی‌های خاص مقیاس‌های اضطرابی و غیر مفید بودن آنها به عنوان یک مقیاس تشخیصی و تعیین کننده شدت اختلال [12] و گاه به خاطر نیاز به متخصص بالینی برای اجرا، به جای خود سنجی از سوی بیمار به ندرت از مقیاس‌های موجود استفاده می شود [8].

بدین خاطر اسپیتزر⁵ و همکاران [13] با هدف ساختن یک مقیاس کوتاه برای تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی، اقدام

اختلالات اضطرابی طیف وسیعی از اختلالات از جمله اختلال وحشت زدگی (پانیک)، هراس، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال اضطراب فراگیر و چند اختلال دیگر را شامل می شود که با نرخ بروز 18 درصد و شیوع تمام عمر 28/8 درصد [1] از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است

اختلال اضطراب فراگیر¹ (GAD) یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی مشاهده شده در مراکز بالینی و جمعیت عمومی است. برآورد شیوع متداول اختلال در مراکز طبی عمومی 2/8 درصد تا 8/5 درصد [2] و در جمعیت عمومی از 1/6 درصد تا 5 درصد [3] گزارش شده است. در متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم² (DSM-IV-TR - انجمن روان پزشکی آمریکا)، [4]، تعریف اصلی اختلال عبارت است از اضطراب، نگرانی و تنش مفرط که در بیشتر روزها حداقل به مدت شش ماه رخ می دهد و محور نگرانی فرد رویدادهای روزمره است. همچنین وجود نشانه‌های خاص برانگیختگی اتونومیک، تنش عضلانی و گوش به زنگی نیز ضروری ذکر شده و اضافه شده است که اضطراب و نگرانی باید با سه یا بیش از سه مورد از شش نشانه کلیدی بیقراری، خستگی پذیری، اشکال در تمرکز، تحریک پذیری، تنش عضلانی، و اشکال در خواب همراه باشد. اختلال اضطراب فراگیر با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب شناسی گستره ای از اختلالات روان پزشکی به ویژه افسردگی و سوء مصرف الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از دلمشغولی‌های قابل ملاحظه محافل بالینی است [5].

برخی محققین نشانه‌های این اختلال را مشابه سایر اختلالات اضطرابی ذکر می کنند. به طور کلی مراجعان دارای اختلال اضطراب فراگیر شانه‌های ذیل را مورد اشاره قرار می دهند: تجربه دوره‌های اضطراب، احساس کوک شدگی، تحت تنش بودن، گرفته بودن، تعریق، مشکل تمرکز فکر داشته و اغلب اوقات اختلال توجه.

1- generaliyed anxiety disorder

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)

3- Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)

4- Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)

5- Spitzer, L. R.

شده، که حاکی از همسانی درونی فوق العاده GAD-7 در نمونه خارجی است و ضریب باز آزمایی آن به فاصله دو هفته، 0/83 به دست آمد که بیانگر پایایی خوب مقیاس است. اعتبار همگرایی GAD-7 از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی (SCL-90) به ترتیب 0/72 و 0/74 گزارش شده که وجود اعتبار همگرایی مناسب مقیاس را نشان می‌دهد [13].

با توجه به میزان شیوع اختلال اضطراب فراگیر و افزایش آسیب پذیری افراد مبتلا به این اختلال در زمینه‌های مختلف که بیشتر به آنها اشاره شد و نیز ضرورت تهیه ابزاری که دارای دقت در اندازه‌گیری نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر باشد، هدف مطالعه کنونی تعیین پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) در نمونه ایرانی بوده است. به همین منظور تلاش شد تا در دو گروه غیر بالینی و بالینی، پایایی و اعتبار مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت ایرانی مورد مطالعه قرار گیرد.

روش

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمامی دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شاهد بوده، که نمونه مورد بررسی در برگیرنده 199 نفر دانشجوی رشته‌های مختلف مقطع کارشناسی دانشگاه شاهد با میانگین سنی 20/91 سال ($sd=1/59$) بوده که به شکل خوشه‌ای از بین دانشجویان ساکن در خوابگاه‌های دانشگاه شاهد انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

در مطالعه حاضر از چهار مقیاس زیر به منظور بررسی اعتبار همگرا استفاده شد:

به ساختن مقیاس 7 سؤالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) نمودند. این پرسشنامه چنانکه از نام آن بر می‌آید دارای هفت سؤال اصلی است و یک سؤال اضافی که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی فرد را می‌سنجد. سؤالات مقیاس حوزه‌های زیر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: مدت زمان عصبی و مضطرب بودن فرد طی دو هفته گذشته، طول مدت نگران بودن، طول مدتی را که فرد قادر نبوده است نگرانی خود را کنترل کند، طول مدتی را که فرد قادر نبوده است آرامش خود را حفظ کند، مدت زمانی که وجود بی‌قراری مانع از آرامش فرد شده است، طول مدتی را که فرد به شدت عصبانی و بد خلق می‌شده است، و طول مدتی را که فرد از رخ دادن یک اتفاق ناگوار ترس داشته است. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌های هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها، و تقریباً هر روز، به سؤالات پاسخ می‌دهد و گزینه‌ها به ترتیب با نمرات 0، 1، 2 و 3 نمره‌گذاری می‌شوند، و بدین ترتیب بالاترین نمره مقیاس 21 می‌باشد.

سؤالات مقیاس GAD-7 از بین 13 سؤالی که برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر بر روی 2982 بیمار از 15 مرکز بالینی در 12 ایالت آمریکا اجرا گردید، انتخاب شده است. با تحلیل داده‌ها از طریق بررسی همبستگی هر ماده با نمره کل مقیاس 13 ماده‌ای، بهترین مواد برای مقیاس GAD-7 انتخاب شدند. اعتبار واگرایی¹ هر ماده از طریق محاسبه تفاوت بین همبستگی هر ماده با نمره اضطراب 13 ماده‌ای و نمره افسردگی پرسشنامه 8 ماده‌ای ارزیابی سلامتی بیمار² (PHQ-8) بررسی شد. اعتبار همگرایی³ هر ماده از طریق بررسی همبستگی نسخه نهایی مقیاس GAD-7 با پرسشنامه اضطراب بک، و خرده مقیاس اضطراب سیاهه نشانه‌های بالینی⁴ (SCL-90) صورت پذیرفت (البته باید توجه داشت که این مقیاس‌ها خاص سنجش اختلال اضطراب فراگیر نیستند). اعتبار سازه⁵ مقیاس از طریق تحلیل کواریانس بین مقیاس نهایی GAD-7 و مقیاس‌های کارکردی فرم کوتاه 20 سؤالی زمینه‌یابی سلامت عمومی⁶ (SF-20) انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس 0/92 ذکر

1- divergent validity
2- 8-item Patient Health Questionnaire
3- convergent validity
4- Symptom Checklist-90
5- construct validity
6- Short-Form General Health Survey (SF-20)

شیوه تحلیل داده‌ها

در مطالعه حاضر از روش همبستگی پیرسون و نیز محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شده است.

یافته‌ها

الف - پایایی مقیاس

الف-1- پایایی مقیاس بر اساس همسانی درونی

به منظور بررسی همسانی درونی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، ضرایب آلفای کرونباخ داده‌های تحقیق محاسبه شد. ضریب آلفای به دست آمده برای نمونه پژوهش برابر 0/85 بوده است. علاوه بر این، ضریب آلفای کرونباخ دو نیمه مقیاس نیز محاسبه گردید که ضریب آلفای به دست آمده برای نیمه اول برابر با 0/81 و برای نیمه دوم برابر با 0/68 و ضریب همبستگی بین دو نیمه 0/65 بود. این یافته پژوهش حاکی از ضریب همسانی درونی مطلوب مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) می‌باشد.

الف-2- پایایی مقیاس بر اساس باز آزمایی

به منظور بررسی ضریب باز آزمایی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، ابزار یاد شده دو هفته پس از اجرای اول در مورد همان 199 نفر آزمودنی‌هایی که در مرحله اول پرسشنامه را تکمیل کرده بودند اجرا شد. ضریب همبستگی ناشی از اجرای اول و دوم مقیاس GAD-7 برابر 0/48 ($P < 0/01$) بوده است. بنابراین می‌توان گفت که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) دارای ضریب باز آزمایی قابل قبولی می‌باشد. بدین سان با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان اشاره نمود که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از سطح پایایی قابل قبولی بر اساس آلفای کرونباخ و همبستگی دوبار اجرا برخوردار است.

* مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

برای بکارگیری پرسشنامه مذکور، ابتدا سؤال‌های آن ترجمه گردیده و سپس توسط فردی غیر از مترجم به انگلیسی بازگردانده شد. سپس با مقایسه عبارتها با یکدیگر، مشکلات مرتبط مرتفع گردید، تا اینکه نسخه نهایی تنظیم شد. در تحقیق حاضر از نسخه نهایی مورد نظر استفاده شده است. این ابزار دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که وجود اختلال اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از 0 تا 3 نمره گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره ای بین 0 تا 21 می‌باشد. ویژگی‌های روان سنجی مقیاس از جمله ضرایب پایایی و اعتبار نمونه خارجی آن تایید شده و در مقدمه اشاره گردیده است [13].

* پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر

[14، 15]. پناهی [15] انسجام درونی پرسشنامه را با روش محاسبه آلفا کرونباخ بین 0/87 تا 0/91 و پایایی آن را به روش باز آزمایی برابر با 0/67 ($P < 0/01$) ذکر می‌کند.

* فرم کوتاه 36 سؤالی زمینه یابی سلامت عمومی¹

(SF-36) [16، 17]. اصغری مقدم و فقیهی [17]، پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را با محاسبه آلفای کرونباخ برابر با 0/70 تا 0/85 و از طریق روش باز آزمایی بین 0/43 تا 0/79 ذکر می‌کنند. در تحقیق یاد شده همچنین اشاره شده است که فرم کوتاه 36 سؤالی زمینه یابی سلامت عمومی، دارای اعتبار تشخیصی می‌باشد و قادر است افراد سالم و بیمار را به طور معنادار از یکدیگر تفکیک کند.

* خرده مقیاس اضطراب 12 ماده‌ای از فرم تجدید

نظر شده چک لیست نشانه‌های بالینی² (SCL-90) [18، 19]. باقری و همکاران [19]، پایایی این چک لیست را به روش باز آزمایی 0/97، اعتبار تشخیصی آن را خوب و حساسیت، ویژگی و کارایی آن را به ترتیب 0/94، 0/96 و 0/98 گزارش می‌کنند.

1- Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-20)

2- Symptom Checklist-90

جدول 1. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر و خرده مقیاس اضطراب 12 ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90)

| مقیاس | مقیاس اضطراب حالت اسپیلبرگر | مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر | خرده مقیاس اضطراب (SCL-90-R) |
|--|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) | 0/71 0/000 n=60 | 0/52 0/000 n=60 | 0/63 0/000 n=24 |

جدول 2. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36)

| مقیاس | پرسشنامه زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36) | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | عملکرد جسمانی | ایفای نقش جسمانی | درد بدنی | سلامت عمومی | سرزندگی | عملکرد اجتماعی | ایفای نقش هیجانی | سلامت روانی | تغییر سلامت گزارش شده |
| مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر | -0/33 0/01 n=60 | -0/36 0/005 n=60 | -/21 0/10 n=60 | -0/10 0/44 n=60 | -0/30 0/02 n=60 | 0/20 0/12 n=60 | 0/28 0/03 n=60 | -0/28 0/03 n=60 | 0/37 0/003 n=60 |

ب- اعتبار مقیاس در نمونه‌های غیر بالینی

ب-1- اعتبار همگرا

در این مطالعه همچنین اعتبار همگرای مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) با سه مقیاس دیگر مورد بررسی قرار گرفت. ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر و خرده مقیاس اضطراب 12 ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90-R) در جدول 1 آورده شده است. همچنان که در جدول 1 مشاهده می‌شود ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر برابر 0/71 ($P < 0/01$) و برای اضطراب صفت برابر 0/52 ($P < 0/01$) به دست آمده است. همچنین ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و خرده مقیاس اضطراب 12 ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی (SCL-90-R) برابر 0/63 ($P < 0/01$) است.

ضرایب همبستگی به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و خرده مقیاس‌های پرسشنامه

زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36) در جدول 2 آورده شده است. همچنان که در جدول 2 مشاهده می‌شود ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و خرده مقیاس‌های عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و تغییر سلامت گزارش شده به ترتیب برابر 0/33، 0/36، 0/30، 0/28، 0/28 و 0/37 بوده است که در بین ضرایب یادشده، روابط GAD-7 با عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و تغییر سلامت گزارش شده معنادار است.

ب-2- تحلیل عاملی مقیاس GAD-7

اعتبار سازه مقیاس GAD-7 بر اساس تحلیل عاملی انجام شده، و نتایج مربوطه در جدول 5 و 6 ارائه گردیده است.

* قبل از انجام تحلیل عاملی، روابط بین موارد هفتگانه مقیاس مورد بررسی قرار گرفت (جدول 3). بر اساس نظر تباچینگ و فیدل [20] اگر هیچکدام از همبستگی‌های بین آیتمها به 0/30 نرسد، تحلیل عاملی با تردید مواجه می‌شود. نتایج جدول 3 نشان می‌دهد که

جدول 3. ضریب همبستگی سؤالات مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)

| سؤالات | سؤال 1 | سؤال 2 | سؤال 3 | سؤال 4 | سؤال 5 | سؤال 6 | سؤال 7 | کل مقیاس |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| سؤال 1 | 1 | | | | | | | |
| سؤال 2 | 0/53 | 1 | | | | | | |
| سؤال 3 | 0/53 | 0/55 | 1 | | | | | |
| سؤال 4 | 0/50 | 0/52 | 0/44 | 1 | | | | |
| سؤال 5 | 0/54 | 0/48 | 0/42 | 0/55 | 1 | | | |
| سؤال 6 | 0/46 | 0/41 | 0/34 | 0/41 | 0/45 | 1 | | |
| سؤال 7 | 0/42 | 0/41 | 0/38 | 0/36 | 0/47 | 0/34 | 1 | |
| کل مقیاس | 0/78 | 0/77 | 0/72 | 0/74 | 0/76 | 0/65 | 0/67 | 1 |

N=199

ج - بررسی اعتبار تشخیصی

به منظور بررسی اعتبار تشخیصی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، تعداد 24 نفر از مراجع کنندگان به یکی از درمانگاه‌های روان پزشکی تهران که بر اساس مصاحبه روان پزشک و ملاک‌های تشخیصی متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم [4] تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت کرده و فاقد ابتلاء به اختلالات دیگر روان شناختی بودند به شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شدند. از تعداد 24 نفر بیمار مورد مطالعه، 17 نفر (70/8) را بیماران زن و 7 نفر (29/2) را بیماران مرد تشکیل می‌داد. توزیع فراوانی گستره نمرات گروه بیمار و غیر بیمار در جدول 6 آورده شده است.

چنانکه در جدول 6 مشاهده می‌شود، تنها نمرات 12/5 درصد از افراد گروه بیمار در سطح نقطه برش و نمرات 87/5 درصد آنان بالای نقطه برش می‌باشند، در حالی که این برآورد برای گروه غیر بیمار در زیر سطح نقطه برش برابر با 84/93، و در سطح بالاتر از نقطه برش تنها 15/07 بوده است. قابل ذکر است که نمره برش برای مقیاس GAD-7 نمره 10 و بالاتر تعیین شده است. بنابراین می‌توان گفت که مقیاس حاضر توانسته است گروه بیمار را به لحاظ وجود GAD شناسایی کند. بدین ترتیب، با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) از اعتبار تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است.

جدول 4. آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه گیری

| (KMO) | آزمون کفایت نمونه برداری (KMO) |
|----------------|--------------------------------|
| 0/89 | آزمون کفایت نمونه برداری (KMO) |
| $x^2 = 480/80$ | آزمون کرویت بارتلت |
| df = 21 | درجه آزادی |
| P = 0/000 | سطح معنی داری |

تمام همبستگی‌ها بزرگتر از 0/30 است، و بدین خاطر تحلیل عاملی مقیاس GAD-7 با تردید همراه نیست. * در گام دوم، تحلیل عاملی انجام شد. نتایج مربوط به آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه برداری به ترتیب برابر $x^2 = 480/80$ (df = 21، $P < 0/01$) و 0/89 می‌باشد (جدول 4). از آنجا که آزمون کفایت نمونه برداری برابر با 0/89 است و از مقدار 0/60 بالاتر است [20، 21]، بنابراین شرط کنونی برای انجام تحلیل عاملی مناسب است.

* نتایج بدست آمده از تحلیل مولفه‌های اصلی (جدول 5) نشان می‌دهد که ارزش ویژه مربوط به تحلیل مولفه‌های اصلی در یک مورد بالاتر از 1 است. بنابراین تحلیل یاد شده بیانگر این نکته است که مقیاس یاد شده از یک عامل اشباع می‌باشد، که در مجموع 53 درصد از واریانس مورد نظر را تبیین می‌کند. با توجه به این امر، چرخش خاصی در مورد ادامه تحلیل پی گرفته نشده است.

جدول 5. ارزش‌های ویژه و بارهای عاملی ناشی از تحلیل مولفه‌های اصلی به همراه درصد واریانس تبیین شده به وسیله هفت سوال

| عامل | ماتریس مولفه‌های اصلی بدون چرخش | ارزش ویژه | واریانس تبیین شده | واریانس تبیین شده تراکمی |
|------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------|--------------------------|
| 1. اضطراب | 0/79 | 3/73 | 53/28 | 53/28 |
| 2. کنترل نگرانی | 0/77 | 0/70 | 10/04 | 63/32 |
| 3. نگرانی در مورد امور مختلف | 0/72 | 0/67 | 9/61 | 72/93 |
| 4. حفظ آرامش | 0/75 | 0/59 | 8/44 | 81/37 |
| 5. بی‌قراری | 0/77 | 0/48 | 6/89 | 88/26 |
| 6. بد خلقی | 0/66 | 0/42 | 5/10 | 94/26 |
| 7. رخ داد اتفاق ناگوار | 0/65 | 0/40 | 5/74 | 100/00 |

جدول 6. گستره نمرات گروه غیر بیمار و بیمار در مقیاس اختلال اضطراب فراگیر 7 سوالی GAD

| گروه بیمار | | گروه غیربیمار | | | شاخص مقیاس | |
|------------|---------|---------------|-------|---------|------------|--|
| درصد | فراوانی | نمرات | درصد | فراوانی | | نمرات |
| 12/5 | 3 | 0-10* | 84/93 | 169 | 0-10 | مقیاس 7 سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD) |
| 20/83 | 5 | 11-15 | 12/56 | 25 | 11-15 | |
| 66/67 | 16 | 16-21 | 2/51 | 5 | 16-21 | |
| 100 | 24 | - | 100 | 199 | کل | |

* نقطه برش مقیاس 10 می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

اسپیترز و همکاران [13] به منظور تهیه مقیاسی کوتاه برای تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی، اقدام به ساختن مقیاس 7 سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) نمودند. چنانکه در صفحات پیشین اشاره شد، محققان ویژگی‌های روان سنجی و قدرت تشخیصی مقیاس یاد شده را خوب توصیف کرده و آن را به عنوان یک مقیاس کوتاه معتبر در این زمینه معرفی می‌نمایند. پژوهش حاضر با هدف بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) برای

استفاده در جمعیت ایرانی طراحی و اجرا گردیده است. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که GAD-7 از آلفای کرونباخ مربوط به کل مقیاس و نیز ضرایب کرونباخ دو نیمه و همبستگی دو نیمه مناسبی برخوردار است. بنابراین همسانی درونی مقیاس مناسب است و از سوی دیگر ضریب باز آزمایشی بدست آمده برای مقیاس GAD-7 قابل قبول بوده، پس می‌توان گفت که مقیاس مذکور بر اساس انسجام درونی و ضریب باز آزمایشی به دست آمده دارای پایایی قابل قبول می‌باشد. این در حالی است که تعداد محدود سوال‌ها غالباً باعث کاهش آلفا می‌شود، اما این امر در این مورد کمتر به چشم

اختصاصا برای سنجش اختلال اضطراب فراگیر ساخته نشده اند، اما برای اضطراب طراحی شده اند می توان بیان داشت که نسخه فارسی GAD-7 دارای اعتبار همگرای مناسب می باشد.

از طرف دیگر، تحلیل عاملی مربوط به مقیاس GAD-7 نشان داد که مقیاس از یک عامل اشباع است، و بار عاملی سوال ها نیز مناسب بود. یافته های مربوط به نمونه های ایرانی نشان داد که در مجموع تحلیل عاملی سوال های هفتگانه، تبیین کننده 53 درصد از واریانس اضطراب بوده است. در نمونه های غیر ایرانی، تحلیل عاملی مقیاس انجام نشده است [13].

در مورد اعتبار تشخیصی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر، مطالعه مربوط به گروهی از مبتلایان به اضطراب فراگیر است که نمرات کسب شده گروه بیمار برابر نمره برش مقیاس GAD-7، و یا بالاتر از آن می باشد. همچنین مقیاس GAD-7، تمایز معناداری را بین میزان اضطراب مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر و غیر مبتلایان نشان داده است. این تفاوت نمایانگر نمرات پایین تر گروه بیمار، در مقابل گروه غیر بیمار بوده است.

یافته های تحقیق حاضر را می توان اینگونه جمع بندی نمود که نسخه فارسی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) دارای اعتبار و پایایی قابل قبول می باشد و قادر است افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را از افراد غیر مبتلا تفکیک نماید. اما از آنجا که تحقیق حاضر بویژه بر روی نمونه بالینی محدودی انجام شده است بر اساس این مطالعه، مقیاس GAD-7 را می توان برای تشخیص گذاری اولیه اختلال اضطراب فراگیر بکاربرد که تایید آن مستلزم استفاده از ارزیابی های بالینی بیشتر می باشد. در عین حال تحقیقات بعدی می تواند ارزش بالینی مقیاس GAD-7 را برای بهره گیری در جمعیت ایرانی بیش آنچه که در تحقیق حاضر بدان اشاره شد تعیین کند.

می خورد. این یافته با نتایج بدست آمده در مطالعه اسپیتزر و همکاران [13] در آمریکا همخوانی دارد. در خصوص سایر تحقیقات انجام شده مربوط به مقیاس مورد مطالعه، تحقیق روان سنجی مشابهی غیر از مطالعه اصلی اسپیتزر و همکاران [13] یافت نشد.

همچنین ارزیابی اعتبار همگرای مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی به دست آمده با مقیاس اضطراب اسپیلبرگر، خرده مقیاس های عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، سرزندگی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی و تغییر سلامت گزارش شده از پرسشنامه زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36) و خرده مقیاس اضطراب از سیاهه نشانه های بالینی (SCL-90) حاکی از اعتبار همگرای مقیاس است. در خصوص ضریب همبستگی بین مقیاس 7 سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و مقیاس اضطراب اسپیلبرگر، تحقیق مشابه توسط محقق یافت نشد، بنابراین نتایج بدست آمده در این بخش، از منظر تحقیقات پیشین قابل بحث نمی باشد. در ارتباط با همبستگی های به دست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و برخی از خرده مقیاس های پرسشنامه زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36)، به نظر می رسد همانگونه که از سوالات گنجانده شده در GAD-7 بر می آید، مقیاس یاد شده در منعکس نمودن نشانه های روانی اختلال اضطراب فراگیر حساس می باشد. ضریب همبستگی به دست آمده بین مقیاس 7 سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) و خرده مقیاس اضطراب از سیاهه نشانه های بالینی (SCL-90) در تحقیق حاضر نزدیک به ضریب همبستگی گزارش شده در تحقیق اسپیتزر و همکاران (2006) ($P < 0/01$, $r = 0/74$) است. بدین ترتیب، با توجه به ضرایب بدست آمده بین مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، مقیاس اضطراب اسپیلبرگر، برخی از خرده مقیاس های پرسشنامه زمینه یابی سلامت عمومی (SF-36) و خرده مقیاس اضطراب از سیاهه نشانه های بالینی (SCL-90)، بویژه اینکه این سه مقیاس

منابع

10. Williams, J. W., Pignone, M., Ramirez, G., and Perez, S.C. (2002). Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 24:225-237.
11. Westen, D., and Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol*, 69:875-899.
12. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., and Steer R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol*. 56:893-897.
13. Spitzer, R. L., Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; and Bernd, Loewe (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166.
14. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., and Lushene, R. D. (1970). *STAI manual of the State-Trait anxiety inventory (Self evaluation questionnaire)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
15. پناهی شهری، محمود (1372). بررسی مقدماتی روایی، اعتبار و نرم یابی سیاهه حالت- صفت اضطراب (STAI-Y). پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
16. Jenkinson, C., Coulter, A., and Wright, L. (1993). Short Form 36 (SF 36) health survey questionnaire: normative data for adult of working age. *British medical Journal*, 306, 1437-1440.
17. اصغری مقدم، محمد علی؛ و فقیهی سمانه (1382). اعتبار و پایایی پرسش نامه زمینه یابی سلامت (فرم کوتاه 36 سؤالی) در دو نمونه ایرانی (دانشور رفتار، سال دهم، آبان 82، 10-1).
18. Lezak, D. M. (1995). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.
1. Kessler, R. C., Chiu, W. T., and Demler, O. (2001). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 6: 617-627.
2. Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M. M., Leon, A.C., Sheehan, D. V., and Kathol, R. G. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*, 154:1734-1740.
3. Kessler, R.C., Brandenburg, N., and Lane, M. (2005). Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 35:1073-1082.
4. انجمن روان پزشکی آمریکا (2000، 1381). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم - تجدید نظر متن (DSM-IV-TR). ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. انتشارات سخن.
5. Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6 (5): 183-187.
6. Deborah, Antai-otong. (2003). Current treatment of generalized anxiety. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(12)
7. Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 6: 278-296.
8. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32: 50-55.
9. Bebbington, P. E., Brugha, T. S., Meltzer, H., Jenkins, R., Ceresa, C., and Farrell, M. (2000). Neurotic disorders and the receive of psychiatric treatment. *Psychological Medicine*, 30: 1369-1376.

19. باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر و شاه محمدی، داود (1373). بررسی همه‌گیری اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، (تهران)، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال 1، شماره 1، صفحات 32-41
20. Tabachnick , B. C., Fidell, L. S. (1996). Using multivariate statistics. 3rd ed. New York. Harper Collins.
21. هومن، حیدر علی (1380). تحلیل داده‌های چند متغیره در پژوهش رفتاری. تهران، نشر پارسا.