ORIGINAL ARTICLE

Psychometricproperties of the Persian Version of the International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ) in students of Tehran Medical Sciences Universities

Shahab Yousefi
Peyman Mayeli

MSc in Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received July 15, 2023; Accepted November 11, 2023)

Abstract

Background and purpose: The latest 2022 edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) includes updated descriptions and diagnostic rules for "depressive episodes" and " generalised anxiety disorder". The only self- assessment that is consistent with these disorders is the International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ). The aim of the present study was therefore to investigate the psychometric properties of the IDQ and the IAQ in Iran, focusing on the student population.

Materials and methods: In the form of a descriptive study, 550 students of medical sciences universities in Tehran who were studying in 2023 were selected by convenience sampling and answered the research questions. To evaluate the reliability of these two questionnaires, two methods of internal consistency and test-retest were applied with an interval of two weeks. Their construct validity was assessed in the student sample using exploratory and confirmatory factor analysis.

Results: According to the results, the Cronbach's alpha coefficient for the depression and anxiety questionnaires was 0.92 and 0.93 respectively and the intraclass correlation coefficient was 0.86 and 0.84respectively, which indicates a high internal consistency and retest reliability of the two questionnaires. The confirmatory factor analysis showed that all questions in both questionnaires are related to one factor.

Conclusion: In general, it can be concluded that both questionnaires can be used as a brief measure in clinical and research settings for screening, diagnosingand monitoring the treatment of depression and anxiety in the student population.

Keywords: Anxiety, Depression, Factor analysis, Psychometric, Reliability

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (Supple 2): 232-246 (Persian).

Corresponding Author: Peyman Mayeli- School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Email: mayeli.peyman27@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ویژه نامه ۲ آذر سال ۱۴۰۲ (۲۳۲-۲۴۶)

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ) و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ) در دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

شهاب یوسفی

پیمان مایلی

چکیده

سابقه و هدف: آخرین ویراست طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11) در سال ۲۰۲۲ شامل توصیفات و قوانین تشخیصی به روز شده برای «دوره افسردگی» و «اختلال اضطراب فراگیر» بود. تنها معیار خودگزارشی هم‌سو با این اختلالات پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ) و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ) است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ) و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ) در ایران با تمرکز بر جمعیت دانشجویی بود.

مواد و روش‌ها: در قالب یک مطالعه توصیفی، ۵۵۰ دانشجوی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مشغول تحصیل بودند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. برای بررسی پایایی این دو پرسش‌نامه از دو شیوه همسانی درونی و بازآزمایی با فاصله ۲ هفته استفاده شد. روایی سازه آن‌ها در نمونه دانشجویان، با استفاده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: طبق نتایج، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر ۰/۹۲ و ۰/۹۳ و ضریب هم‌بستگی درون‌طبقه‌ای ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بود که نشان دهنده همسانی درونی و پایایی بازآزمایی بالای هر دو پرسش‌نامه بود. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که تمام پرسش‌ها در هر دو پرسش‌نامه به یک عامل مربوط می‌شوند.

استنتاج: در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که هر دو پرسش‌نامه به‌عنوان ابزاری کوتاه، این قابلیت را دارند که در حوزه‌های بالینی و پژوهشی به‌منظور غربالگری، تشخیص و پایش درمان افسردگی و اضطراب در جمعیت دانشجویی مورد استفاده قرار گیرند.

واژه های کلیدی: افسردگی، اضطراب، روان سنجی، تحلیل عاملی، پایایی

مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در جهان محسوب می‌شوند که دارای پیامدهای طولانی‌مدت و ابتلای بالا با سایر مشکلات روانی و طبی هستند(۱،۲). طبق مطالعه‌ای در کانادا، ۱۴ درصد بیماران حاضر در مراقبت‌های اولیه، دارای یک تشخیص افسردگی بوده و ۲۵ درصد از بیماران دارای تشخیص افسردگی، به یک بیماری مزمن دیگر نیز مبتلا بودند(۳).

مولف مسئول: پیمان مایلی- تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) E-mail: mayeli.peyman27@gmail.com
کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۲/۴/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۲/۶/۲۹ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۸/۲۰

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

اختلالات اضطرابی شایع‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان با میانگین شیوع طول عمر ۱۴/۳ درصد و شیوع ۱۲ ماهه ۸/۳ درصد هستند(۴). زمینه‌یابی ملی سلامت روان ایران شیوع اختلالات افسردگی را ۱۴ درصد گزارش کرده است. در این پیمایش، اختلال افسردگی اساسی (MDD) شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی با شیوع ۱۲ ماهه ۱۲/۷ درصد بوده است(۵). با وجود شیوع بالای این اختلالات، شکاف چشمگیری بین نیاز افراد مبتلا به درمان و دریافت آن وجود دارد(۷،۶). در واقع، بسیاری از افراد دارای تشخیص اختلال اضطرابی یا افسردگی درمان کافی را دریافت نمی‌کنند یا با تأخیر دریافت می‌کنند. میزان متوسط جهانی این تأخیر برای تمام اختلالات روانی طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت بین ۳ تا ۳۰ سال است(۸). موضوع دریافت ناکافی یا با تأخیر درمان، به‌عنوان گام اول در مراقبت مبتنی بر سنجش شناخته می‌شود که بر اساس آن، به ابزارهایی نیاز است که بتوان اختلال‌های افسردگی و اضطرابی منفرد، هم‌ابتلایی و زیرنشانگان را در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی ارزیابی نمود(۹،۱۰). Santor و همکاران (۲۰۰۶) گزارش دادند که از سال ۱۹۱۸ «بیش از ۲۸۰ ابزار شدت افسردگی پدید آمده است»(۱۱) و به احتمال زیاد، تعداد مشابهی از ابزارهای اضطراب وجود دارد. با این‌حال، بعید است که این ابزارهای اختصاصی برای هر اختلال، قابل جایگزینی با یکدیگر باشند، همان‌طور که فرید (۲۰۱۷) سطوح پایین هم‌پوشانی محتوا را در ابزارهای رایج افسردگی گزارش نمود(۱۲) و نتایج مشابهی نیز برای ابزارهای اضطراب یافت شده است(۱۳). این بدان معناست که این مقیاس‌های مختلف احتمالاً سازه‌های متفاوت یا حداقل جنبه‌های متفاوتی از یک سازه را می‌سنجند که می‌تواند باعث ناهمسانی در شناسایی موارد تشخیصی احتمالی توسط ابزارها شده(۱۵،۱۴) و در پایان، منجر به سوگیری، طبقه‌بندی اشتباه، مشکلات مربوط به تکرار، یافته‌های فرد- ویژه و عدم مقایسه‌پذیری بین مطالعات شود(۱۲).

رویکردی مناسب برای بهبود ارزیابی اضطراب و افسردگی این است که اطمینان حاصل شود که ابزارها با علائم و الزامات تشخیصی توصیف شده در راهنماهای تشخیصی اصلی، یعنی ICD-11(۱۶) و DSM-5(۱۷) مطابقت دارند. ایده هم‌سویی نزدیک یک ابزار با الزامات تشخیصی، مبنایی برای پرسش‌نامه سلامت بیمار ۹ (PHQ-9)(۱۸) و اختلال اضطراب فراگیر ۷ (GAD-7)(۱۹) است که به‌ترتیب، برای سنجش اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر DSM-IV(۲۰) ساخته شده‌اند. این مقیاس‌ها با توجه به هم‌سویی با توصیفات تشخیصی، ماهیت مختصر و در دسترس بودن آزادانه، به ابزارهایی برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در محیط‌های پژوهشی و بالینی تبدیل شده‌اند(۲۱). در مطالعاتی که روی جمعیت ایرانی، PHQ-9 و GAD-7 انجام شده است، کاربردپذیری و ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی نشان داده شده است(۲۴-۲۲). با این‌حال، این ابزارها پیش از انتشار جدیدترین ویراست‌های DSM (یعنی DSM-5) و ICD (یعنی ICD-11) ساخته شده‌اند و بنابراین، دیگر به‌طور کامل، با الزامات تشخیصی فعلی هم‌سو نیستند(۲۶،۲۵).

از جمله ابزارهای مناسب و جدید برای ارزیابی و تشخیص دوره افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر بر اساس ICD-11، پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ) و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ) هستند که توسط شولین و همکاران (۲۰۲۲) پدید آمده‌اند(۲۷). IDQ و IAQ بر اساس ملاک‌های تشخیصی ICD-11 ایجاد شده‌اند و نسبت به ابزارهای مشابه، برتری دارند(۲۷). IDQ علائم دوره‌های افسردگی ICD-11، از جمله خلق پایین، بی‌لذتی، خستگی، اختلال خواب، اختلال اشتها، تغییرات روانی- حرکتی، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکلات تمرکز و افکار خودکشی را در ۲ هفته گذشته ارزیابی می‌کند. IAQ علائم اختلال اضطراب فراگیر ICD-11 از جمله نگرانی مفرط، بی‌قراری، خستگی، اختلال خواب، تحریک‌پذیری،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

تنش عضلانی، مشکل در تمرکز، ترس و حملات پانیک را در چند ماه گذشته می‌سنجد.

PHQ-9 و IDQ هر دو ابزارهای خودگزارشی برای ارزیابی علائم افسردگی و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی هستند(۱۸). اما محدودیت‌های متعددی برای استفاده از PHQ-9 وجود دارد. اول، PHQ-9 به خلاف IDQ، علائم دوره‌های افسردگی را بر اساس ICD-11 ارزیابی نمی‌کند و بنابراین، ممکن است در تحقیقات بین فرهنگی یا در مواقع استفاده از نظام طبقه‌بندی ICD-11 مفید نباشد. دوم، PHQ-9 صرفاً فراوانی علائم افسردگی را بدون در نظر گرفتن شدت یا مدت آن‌ها ارزیابی می‌کند که این می‌تواند منجر به بیش‌برآورد شیوع و شدت افسردگی و هم‌چنین، طبقه‌بندی اشتباه افراد دارای علائم افسردگی زیرآستانه به‌عنوان مبتلا به افسردگی اساسی شود(۲۸). سوم، PHQ-9 به خلاف IDQ، علائم خاص افسردگی مانند بی‌لذتی، تغییرات روانی- حرکتی، احساس بی‌ارزشی یا گناه و افکار خودکشی را ارزیابی نمی‌کند. این می‌تواند منجر به اختصاصی نبودن ارزیابی افسردگی و محدود شدن توانایی برازنده‌سازی درمان برای بیماران شود(۲۹). چهارم، PHQ-9 ابزاری تک‌بعدی برای افسردگی است و ناهمگونی علائم افسردگی را در نظر نمی‌گیرد. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که افسردگی به‌عنوان یک سازه چندبعدی، بهتر درک می‌شود(۳۰). پنجم، طبق برخی مطالعات، IDQ دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بهتری نسبت به PHQ-9 در جمعیت‌های خاص است(۳۱).

به طور مشابه، GAD-7 و IAQ هر دو ابزارهای خودگزارشی و دارای ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی هستند(۲۷،۱۹). با این‌حال، محدودیت‌هایی برای استفاده از GAD-7 وجود دارد. اول، GAD-7 به خلاف IAQ، علائم اختلال اضطراب فراگیر را بر اساس ملاک‌های ICD-11 ارزیابی نمی‌کند، بلکه این ابزار بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال اضطراب فراگیر ساخته شده است؛ بنابراین، ممکن است در تحقیقات بین‌فرهنگی یا در مواقع استفاده از نظام طبقه‌بندی ICD-11 مفید نباشد. ملاک‌های ICD-11 از چند جهت با ملاک‌های DSM-IV متفاوت است، از جمله گنجاندن موارد مربوط به نگرانی، بی‌قراری و مشکلات تمرکز در IAQ که در GAD-7 گنجانده نشده است. دوم، با وجود این‌که هم GAD-7 و هم IAQ از یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت برای ارزیابی وجود و شدت علائم اضطراب در ۲ هفته گذشته استفاده می‌کنند، GAD-7 شامل ۷ آیتم و IAQ شامل ۸ آیتم است. در واقع، IAQ دارای یک آیتم اضافی برای ارزیابی وجود حملات پانیک است. سوم، برخی مطالعات نشان داده‌اند که IAQ دارای ویژگی‌های روان‌سنجی بهتری نسبت به GAD-7 در جمعیت‌های خاص است(۳۲).

در مطالعه اصلی، شولین و همکاران (۲۰۲۲) با استفاده از مدل‌های نظریه پاسخ آیتم(۳) نشان دادند که هم IDQ و هم IAQ تک‌بعدی هستند و آیتم‌ها از نظر دشواری و تمایز (افتراق)، عملکرد خوبی داشتند. هم‌چنین، برآوردها پایایی درونی بالایی را نشان داد(۲۷). در واقع، این‌ها نخستین ابزارهایی هستند که منعکس‌کننده توصیف‌های علائم و الزامات تشخیصی تعیین‌شده در ICD-11 برای دوره افسردگی (کد تشخیصی: 6A70) و اختلال اضطراب فراگیر (کد تشخیصی: 6B00) هستند. ICD-11 راهنمای تشخیصی است که از سوی تمام کشورهای عضو WHO (از جمله ایران) از اول ژانویه ۲۰۲۲ برای جمع‌آوری آمار مرگ‌و میر و ابتلا استفاده می‌شود. بنابراین، جهت پیگیری دقیق این اختلالات مطابق با استاندارد جهانی، ضروری است که ابزارهایی در دسترس باشند تا علائم اضطراب و افسردگی، شدت و «مورد» را طبق ICD-11 ثبت کنند. هم‌چنین، اهمیت دیگر آن از آنجایی است که دوره افسردگی برای تشخیص اختلال افسردگی راجعه (کد تشخیصی 6A71) و هم‌چنین اختلال دوقطبی نوع I (کد تشخیصی 6A60) و اختلال دوقطبی نوع II (کد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

تشخیصی 6A61) ضروری است. با توجه به آن چه گفته شد، به مقیاس‌های جدیدی نیاز است تا این کاستی‌های PHQ-9 و GAD-7 را برطرف کنند. مطالعه حاضر نخستین مطالعه‌ای است که به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزارها در فرهنگی متفاوت با مطالعه اصلی می‌پردازد. در واقع، پژوهش حاضر قصد دارد ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ) و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ) را به‌عنوان ابزارهای خودگزارشی که علائم و الزامات تشخیصی دوره افسردگی ICD-11 و اختلال اضطراب فراگیر ICD-11 را ثبت می‌کنند، بررسی کند. نتایج این پژوهش علاوه بر فراهم نمودن ابزارهایی مطمئن برای بالینگران و پژوهشگران ایرانی با ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب، به توسعه دانش نظری در زمینه اختلالات خلقی و اضطرابی نیز کمک می‌کند. پرسش پژوهش حاضر این است که آیا نسخه فارسی پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی هستند.

مواد و روش‌ها

پروپوزال پژوهش حاضر با کد IR.IUMS.1401.184 به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران رسیده است. جامعه مورد مطالعه دانشجویان علوم پزشکی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند. نمونه‌گیری به‌روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود شامل دانشجوی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و فارسی بودن زبان اصلی بود. معیارهای خروج شامل پاسخ‌های ناقص یا متناقض به پرسش‌نامه‌ها، سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. با توجه به Comrey و Lee (۱۹۹۲)(۳۳) که حجم نمونه ۳۰۰ نفر را برای مطالعه تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) و Myers و همکاران (۲۰۱۱)(۳۴) که حجم نمونه ۲۰۰ نفر را برای تحلیل عاملی تأییدی (CFA) پیشنهاد کرده‌اند، نمونه‌ای با حجم ۶۰۰ نفر تعیین شد. ۴۵ نفر به علت سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک و ۵ نفر به‌دلیل پاسخ‌های ناقص یا متناقض از پژوهش خارج شدند و در پایان، داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌های ۵۵۰ نفر (۲۳۰ مرد و ۳۲۰ زن) وارد تحلیل آماری شدند. روش کار بدین صورت بود که پس از گرفتن کد اخلاق با مراجعه به دانشگاه‌های مقصد و هماهنگی با مسئولان مربوطه، اقدام به جمع‌آوری داده‌ها شد. داده‌ها بین دی ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ جمع‌آوری شدند. مراحل زیر با توجه به انطباق بین فرهنگی ابزارهای خودگزارشی انجام شد(۳۵). نخست پرسش‌نامه‌ها توسط دو مترجم انگلیسی ترجمه شدند. پس از تنظیم، پرسش‌نامه‌ها در قالب یک نسخه واحد توسط مترجم دیگری به انگلیسی ترجمه شد. سپس، پرسش‌نامه‌ها توسط کارشناسان (دو روان‌شناس بالینی، دو روان‌پزشک و یک پزشک مترجم) بررسی و با متن اصلی پرسش‌نامه مقایسه شدند. پس از توافق (به راحتی و بدون مشکل) بر نسخه نهایی انگلیسی و محتوای فارسی، نسخه فارسی پایانی پرسش‌نامه‌ها تهیه شد. در مرحله بعد، برای اطمینان از تناسب با فرهنگ ایرانی، پرسش‌نامه‌های نهایی به‌صورت آزمایشی و از طریق مصاحبه بر ۳۰ شرکت‌کننده اجرا شد. در پایان، نسخه نهایی برای ارزیابی‌های روان‌سنجی تأیید شد. ترتیب اجرای پرسش‌نامه‌ها در بین شرکت‌کنندگان، تصادفی بود. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی که اهداف و روش‌های مطالعه را شرح می‌داد، از تمام شرکت‌کنندگان اخذ و ناشناس ماندن آن‌ها تضمین شد. هنگام توزیع پرسش‌نامه از افرادی که متمایل بودند در مرحله دوم پژوهش نیز شرکت داشته باشند، خواسته شد تا اطلاعات تماس خود را در انتهای پرسش‌نامه‌ها یادداشت کنند تا پژوهشگران بتوانند ۲ هفته بعد، با آن‌ها تماس گرفته تا دوباره در پژوهش شرکت کنند. در پایان، ۱۲۸ نفر در مرحله دوم پژوهش شرکت کردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

ابزارهای گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی (IDQ)

یک ابزار خودگزارشی ۹ ماده‌ای برای دوره افسردگی (کد تشخیصی 6A70 در ICD-11) است که فراوانی احساس‌ها، افکار و رفتارهای مربوطه را در ۲ هفته گذشته ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (صفر: هرگز تا چهار: هر روز) انجام می‌شود؛ بنابراین، نمره نهایی در بازه صفر تا ۳۶ خواهد بود. می‌توان از نمرات آن برای ارزیابی شدت و شناسایی مواردی که معیارهای تشخیصی را دارند، استفاده کرد. هیچ نقطه برشی پیشنهاد نشده است؛ زیرا «تشخیص» با استفاده از الگوی تشخیصی ICD-11 تعریف می‌شود که دوره افسردگی مستلزم وجود هم‌زمان حداقل ۵ مورد از علائم مشخصه است که در بیش‌تر اوقات روز، تقریباً هر روز به‌مدت دوره‌ای که حداقل دو هفته طول می‌کشد، رخ می‌دهد. حداقل یک علامت از خوشه عاطفی باید وجود داشته باشد. به عبارتی، لازم است حداقل ۵ آیتم از ۹ آیتم IDQ تأیید شوند (یعنی نمره ۳ یا ۴ در مقیاس لیکرت) که حداقل یکی از آن ۵ مورد، آیتم ۱ یا ۲ یا هر دو باشد. اگر این شرایط برآورده شود و به پرسش اختلال کارکردی پاسخ «بله» داده شود، شرایط تشخیصی برای دوره افسردگی ICD-11 احراز شده است. در مطالعه اصلی، نتایج ضریب امگا برابر با ۰/۹۶ بود. هم‌چنین، نتایج تحلیل عاملی نشان دهنده تک‌عاملی بودن این مقیاس بود(۲۷).

پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب (IAQ)

یک ابزار خودگزارشی ۸ ماده‌ای برای اختلال اضطراب فراگیر (کد تشخیصی 6B00 در ICD-11) است که فراوانی احساس‌ها، افکار و رفتارهای مربوطه را در چند ماه گذشته مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (صفر: هرگز تا چهار: هر روز) انجام می‌شود؛ بنابراین، نمره نهایی در بازه صفر تا ۳۲ خواهد بود. می‌توان از نمرات آن برای ارزیابی شدت و شناسایی مواردی که معیارهای تشخیصی را دارند، استفاده کرد. هیچ نقطه برشی پیشنهاد نشده است؛ زیرا «تشخیص» با استفاده از الگوی تشخیصی ICD-11 تعریف می‌شود که طبق آن، اضطراب فراگیر نیازمند وجود مشخصه‌های الزامی «نگرانی عمومی که محدود به شرایط محیطی خاصی نیست (یعنی اضطراب شناور)» یا «نگرانی مفرط (انتظار بیمناک) درباره رویدادهای منفی که در چندین حوزه مختلف زندگی فرد (مانند کار، امور مالی، سلامت و خانواده) رخ می‌دهد» است. هم‌چنین، این مشخصه‌های الزامی باید با «علائم مشخصه افزوده» همراه باشد. در واقع، لازم است حداقل ۴ آیتم IAQ تأیید شوند (یعنی نمره ۳ یا ۴ در مقیاس لیکرت) که حداقل یکی از آن ۴ مورد، آیتم ۱ یا ۲ یا هر دو (مشخصه‌های الزامی) باشد. چنانچه این شرایط برآورده شود و به پرسش اختلال کارکردی پاسخ «بله» داده شود، شرایط تشخیصی برای اختلال اضطراب فراگیر ICD-11 احراز شده است. در مطالعه اصلی، نتایج ضریب امگا برابر با ۰/۹۶ بود. هم‌چنین، نتایج تحلیل عاملی نشان‌دهنده تک‌عاملی بودن این مقیاس بود(۲۷).

پرسش‌نامه سلامت بیمار (PHQ-9)

یک ابزار خودگزارشی ۹ آیتمی است که با هدف غربالگری، تشخیص، پایش و اندازه‌گیری شدت افسردگی در ۲ هفته گذشته تهیه شده است. پاسخ‌دهی به PHQ-9 روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت (از صفر تا سه) بوده که دامنه نمرات از صفر تا ۲۷ است. PHQ-9 در جمعیت‌های مختلف بالینی، عمومی و دانشجویی مورد بررسی قرار گرفته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن تأیید شده است. PHQ-9 در مطالعات حوزه سلامت ایران برای غربالگری افسردگی به‌کار رفته است(۲۲).

مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ پرسشی اسپیتزر و همکاران (GAD-7)

این ابزار توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) طراحی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

و ساخته شد. نسخه اولیه آن که دارای ۱۳ گویه بود و در پایان، ۷ گویه برای نسخه نهایی انتخاب شد. نتایج به دست‌آمده در مطالعه اولیه نشانگر روایی و پایایی مناسب این ابزار و دقت تشخیصی بالای آن بود. نتایج به دست آمده در جمعیت ایرانی نشان داد که ضریب پایایی این مقیاس بر اساس دو بار اجرای آزمون مناسب بوده و از روایی مطلوبی نیز برخوردار است. تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر اشباع آن از یک عامل است(۲۳).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)

فرم کوتاه شده‌ای از DASS-42 و شامل ۲۱ آیتم است که با استفاده از یک رویکرد ابعادی برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. هدف این مقیاس‌ها ایجاد حداکثر تمایز بین افسردگی، اضطراب و استرس و رفع هم‌پوشی بین آن‌هاست. DASS-42 یا DASS-21 کشورهای مختلف ارزیابی و اعتباریابی شده‌اند. در مطالعات انجام شده در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها تأیید شده است(۳۷،۳۶). در پژوهش حاضر، از خرده‌مقیاس افسردگی و اضطراب DASS-21 استفاده شد.

مقیاس PG-13-R

یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که توسط پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱) بر اساس معیارهای DSM-5-TR و آیتم‌های PG-13 برای تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت (PGD) ساخته شد. ویژگی‌های روان‌سنجی آن در سه نمونه از کشورهای مختلف بررسی و تأیید شده است. PG-13-R دارای ساختار تک‌عاملی، با همسانی درونی بالاست. این مقیاس شامل ۱۰ پرسش از نوع لیکرت (یک تا پنج)، ۲ پرسش «بله/ خیر» و ۱ پرسش برای مشخص‌کردن مدت‌زمان از دست دادن فردِ مهم است. بازه نمرات از ۱۰ تا ۵۰ و نمره برش بهینه در مطالعه ۳۰ بوده است. نسخه فارسی این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب است(۳۸).

پرسش‌نامه ۵ عاملی نئو (NEO-FFI)

فرم ۶۰ آیتمی آن نسخه کوتاه شده‌ای از فرم کامل ۲۴۰ آیتمی بازنگری شده شخصیت نئو است که برای سنجش ۵ عامل بزرگ شخصیت شامل روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی، موافقت‌گرایی و باوجدان بودن، بر اساس دیدگاه تحلیل عاملی تهیه شده است. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت ۵ نمره‌ای صورت می‌گیرد. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی NEO-FFI عالی بوده و روایی همگرا و افتراقی آن تأیید شده است. در ایران، NEO روی ۲۰۰۰ دانشجو هنجاریابی شده که در آن، ساختار ۵ عاملی و روایی محتوایی پرسش‌نامه به‌صورت کلی، تأیید و همسانی درونی برای پنج عامل به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، از خرده‌مقیاس گشودگی NEO-FFI استفاده شد(۳۹).

تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS-26 و Amos-26 تحلیل شدند. برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از ۲ ضریب نسبت روایی محتوایی آزمون (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) استفاده شد. روایی سازه نسخه فارسی IDQ و IAQ با استفاده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی ارزیابی شد. برازش مدل بر مبنای شاخص آزمون خی‌دو، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص توکر-لوییس (TLI)، ریشه دوم خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) و ریشه دوم استاندارد شده میانگین مجذورات باقی‌مانده (SRMR) تعیین شد. شاخص‌های فوق بر اساس ملاک‌های برش پیشنهادی زیر تفسیر شدند(۴۱): عدم معنی‌داری آزمون خی‌دو، CFI>0/90 و TLI>0/90 و RMSEA <۰/۰۶ و SRMR<0/08. برای بررسی پایایی نسخه فارسی IDQ و IAQ از دو شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ و ضریب امگا) و بازآزمایی با فاصله ۲ هفته (ضریب هم‌بستگی درون

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

طبقه‌ای) استفاده شد. آلفای کرونباخ و ضریب امگای بالاتر از ۰/۷۰ و ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای بالاتر از ۰/۷۵ به ترتیب، نشان دهنده همسانی درونی و بازآزمایی قابل قبول بود(۴۰).

روایی همگرا و روایی افتراقی IDQ و IAQ توسط آزمون ضریب هم‌بستگی ارزیابی شد. به منظور بررسی روایی همگرای IDQ از PHQ-9، خرده‌مقیاس افسردگی DASS-21 و مقیاس PG-13-R و برای بررسی روایی همگرای IAQ از GAD-7، مقیاس PG-13-R و خرده‌مقیاس اضطراب DASS-21 استفاده شد. این مقیاس‌ها بر اساس پژوهش‌های پیشین، برای بررسی روایی همگرای این دو پرسش‌نامه انتخاب شدند(۲۲). هم‌چنین، برای بررسی روایی افتراقی IDQ و IAQ از خرده‌مقیاس گشودگی NEO-FFI استفاده شد. خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، سازه معکوسِ افسردگی را می‌سنجد و از سوی دیگر طبق نتایج مطالعات، افراد دارای سطوح پایین گشودگی اغلب مستعد تجربه خلق منفی هستند و ادبیات پژوهشی نشان دهنده ارتباط منفی بین این سازه و اضطراب است(۴۱). گفتنی است که در مطالعات اعتباریابیِ سایر مقیاس‌های افسردگی نیز از ابزارهای فوق برای بررسی روایی همگرا و افتراقی استفاده شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، نمونه‌ای با حجم ۵۵۰ نفر شامل ۳۲۰ زن شرکت کردند. ۲۹ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و دیگران مجرد بودند. میانگین سنی زنان ۶/۱۵±۲۴/۳۵ سال و میانگین سنی مردان ۷/۱۷±۲۵/۳۹ سال بود. ۷۵ درصد دانشجوی رشته پزشکی عمومی، ۱۵ درصد پرستاری، ۵ درصد دندان‌پزشکی و ۵ درصد داروسازی بودند. نمرات کل IDQ در بازه ۳۶-۰ با میانگین و انحراف معیار ۹/۹۸±۱۷/۹۷ و نمرات کل IAQ در بازه ۳۲-۰ با میانگین و انحراف معیار ۸/۲۲±۱۷/۸۵ بود. پیش از تحلیل آماری، پیش‌فرض‌های بهنجاری، عدم هم‌خطی چندگانه و داده‌های دورافتاده برای هر دو پرسش‌نامه بررسی شد. داده‌های دورافتاده تک‌متغیری طبق پیشنهاد تاباچنیک و همکاران(۴۲)، از طریق نمرات استاندارد Z بررسی شدند که نتایج نشان داد هیچ داده دورافتاده یا غیرعادی در هیچ‌یک از متغیرها وجود ندارد. جداول شماره ۱ و ۲، اندازه‌های توصیفی میانگین، انحراف معیار و آماره‌های چولگی و کشیدگی را برای ماده‌های IDQ و IAQ نشان می‌دهند. نتایج مربوط به آماره‌های چولگی و کشیدگی نشان داد که هیچ‌یک از ماده‌ها در هر دو پرسش‌نامه، از نقاط برش پیشنهادی برای آماره‌های چولگی (قدر مطلق ۳) و کشیدگی (قدر مطلق ۸) بیش‌تر نبودند؛ بنابراین، هم‌سو با منطق پیشنهادی کلاین(۴۳)، مفروضه بهنجاری تک‌متغیری برای تمام ماده‌های پرسش‌نامه‌ها برقرار است. علاوه بر این، به‌منظور آزمون مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه، از شاخص تحمل (Ti) و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. بنابر پیشنهاد هایر و همکاران(۴۴)، ازآن‌جاکه در هر دو پرسش‌نامه IDQ و IAQ تمامی مقادیر مربوط به شاخص تحمل بزرگ‌تر از ۰/۱۰ و تمام مقادیر VIF نیز کوچک‌تر از ۳ بودند، مفروضه عدم هم‌خطی برای هر دو پرسش‌نامه برقرار بود.

جدول شماره ۱: اندازه‌های توصیفی ماده‌های پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی

ماده‌ها	میانگین ± انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
۱. آیا در بیش‌تر ساعات روز احساس ناراحتی یا افسردگی داشته اید؟	۲/۱۸ ± ۱/۳۰	۰/۲۱	۰/۹۱
۲. آیا در بیش‌تر ساعات روز علاقه یا لذت کم‌تری از فعالیت های عادی را نسبت به گذشته تجربه کرده اید؟	۲/۰۹ ± ۱/۳۲	۰/۳۳	۱/۱۶
۳. آیا در تمرکز کردن مشکل داشته‌اید؟	۲/۰۶ ± ۱/۳۸	۰/۲۶	۱/۲۸
۴. آیا احساس بی ارزشی یا احساس گناه داشته اید؟	۱/۷۷ ± ۱/۲۹	۰/۱۴	۱/۴۶
۵. آیا احساس ناامیدی کرده اید؟	۲/۲۵ ± ۱/۴۵	- ۰/۲۶	۱/۳۱
۶. آیا افکار مکرر درباره مرگ یا خودکشی داشته اید؟	۱/۹۱ ± ۱/۱۵	۰/۳۷	۰/۶۹
۷. آیا تغییراتی در اشتها یا خواب داشته اید؟	۱/۸۸ ± ۱/۲۹	۰/۰۹	۰/۷۸
۸. آیا در حرکات خود کندتر شده‌اید یا احساس بی قراری بیش‌تری داشته‌اید؟	۱/۹۸ ± ۱/۴۱	۰/۰۸	۰/۶۹
۹. آیا کاهش انرژی یا خستگی را تجربه کرده‌اید؟	۲/۵۶ ± ۱/۲۹	۰/۵۲	۰/۸۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

جدول شماره ۲: اندازه های توصیفی ماده های پرسش‌نامه بین المللی اضطراب

ماده‌ها	میانگین ± انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
۱. آیا احساس دلواپسی یا اضطراب داشته‌اید؟	۲/۵۳ ± ۱/۱۶	-۰/۵۳	۰/۶۸
۲. آیا نگرانی زیادی درباره‌ی چیزهای مختلف داشته اید؟	۲/۵۹ ± ۱/۱۹	۰/۵۸	۰/۹۱
۳. آیا احساس تنش جسمی یا آشفتگی داشته اید؟	۲/۳۱ ± ۱/۲۷	۰/۲۹	۱/۰۳
۴. آیا احساس تپش قلب، مشکل در تنفس، ناراحتی معده یا خشکی دهان داشته‌اید؟	۱/۹۵ ± ۱/۳۶	۰/۳۹	۱/۳۰
۵. آیا احساس بی‌قراری و پریشانی زیادی داشته اید؟	۱/۹۹ ± ۱/۳۳	۰/۲۴	۱/۲۸
۶. آیا در تمرکز کردن مشکل داشته اید؟	۲/۲۲ ± ۱/۳۵	۰/۲۲	۱/۱۷
۷. آیا با چیزهای مختلف به‌راحتی آزرده شده اید؟	۲/۱۸ ± ۱/۳۷	۰/۲۹	۱/۱۹
۸. آیا مشکلات خواب را تجربه کرده‌اید؟	۲/۰۷ ± ۱/۵۰	۰/۱۴	۱/۴۴

روایی محتوایی

برای بررسی روایی محتوایی به‌شکل کمی، از دو ضریب نسبت روایی محتوایی آزمون (CVR) و شاخص روایی محتوایی(CVI) استفاده شد. جهت اطمینان از انتخاب مهم‌ترین و درست‌ترین محتوا، از شاخص نسبت روایی محتوایی و برای اطمینان از این‌که آیا گویه‌ها محتوا را می‌سنجند، از شاخص روایی محتوایی استفاده شد(۴۵).

جهت تعیین نسبت روایی محتوایی، پرسش‌نامه‌ها به ۱۳ متخصص شامل روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک ارسال شد که از میان آن‌ها، ۱۰ نفر نظرات خود را برای پژوهشگر ارسال کردند. این متخصصان نظرات خود را در خصوص هریک از گویه‌های ابزار با علامت‌گذاری روی یکی از سه‌گزینه «ضروری است»، «مفید است، اما ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» پاسخ دادند. سپس نسبت روایی محتوایی برای هر پرسش با فرمول لاوشه محاسبه شد. با توجه به این‌که تعداد ارزیاب‌ها ۱۰ نفر بودند و حداقل مقادیر قابل قبول برای ۱۰ نفر، ۰/۶۲ تعیین شده است، نتایج نشان داد که تمامی ماده‌های پرسش‌نامه‌ها از نسبت روایی محتوایی قابل قبولی برخوردارند. برای تعیین، محاسبه و ارزیابی شاخص روایی محتوایی، متخصصان مذکور سه معیار «اختصاصی بودن»، «سادگی و روان بودن» و «وضوح یا شفاف بودن» را در مورد هریک از گویه‌ها روی یک طیف ۴ درجه‌ای ارزیابی نمودند. سپس، با استفاده از فرمول CVI، شاخص روایی محتوایی محاسبه شد. نتایج نشان داد که شاخص روایی محتوایی تمامی ماده‌های پرسش‌نامه‌ها بزرگ‌تر از ۱ بوده و بنابراین، از شاخص روایی محتوایی خوبی برخوردار بود.

ساختار عاملی

برای بررسی روایی سازه و ساختار عاملی IDQ و IAQ از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. برای این‌کار، نخست کفایت حجم نمونه توسط شاخص کیسرمی‌یرالکین بررسی و تأیید شد: برای IDQ (KMO=۰/۹۳۶) و IAQ (KMO=۰/۹۲۹). آزمون کرویت- بارتلت نشان داد که فرض صفر بودن هم‌بستگی بین پرسش‌ها رد شده و شروط اجرای تحلیل عاملی برقرار است: برای IDQ (P<۰/۰۰۰۱، df=۳۶، Bartlett's=۱۱۹۴۰/۳۶) و IAQ (P<۰/۰۰۰۱، df=۲۸، Bartlett's=۹۶۵۳/۵۵). تحلیل عاملی اکتشافی برای پرسش‌نامه‌ها با روش مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس و با در نظر گرفتن مقدار ویژه ۱ و بار عاملی ۰/۳ انجام شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برای IDQ حاکی از آن بود که تمام پرسش‌ها در یک عامل قرار گرفته (Range=۰/۶۶-۰/۸۷) و (Eigenvalue=۵/۹۰) و ۶۵/۵۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. هم‌چنین، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی برای IAQ پرسش‌نامه اضطراب حاکی از آن بود که تمام پرسش‌ها در یک عامل قرار گرفته (Range=۰/۶۵-۰/۸۸) و (Eigenvalue=۵/۱۶) و ۶۴/۵۴ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. به منظور بررسی برازش یک‌عاملی IDQ و IAQ از تحلیل عاملی تأییدی به روش حداکثر درست‌نمایی توسط نرم‌افزار Amos استفاده شد. مشخصات برازندگی برای IDQ و IAQ در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که تمامی پرسش‌های پرسش‌نامه‌ها به یک عامل مربوط می‌شوند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

پایایی

به منظور بررسی ثبات سازه نسخه فارسی IDQ و IAQ از دو شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ و ضریب امگا) و بازآزمایی با فاصله ۲ هفته (ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای) استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب امگا برای IDQ به ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ بود و این مقدار با حذف هریک از پرسش‌ها نیز مقدار قابل قبولی داشت. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب امگا برای IAQ به ترتیب، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بود و این مقدار با حذف هریک از پرسش‌ها نیز مقدار قابل قبولی داشت. به منظور بررسی پایایی بازآزمایی، ۱۲۸ نفر به فاصله ۲ هفته، مجدداً ارزیابی شدند. هم‌بستگی درون طبقه‌ای برای IDQ و IAQ به‌ترتیب، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بود که نشان دهنده پایایی بازآزمایی مطلوب در هر دو پرسش‌نامه است (P<۰/۰۰۰۱).

روایی همگرا و افتراقی

جدول شماره ۴ نتایج روایی همگرا و افتراقی IDQ و IAQ را نشان می‌دهد. نسخه فارسی IDQ با PHQ (r=۰/۷۷)، خرده‌مقیاس افسردگی DASS-21 (r=۰/۶۹) و مقیاس PG-13-R (r=۰/۵۶) رابطه معنی‌دار مثبت و با خرده‌مقیاس گشودگی NEO-FFI (r=-۰/۱۴) رابطه معنی‌دار منفی داشت. هم‌چنین، نسخه فارسی IAQ با GAD-7 (r=۰/۷۷)، خرده‌مقیاس اضطراب DASS-21 (r=۰/۶۸) و مقیاس PG-13-R (r=۰/۴۷) رابطه معنی‌دار مثبت و با خرده‌مقیاس گشودگی NEO-FFI (r=-۰/۲۲) رابطه معنی‌دار منفی داشت.

بحث

هدف این مطالعه بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه بین‌المللی افسردگی و پرسش‌نامه بین‌المللی اضطراب بود تا پژوهشگران به جدیدترین و مناسب‌ترین پرسش‌نامه‌ها برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در جمعیت فارسی زبان دسترسی داشته باشند.

بدین منظور، ساختار عاملی، همسانی درونی، پایایی بازآزمون و روایی همگرا و افتراقی این پرسش‌نامه‌ها بررسی شد. یافته‌ها نشانگر همسانی درونی عالی این دو پرسش‌نامه بود، نتایج ضریب امگا و آلفای کرونباخ برای IDQ به‌ترتیب، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ و برای IAQ به‌ترتیب، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ بود. ضریب امگا اغلب جایگزین بهتری برای آلفای کرونباخ شناخته می‌شود؛ زیرا مبتنی بر بارهای عاملی است و نتایج آن تحت تأثیر حجم نمونه یا

جدول شماره ۳: اندازه های نیکویی برازش و مقادیر بارهای عاملی

متغیر	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	نسبت خی دو به درجه آزادی	شاخص توکر لوئیس	شاخص برازش تطبیقی	ریشه میانگین مجذور باقی‌مانده‌های استانداردشده	بارهای عاملی
افسردگی	۰/۰۴	۴/۴۳	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۰۴۷	۸۵-۶۰
اضطراب	۰/۰۳	۳/۷۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۲۷	۶۸-۶۷

جدول شماره ۴: ضرایب هم‌بستگی سنجش روایی همگرا و افتراقی IDQ و IAQ

مقیاس‌ها	IAQ	IDQ	GAD-7	PHQ-9	اضطراب DASS-21	افسردگی DASS-21	PG-13-R	گشودگی NEO-FFI
IAQ	۱							
IDQ	۰/۴۳**	۱						
GAD-7	۰/۷۷**	۰/۳۵**	۱					
PHQ-9	۰/۳۳**	۰/۷۷**	۰/۲۸**	۱				
اضطراب DASS-21	۰/۶۸**	۰/۳۱**	۰/۶۶**	۰/۳۴**	۱			
افسردگی DASS-21	۰/۳۱**	۰/۶۹**	۰/۳۲**	۰/۶۲**	۰/۳۹**	۱		
PG-13-R	۰/۴۷**	۰/۵۶**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۱	
گشودگی NEO-FFI	۰/۲۲**	۰/۱۷*	۰/۱۵*	۰/۱۶*	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۰۱۳	۱

پرسش‌نامه بین المللی اضطراب (IAQ)؛ پرسش‌نامه بین المللی افسردگی (IDQ)؛ مقیاس اختلال اضطراب فراگیر ۷ پرسشی (GAD-7)؛ مقیاس سلامت بیمار-۹ (PHQ-9)؛ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ (DASS-21)؛ پرسش‌نامه ۵ عاملی نئو (NEO-FFI)؛

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

تعداد پرسش‌های پرسش‌نامه قرار نمی‌گیرد(۴۷،۴۶). با این‌حال، نتایج آلفای کرونباخ و ضریب امگا در هر دو پرسش‌نامه یکسان بود که این نتایج مطابق با مطالعه اصلی است(۲۷). برای به‌دست‌آوردن میزان ثبات نمره‌ها با گذشت زمان، از روش پایایی بازآزمایی (ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای) استفاده شد. از لحاظ نظری، ضریب هم‌بستگی گشتاوری پیرسون برای هم‌بستگی بین دو متغیر مختلف به کار می‌رود و استفاده از آن در تحلیل قابلیت پایایی بازآزمایی، نامناسب است. علاوه بر این، ضریب هم‌بستگی گشتاوری پیرسون به خلاف ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای، نمی‌تواند وجود خطاهای سیستماتیک را تشخیص دهد؛ بنابراین، ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای رویکرد مناسب‌تری برای ارزیابی پایایی بازآزمایی خواهد بود(۴۹-۴۷). بر اساس نتایج، ضریب هم‌بستگی درون طبقه‌ای برای IDQ و IAQ به‌ترتیب، ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بود. در نتیجه، نسخه فارسی IDQ و IAQ از پایایی بازآزمایی خوبی برخوردارند. طبق بررسی‌های انجام شده، پژوهش حاضر نخستین مطالعه‌ای است که به بررسی پایایی بازآزمایی IDQ و IAQ می‌پردازد.

نتایج تحلیل عاملی نشان داد که هر دو پرسش‌نامه دارای ساختار تک‌عاملی هستند که این نتایج همسان با نسخه‌های اصلی این دو پرسش‌نامه بود(۲۷). در واقع، مشخص شد که مدل تک‌عاملی به تنهایی بهترین برازش را برای داده‌ها در اختیار می‌گذارد. ساختار تک‌عاملی IDQ و IAQ پیشنهاد می‌کند که در صورت بهره‌گیری از این دو مقیاس در موقعیت‌های بالینی و/یا تحقیقاتی، از نمره کل (جمع بستن تمام آیتم‌ها) استفاده شود.

در این مطالعه، به‌منظور بررسی روایی همگرای IDQ از PHQ-9، خرده‌مقیاس افسردگی DASS-21 و مقیاس PG-13-R استفاده شد که نتایج نشان دهنده رابطه معنی‌دار مثبت بود. این هم‌بستگی‌های متوسط تا زیاد با نتایج مطالعه اصلی مطابقت دارد(۲۷). PHQ-9 و خرده‌مقیاس افسردگی DASS-21 به طور مستقیم، سازه افسردگی را می‌سنجند، هم‌بستگی تقریباً متوسط با PG-13-R هم نشان می‌دهد که سوگ طولانی‌مدت با افسردگی هم‌پوشانی دارد؛ اما از آن متمایز است که این یافته با مطالعات دیگر هم‌سو است(۵۰،۴۹،۳۸،۲۷،۲۲). به گفته فریدمن، به دلیل وجود بسیاری از علائم مشابه بین سوگ و افسردگی مانند غم و اندوه، گریه، بی‌خوابی و از دست دادن اشتها، گاهی افتراق بین آن‌ها دشوار می‌شود(۵۱). با این حال، تفاوت های قابل توجهی بین سوگ و افسردگی وجود دارد. به‌عنوان مثال، عزت نفس ضعیف یا احساس بی‌ارزشی دو علامت افتراقی هستند. به علاوه، اگرچه افراد سوگوار ممکن است گاهی در خیال‌پردازی‌های خود بخواهند از طریق مرگ مجدداً با متوفی ملاقات کرده و دوباره به او ملحق شوند، به خلاف افسردگی، افکار خودکشی مداوم معمولاً در افراد داغ‌دیده به ندرت دیده می‌شود. از سوی دیگر، هم‌بستگی منفی معنی‌دار IDQ با خرده مقیاس گشودگی NEO-FFI از روایی افتراقی آن حمایت کرد. این یافته بیانگر آن است که افراد دارای سطوح پایین گشودگی اغلب مستعد تجربه خلق منفی هستند(۵۲،۲۲). به منظور بررسی روایی همگرای IAQ از GAD-7، خرده‌مقیاس اضطراب DASS-21 و مقیاس PG-13-R استفاده شد که نتایج نشان دهنده رابطه معنی‌دار مثبت بود. این هم‌بستگی‌های متوسط تا زیاد با سایر مطالعات مطابقت دارد(۵۰،۴۹،۳۸،۲۲). GAD-7 و خرده‌مقیاس اضطراب DASS-21 به‌طور مستقیم، سازه اضطراب را می‌سنجند و هم‌بستگی تقریباً متوسط با PG-13-R نیز نشان می‌دهد که سوگ طولانی‌مدت با اضطراب هم‌پوشانی دارد؛ اما از آن متمایز است که این یافته با سایر مطالعات هم‌سو است(۵۰،۴۹،۳۸).

از دست دادن یکی از عزیزان می‌تواند باعث ایجاد اضطراب شود که به‌نوبه خود، سوگوار را به تجربه سوگ طولانی‌تری سوق می‌دهد، به خصوص زمانی که از دست دادن بسیار سخت بوده است. اگرچه علائم سوگ اغلب با علائم افسردگی و اضطراب همراه است،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

هم‌بستگی گزارش شده بین آن‌ها در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که این سه خوشه، سازه‌های مرتبط اما مجزا هستند(۳۸،۴۹،۵۰).

از سوی دیگر، هم‌بستگی منفی معنی‌دار بین IAQ با خرده مقیاس گشودگی NEO-FFI از روایی افتراقی آن حمایت کرد. این خرده مقیاس به گشودگی فرد نسبت به تجربیات، ایده‌ها و ارزش‌های جدید اشاره دارد، در حالی که اضطراب یک وضعیت روانی است که با نگرانی و ترس مفرط مشخص می‌شود. تحقیقات نشان می‌دهد که بین گشودگی و اضطراب هم‌بستگی منفی وجود دارد. در واقع، افرادی که نمره بالاتری در گشودگی می‌گیرند، گرایش به سطوح پایین‌تری از علائم اضطراب دارند(۵۲).

در پایان، پژوهش حاضر همانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی دارد. اول، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و از جمعیتی با دامنه سنی و تحصیلی محدود انجام شد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. دوم، این مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی انجام شد که می‌تواند باعث سوگیری در پاسخ‌دهندگان شود. سوم، تنها از مقیاس‌های خودگزارشی برای سنجش روایی همگرا استفاده شد؛ بنابراین، ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر روش قرار گیرد. به این دلیل که هدف اصلی ایجاد مقیاس‌های بالینی، شناسایی افراد دارای سطوح بالینی و/یا تحت بالینی سازه مربوطه است، وارد کردن صرفاً نمونه‌های غیربالینی می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت بالینی را محدود سازد. از آنجایی که این مطالعه روی جمعیت عمومی انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، از نمونه‌های بالینی و هم‌چنین، از دامنه سنی و تحصیلی گسترده‌تری استفاده شود.

سپاسگزاری

به این‌وسیله از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی و سپاسگزاری می‌شود.

References

1. Collaborators GMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Psychiatry 2022; 9(2): 137-150.
2. Mojtabai R, Stuart EA, Hwang I, Eaton WW, Sampson N, Kessler RC. Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50: 1577-1591.
3. Wong ST, Manca D, Barber D, Morkem R, Khan S, Kotecha J, et al. The diagnosis of depression and its treatment in Canadian primary care practices: an epidemiological study. CMAJ Open 2014; 2(4): E337-E342.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Üstün TB. The WHO world mental health (WMH) surveys. Die Psychiatrie 2009; 6(01): 5-9.
5. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Arch Iran Med. 2015; 18(2): 76-84.
6. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 2004; 82(11): 858-866.
7. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. Br J Psychiatry 2017; 210(2): 119-124.
8. Wang PS, Angermeyer M, Borges G,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

Bruffaerts R, Chiu WT, De Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007; 6(3): 177.

9. Bentley KH, Gallagher MW, Carl JR, Barlow DH. Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. Psychol Assess 2014; 26(3): 815.
10. Ito M, Bentley KH, Oe Y, Nakajima S, Fujisato H, Kato N, et al. Assessing depression related severity and functional impairment: the overall depression severity and impairment scale (ODSIS). PLoS One 2015; 10(4): e0122969.
11. Santor DA, Gregus M, Welch A. Focus Article: Eight decades of measurement in depression. Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives 2006; 4(3): 135-155.
12. Fried EI. The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. J Affect Disord 2017; 208: 191-197.
13. Wall AD, Lee EB. What do anxiety scales really measure? An item content analysis of self-report measures of anxiety. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2022; 44(4): 1148-1157.
14. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. British Journal of General Practice 2008; 58(546): 32-36.
15. Peters L, Peters A, Andreopoulos E, Pollock N, Pande RL, Mochari-Greenberger H. Comparison of DASS-21, PHQ-8, and GAD-7 in a virtual behavioral health care setting. Heliyon 2021; 7(3): e06473.
16. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 04/2019). Recuperado de https://icd. who. int/browse11/lm/en. 2019.
17. American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington,DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
18. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ- 9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9): 606-613.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006; 166(10): 1092-1097.
20. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association 1994.
21. Health NCCfM. The improving access to psychological therapies manual. UK: NCCMH. 2018.
22. Farrahi H, Gharraee B, Oghabian MA, Zare R, Pirmoradi MR, Najibi SM, et al. Psychometric properties of the Persian version of patient health questionnaire-9. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2021; 27(2): 248-263.
23. Omani-Samani R, Maroufizadeh S, Ghaheri A, Navid B. Generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) in people with infertility: a reliability and validity study. Middle East Fertility Society Journal 2018; 23(4): 446-449.
24. Fattah A, Ebadi A, Borumand N, Saeedi A, Darbani M, Setayesh S, et al. Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale and Templer's Death Anxiety Scale in Iranian Inpatients with COVID-19: Evaluation of Psychometric

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

Properties and Diagnostic Accuracy. Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies 2021; 8(4) (Persian).

25. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, Berk M, Vieta E, Maj M, et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. BMC Med 2020; 18(1): 1-24.
26. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et al. An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. World Psychiatry 2021; 20(1): 34-51.
27. Shevlin M, Hyland P, Butter S, McBride O, Hartman TK, Karatzias T, et al. The development and initial validation of self-report measures of ICD-11 depressive episode and generalized anxiety disorder: The International Depression Questionnaire (IDQ) and the International Anxiety Questionnaire (IAQ). J Clin Psychol 2023; 79(3): 854-870.
28. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESsion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. BMI 2019; 365: l1476.
29. Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, Friedman M, Attiullah N, Boerescu D. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. Am J Psychiatry 2006; 163(1): 148-150.
30. Fried EI, Nesse RM, Zivin K, Guille C, Sen S. Depression is more than the sum score of its parts: individual DSM symptoms have different risk factors. Psychol Med 2014; 44(10): 2067-2076.
31. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. Med Care 2004; 42(12): 1194-201.
32. Pranckeviciene A, Saudargiene A, Gecaite-Stonciene J, Liaugaudaite V, Griskova-Bulanova I. Dovile Simkute Validation of the patient health questionnaire-9 and the generalized anxiety disorder-7 in Lithuanian student sample. Plose One 2022; Januari 27, 1-18.
33. Comrey AL, Lee HB. A First Course in Factor Analysis. 2nd ed. Psychology Press; 1992.
34. Myers ND, Ahn S, Jin Y. Sample size and power estimates for a confirmatory factor analytic model in exercise and sport: a Monte Carlo approach. Res Q Exerc Sport 2011; 82(3): 412-423.
35. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000; 25(24): 3186-3191.
36. Moghaddam A, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A preliminary validation of the depression, anxiety and stress scales (DASS) in non-clinical sample. Clinical Psychology and Personality 2008; 6(2): 23-38 (Persian).
37. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population 2005; 1(4): 36-54 (Persian).
38. Ashouri A, Yousefi S, Prigerson HG. Psychometric properties of the PG-13-R scale to assess prolonged grief disorder among bereaved Iranian adults. Palliat Support Care 2023: 1-8.
39. Garousi Farshi M, Mehryar A, Ghazi Tabatabaei M. Application of the NEOPI-R test and analytic evaluation of it's characteristics and factorial structure among Iranian

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]

university students. Journal of Humanities 2001; 11(39): 173-198 (Persian).

40. Marsh HW, Hau K-T, Wen Z. In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. Structural equation modeling 2004; 11(3): 320-341.
41. Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K, Suzuki M, Sato K, Hashimoto K. Low openness on the revised NEO personality inventory as a risk factor for treatment-resistant depression. PLoS One 2013; 8(9): e71964.
42. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: Pearson Boston, MA 2013.
43. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications 2023.
44. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis: Pearson College division. Person: London, UK 2010.
45. Kalantari K. Structural equations in Social and economic research. Tehran: Farhang Saba 2013 (Persian).
46. Revelle W, Condon D. The Wiley Handbook of Psychometric Testing: A Multidisciplinary Reference on Survey, Scale and Test Development. Journal of Research Methodology JRM 2019; 32(1).
47. Nasri E, Yousefi S, Mayeli P, Ashouri A. Psychometric properties of the Persian version of the pandemic grief scale. Bereavement 2023; 2 (Persian).
48. Yen M, Lo LH. Examining test-retest reliability: an intra-class correlation approach. Nurs Res 2002; 51(1): 59-62.
49. Ashouri A, Yousefi S. Validation of the Persian Traumatic Grief Inventory- Self Report Plus (TGI-SR+) to Assess Prolonged Grief Severity. Omega (Westport) 2023: 302228231162730.
50. Yousefi S, Mayeli P, Ashouri A. Psychometric Properties of the Persian Version of the Inventory of Complicated Grief. Omega (Westport) 2022: 302228221102687.
51. Friedman RA. Grief, depression, and the DSM-5. The New England Journal of Medicine 2012.
52. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. Psychol Bull 2010; 136(5): 768-821.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-21]