

پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS): بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۶/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۱۰/۰۸

چکیده

زمینه و هدف: جامعه پژوهشی روان‌شناسان و روان‌پزشکان ایران نیاز به ابزارهای سنجش معتبر و پایا دارد. هدف اصلی تحقیق حاضر هنجارسازی و اعتباریابی پرسش‌نامه‌های HADS در افراد افسرده و مضطرب در مقایسه با جمعیت بهنجار بود. **روش بررسی:** ۲۶۱ بیمار افسرده و مضطرب مراجعه‌کننده به بخش سرپایی بیمارستان روزبه و همچنین به‌طور موازی ۲۶۱ نفر از جمعیت عمومی (سالم) که از نظر جنسیت هم‌تاسازی شده بودند، در مطالعه شرکت داشتند. برای دست یافتن به ضریب روایی Validity، میزان اضطراب و افسردگی بیماران پس از مصاحبه بالینی بر اساس فهرست واری دی.اس.ام. چهار توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس براساس یک مقیاس (۱۰-۱) درجه‌بندی کمی شد. ارزیابان نسبت به نمرات حاصل از مقیاس‌ها بی‌خبر بودند. همچنین برای به دست آوردن یک معیار عینی و دخالت آن در ارزیابی روایی از دو آزمون موازی BDI و BAI استفاده گردید. افزون بر این، جهت سنجش پایایی آزمون-بازآزمون، ۱۰٪ نمونه بالینی پس از سه روز به‌طور تصادفی انتخاب شدند و مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. **یافته‌ها:** مقیاس HADS و زیرمقیاس‌های اضطراب و افسردگی دارای روایی، پایایی و هماهنگی درونی مناسبی هستند. در این مطالعه چند نوع روایی (صوری، محتوا، همزمان مبتنی بر معیار بیرونی، همگرا و تمایزی) ارزیابی شد. نقاط برش زیرمقیاس‌ها ارائه شدند. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که HADS دارای اعتبار لازم برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی را دارا است. نقاط برش ارائه‌شده در این مطالعه برای HADS، BDI و BAI با نمونه ارائه‌شده توسط مؤلفان آنها تفاوت‌هایی دارد که توضیح آن به لحاظ فرهنگی در قسمت بحث آمده است.

کلمات کلیدی: روایی، پایایی، اضطراب، افسردگی، مقیاس بیمارستانی.

حسین کاویانی*، حسین صیغوریان
ونداد شریفی، نرگس ابراهیم‌خانی

گروه روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی

بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول: تهران، کارگر جنوبی، پایین‌تر از
چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه تلفن: ۴-۵۵۴۱۹۱۵۱
email: h.kaviani@usa.com

مقدمه

شد، بیمارانی که با درد سینه بدون مشکل قلبی یا تپش قلب معرفی می‌شدند، در ارزیابی با مقیاس HADS در هر دو زیرمقیاس اضطراب و افسردگی نمره‌ای بالاتر از هشت می‌گرفتند و همچنین تشخیص اختلال آسیمگی یا افسردگی را دارا بودند.^۱ معمولاً این افراد مراجعات مکرری به‌علت این علائم به بخش مراقبت‌های اولیه می‌کنند که باعث تحمیل بار سنگین از نظر اقتصادی می‌گردند. مقیاس HADS اولین بار توسط زیگموند و اسنیت به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال‌های روان‌پزشکی را در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان‌های عمومی معرفی شد.^۱ این ابزار به‌طور موازی افسردگی و اضطراب را در بیماران سرپایی می‌سنجد. تاکنون مطالعات زیادی در مورد پایایی و روایی مقیاس (HADS) در کشورهای مختلف و بخش‌های متفاوت درمانگاه‌های بیمارستانی انجام شده است. Harter

انجام کار بالینی و پژوهش نیاز به ابزارهایی دارد که برای بررسی و ارزیابی مسائل روان‌شناختی از پایایی و اعتبار لازم برخوردار باشد، تا فرایند کار به نتایج دقیق و درستی برسد. از میان ابزارهای سنجش مناسب برای کار بالینی و پژوهشی می‌توان از مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) نام برد.^۱ این ابزار می‌تواند در بخش‌های مختلف خدمات اولیه بیمارستان کاربرد وسیعی داشته باشند و موجب تمایز جنبه‌های روان‌شناختی از جنبه‌های جسمانی بیمارانی گردد که با علائم جسمانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. به‌عنوان مثال، اختلال آسیمگی Panic می‌تواند به‌عنوان درد سینه یا تپش قلب ناشناخته مطرح شود. در مطالعه آزمایشی که در بخش مراقبت اولیه قلب انجام

آموزشی بر روی آنها کار شد. برای کاراتر کردن آموزش از فنونی مانند ایفای نقش نیز سود برده شد. در مجموع، آموزش در طی دو جلسه دو ساعته انجام شد. در خلال کلاس، تأکید شد که نتایج بالینی طرح به صورت محرمانه نگهداری خواهند شد و به صورت فردی منتشر نخواهند گردید، بنابراین، این آزمون‌گران طرح بایستی هماهنگ با این شیوه عمل کنند و به تمامی عوامل طرح، آموزش داده شد که اکیداً بر محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، متعهد باشند. عوامل اجرایی تحقیق با مراجعه به بخش سرپایی بیمارستان روزبه تهران، از بیماران ارجاع شده توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس، برای شرکت در پروژه تحقیقی حاضر، دعوت به عمل آوردند. نحوه یافتن آزمودنی‌ها به صورت «در دسترس» بود. به این ترتیب ۲۶۱ بیمار افسرده و مضطرب پس از مصاحبه بالینی توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس، آزمون‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. برای دست یافتن به ضریب روایی (Validity)، بیماران پس از مصاحبه بالینی بر اساس فهرست واریسی دی.اس.ام چهار میزان اضطراب و افسردگی آنها براساس یک مقیاس (۱۰-۱) توسط مصاحبه کننده (روان‌پزشک یا روان‌شناس) درجه‌بندی کمی شد. ضریب همبستگی بین این نمرات و نمرات حاصل از پرسشنامه‌ها، ضریب روایی آزمون‌ها را نشان داد. همچنین جهت سنجش پایایی آزمون- بازآزمون ۱۰٪ نمونه بالینی پس از سه روز به طور تصادفی انتخاب شدند و مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. ابزار سنجش عبارت بودند از ۱- پرسش‌نامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS):^۱ HADS یک ابزار خودگزارشی ۱۴ آیتمی است که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از پنج دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن از نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمند است. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی هفت جزئی و یک زیرمقیاس اضطرابی هفت قسمتی دارد، که در هر دوی آنها برای کاستن احتمالی تشخیص‌های مثبت- کاذب (False-positive) نشانه‌های جسمی را حذف کرده‌اند. خرده مقیاس افسردگی پرسش‌نامه HADS روی ارزیابی فقدان حالت خوشگامی متمرکز است. به این ترتیب، پرسش‌نامه HADS یک ابزار غربالگری مفید و مختصر برای نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران با مشکل جسمی را ارائه می‌کند.^۷ به طور خلاصه، مقیاس HADS، ابزار معتبری برای ارزیابی اضطراب و افسردگی در بیماران سرپایی بیمارستان

نشان داد که ابزار HADS می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری برای کشف همانندی اختلالات اضطراب و افسردگی در بیماران با اختلالات عضلانی- اسکلتی مورد استفاده قرار گیرد.^۳ Lopez-Alvarenga نیز با کاربرد این آزمون بر روی بیماران فربه مکزیکی دقت تشخیصی این مقیاس را در آزمون همزمان علائم اضطراب و افسردگی را در این جمعیت بالینی نشان دادند.^۴ Herrero روایی و پایایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی را در جمعیت اسپانیایی و بیماران سرپایی بزرگسال با آسیب‌شناسی طی شدید (از بخش‌های جراحی اعصاب، پولموناری، کاردیولوژی عصب‌شناسی و بیماری عفونی) به دست آورد.^۵ منتظری نسخه فارسی مقیاس (HADS) را بر روی بیمار مبتلا به سرطان سینه اجرا کرد که به صورت متوالی به بیمارستان مراجعه می‌کردند.^۶ نتایج این تحقیق که مبتنی بر هماهنگی درونی خوب زیرمقیاس‌ها بود، کاربرد آن را در بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌کند. در تحقیق Kuijpers، مقیاس (HADS) در مورد بیماران با درد سینه بدون ناراحتی قلبی مورد اعتباریابی شد.^۲ نتایج نشان داد که این مقیاس یعنی HADS یک ابزار غربالگری با پایایی، روایی و حساسیت مناسب است. علاوه بر کاربرد بالینی، این ابزار به غیر از قسمت تشخیصی می‌تواند در کارهای پژوهشی مورد استفاده قرار بگیرند. تاکنون در ایران به جز کارهای پراکنده کار اساسی برای روایی سنجی این ابزار در جمعیت اضطرابی و افسرده در مقایسه با گروه سالم صورت نگرفته است. تحقیق حاضر بر آن است تا با به‌کارگیری روش‌شناسی معتبر به چنین مهمی بپردازد و ما را در دستیابی به ضریب روایی، ضریب پایایی، هماهنگی درونی و نقاط برش ابزار به‌کار گرفته شده (BAI و BDI، HADS) یاری رساند.

روش بررسی

این مطالعه به صورت مقطعی بود و در سال ۱۳۸۶ انجام شد. ۲۶۱ بیمار افسرده و مضطرب مراجعه‌کننده به بخش سرپایی بیمارستان روزبه و همچنین به‌طور موازی ۲۶۱ نفر از جمعیت عمومی (سالم) که از نظر جنسیت هم‌تاسازی شده بودند، در مطالعه شرکت داشتند. در هر گروه (۴۷/۱٪) ۱۲۳ مرد و (۵۲/۹٪) ۱۳۸ زن قرار داشتند. برای تسلط آزمون‌گران در چگونگی اجرای آزمون‌ها یک دوره آموزشی برگزار شد. نحوه ارتباط با آزمودنی، ترغیب به همکاری، صداقت در پاسخ‌گویی، نکات اخلاقی و غیره از مواردی بود که در کلاس

امتیازبندی سؤالات به شکل اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد از صفر تا ۶۳ می‌تواند در نوسان باشد. پرسش‌نامه‌ها قبلاً توسط محقق ترجمه شد و در اختیار پنج روان‌شناس (به‌عنوان داور) قرار گرفت تا درباره اعتبار صوری و محتوایی نظر دهند. هر داور ضمن مرور جزء به جزء پرسش‌نامه مورد نظر براساس یک مقیاس پنج‌نقطه‌ای، میزان تناسب هر جزء را درجه‌بندی کردند. اگر میزان تناسب کمتر از چهار بود نظر متخصص برای بالا بردن میزان تناسب گرفته می‌شد. ارزیابی فرم اصلاح شده حاکی از تناسب بالاتر از نقطه چهار برای همه اجزاء بود. تست آماری SPSS ویراست ۱۴ برای آنالیز آماری به‌کار رفت. آزمون‌های آماری آلفای کرونباخ، همبستگی Pearson و t-test مورد استفاده قرار گرفت که توضیح آن در متن نتایج آمده است.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌نگاشتی: وضعیت تاهل در دو گروه در جدول ۱ نشان داد شده است. بر اساس اطلاعات ارایه شده در این جدول، مجردان گروه بیمار بیش از افراد متاهل در این گروه است؛ وضعیتی که در گروه سالم متفاوت است. همچنین در جدول ۱ وضعیت تحصیلی دو گروه بیمار و سالم ترسیم شده است. بر اساس یافته‌های این جدول، وضعیت دو گروه به لحاظ تحصیلی تقریباً شبیه است.

روایی Validity مقیاس‌ها: مبتنی بر طراحی اولیه تحقیق، همبستگی نمرات بیماران در مقیاس‌های مختلف در این پژوهش و ارزیابی کمی به‌دست آمده از مصاحبه بالینی محاسبه شد و به‌عنوان شاخصی برای روایی مقیاس‌ها در نظر گرفته شد. خلاصه ضرایب همبستگی در جدول ۲ آمده است. برای به‌دست آوردن معیار بیرونی، و پایه‌ای برای مقایسه‌ها، نخست ضرایب همبستگی ارزیابی کمی بالینی BDI ($r=0/70, p<0/001$) و BAI ($r=0/72, p<0/001$) محاسبه شد.

جدول-۱: فراوانی (%) متاهلان، مجردان و سطح تحصیلی در دو گروه بیمار و سالم

| آزمودنی‌ها | بیمار | سالم |
|------------|-------------|-------------|
| مجرد | ۱۵۲ (%۵۲/۲) | ۳۶ (%۱۳/۸) |
| متاهل | ۱۰۹ (%۴۱/۸) | ۲۲۵ (%۸۶/۲) |
| مجموع | ۲۶۱ (%۱۰۰) | ۲۶۱ (%۱۰۰) |
| تا دیپلم | ۱۷۱ (%۶۵/۵) | ۱۸۰ (%۶۹/۱) |
| دانشگاهی | ۹۰ (%۳۴/۵) | ۸۱ (%۳۰/۹) |
| مجموع | ۲۶۱ (%۱۰۰) | ۲۶۱ (%۱۰۰) |

عمومی و برای برآورد شدت اختلال هیجان است. Sigmond و Snaith پیشنهاد می‌کنند که این مقیاس نیز ممکن است برای گروه‌های دیگر معتبر باشد، ولی باید از طریق یک مصاحبه کوتاه تکمیل شود. هر جزء آزمون بر روی یک مقیاس صفر تا سه (۰-۳) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، نمرات زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسش‌نامه HADS در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیرمقیاس، نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، هشت تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود. پرسش‌نامه افسردگی بک BDI^۱:BDI، یک پرسش‌نامه ۲۱ قسمتی است که نشانه‌های تعریف‌شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار دهد. این ابزار، خلق و رفتار بیمار را در طی دو هفته قبل اندازه‌گیری می‌کند و می‌تواند به‌عنوان وسیله غربال‌کننده یا ارزیابی پاسخ به فرایند درمان به‌کار گرفته شود. با توجه به کوتاه بودن، تسهیل در امر اجرا و خواص روان‌سنجی باثبات آن، پرسش‌نامه BDI یکی از رایج‌ترین ابزارهای خودگزارشی برای افسردگی مطرح است. پرسش‌نامه BDI از مشاهدات بالینی درباره نشانه‌ها و نگرش‌های مشاهده شده مکرر از طریق بیماران روان‌پزشکی افسرده و تا حدی از بیماران روان‌پزشکی غیرافسرده آمده است. آیت‌ها در این پرسش‌نامه، برای ارزیابی شدت افسردگی انتخاب شده‌اند و برای نشان دادن یک نظریه خاص افسردگی در نظر گرفته نشده‌اند. این مقیاس اندازه‌گیری افسردگی به بساطی از زبان‌های جهان ترجمه و اعتباریابی شده است.^۷ آیت‌های BDI شامل چهار گزینه است و بر روی یک مقیاس صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. بدین ترتیب مجموع امتیازها می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر کند که نمرات بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی را نشان می‌دهد. تقسیم‌بندی ارائه شده توسط بک و ستیر برای شدت افسردگی در این مقیاس به این قرار است:^۸ بدون علامت (۰-۹)؛ افسردگی خفیف (۱۰-۱۸)؛ افسردگی متوسط (۱۹-۲۹)؛ و افسردگی شدید (۳۰-۶۳).^۳ پرسش‌نامه اضطراب بک BAI:^۹ این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گزینه است که علائم شایع اضطراب (شامل نشانه‌های جسمی، عاطفی و شناختی) را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها جهت پاسخ‌گویی، میزان رنجش خود در هفته گذشته را در ستون مقابل آن ضربدر می‌زنند. شیوه

جدول-۳: نقاط برش مقیاس‌های BDI و BAI و زیرمقیاس‌های HADS بر اساس صدک‌ها و معادل طبقه‌بندی میزان شدت در جمعیت بیمار

| شدت | HAD-a | HAD-d | BAI | BDI | صدک |
|-----------|-------|-------|-----|-----|-----|
| غیربالینی | ۶ | ۶ | ۱۱ | ۱۵ | ۲۰ |
| خفیف | ۹ | ۸ | ۱۸ | ۲۲ | ۴۰ |
| متوسط | ۱۳ | ۱۰ | ۲۶ | ۲۸ | ۶۰ |
| شدید | ۱۶ | ۱۳ | ۳۶ | ۳۸ | ۸۰ |

آیتم‌های هفت‌گانه زیر مقیاس اضطراب در HADS وجود هماهنگی درونی خوب برای این زیر مقیاس را تایید می‌کند ($\text{Alpha}=0/85$).

تعیین نقاط برش: جدول ۳ نشان‌دهنده نقاط برش بر اساس صدک‌های ۲۰، ۴۰، ۶۰ و ۸۰ برای دو مقیاس BDI و BAI و دو زیرمقیاس HADS است. برای به‌دست آوردن نقاط برش بالینی صدک ۲۰ به‌عنوان معیار در نظر گرفته شد. این حد برای BDI نمره ۱۵، برای BAI نمره ۱۱، برای زیرمقیاس افسردگی HADS نمره شش و برای اضطراب HADS نیز نمره شش به دست آمد.

بحث

هدف اصلی این پژوهش ارائه شاخص‌های هنجاری و اعتباریابی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی (HADS)، در افراد افسرده و مضطرب ایرانی بود. روش‌شناسی به گونه‌ای طراحی شده بود تا بتوان روایی و پایایی این آزمون‌ها را در جمعیت ایرانی سنجید. در این مطالعه ارزیابی کمی بالینی در زمینه میزان افسردگی و اضطراب به ما کمک کرد تا با سنجش روایی پرسش‌نامه‌های BDI و BAI، آنها را به‌عنوان معیار بیرونی به‌طور موازی به‌کار گیریم و زمینه را برای روایی‌سنجی زیرمقیاس‌های HADS آماده سازیم. یافته‌های دموگرافیک نشان می‌دهد که دو گروه بیمار و سالم به‌لحاظ جنس یکسان و از نظر وضعیت تاهل و تحصیل مشابه هستند. به نظر می‌رسد در این حالت مقایسه دو گروه به نتایج واقعی‌تری بیانجامد. نمونه سالم در این تحقیق به ما کمک کرد تا از روایی تمایزی آزمون‌ها اطمینان یابیم. یافته‌ها نشان داد که دو پرسش‌نامه BDI و BAI دارای روایی خوبی است. این نتیجه زمینه را برای ایفای نقش این دو آزمون به‌عنوان معیار بیرونی (External criterion) در پژوهش حاضر آماده می‌سازد. بنابراین در کنار ارزیابی‌های بالینی (که یک ارزیابی ذهنی Subjective است)، ما این امکان را یافتیم تا از نمرات حاصل از این دو آزمون

جدول-۲: ضرایب همبستگی بین نمرات مقیاس‌های سنجش افسردگی و اضطراب با ارزیابی کمی بالینی

| | BAI | BDI | HAD-a | HAD-d |
|-------------|--------|-------|--------|-------|
| ارزیابی کمی | ۰/۷۲** | ۰/۷۰* | ۰/۵۳** | ۰/۵۹* |
| HAD-d | | ۰/۷۷* | | ۱ |
| BDI | | ۱ | | |
| HAD-a | | | ۱ | |
| BAI | ۱ | | | |

* HAD-d = HADS-depression, * BDI = Beck Depression Inventory, * $p < 0.001$
** HAD-a = HADS-anxiety, ** BAI = Beck Anxiety Inventory, ** $p < 0.001$

آزمون همبستگی Pearson

(HAD-d) و ارزیابی کمی بالینی برابر $0/59$ ($p > 0/01$) است. ضمناً همبستگی این زیرمقیاس و BDI معنی‌دار ($p > 0/01$) و برابر $0/77$ است. همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین زیرمقیاس اضطراب (HAD-a) و ارزیابی کمی بالینی برابر $0/53$ ($p > 0/01$) است. ضمناً همبستگی این زیرمقیاس و BAI معنی‌دار ($p > 0/01$) و برابر $0/76$ است. نتایج t-test بین میانگین‌های دو گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد که هر دو زیرمقیاس افسردگی و اضطراب قادر به تمایز بین دو گروه بیمار و سالم هستند:

($p < 0/01$, HAD-a: $t_{260} = 21/32$; $p < 0/01$, HAD-d: $t_{260} = 23/41$).

پایایی Reliability مقیاس‌ها: مطابق با طرح پژوهش، ده در صد نمونه بالینی بازآزمون ($n=27$) شدند و همبستگی نمرات آزمون و باز آزمون به‌عنوان شاخص پایایی در نظر گرفته شد. نمرات BDI در دو مرحله آزمون و بازآزمون دارای همبستگی خوبی ($r=0/77$, $p < 0/01$) است که خود نشان‌دهنده پایایی بالای آن است. پایایی آزمون-بازآزمون BAI هم بالا به دست آمد ($r=0/81$, $p < 0/01$). محاسبه ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از مراحل آزمون و بازآزمون نشان می‌دهد که هر دو زیرمقیاس دارای ضریب پایایی قابل قبولی هستند:

($p < 0/01$, HAD-a: $r=0/75$; $p < 0/01$, HAD-d: $r=0/71$).

هماهنگی درونی Internal consistency مقیاس‌ها: محاسبه آلفای کرونباخ برای آیتم‌های ۲۱ گانه BDI گویای هماهنگی درونی این ابزار سنجش است ($\text{Alpha}=0/91$). بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ، همبستگی بین آیتم‌های ۲۱ گانه BAI در حد بسیار خوبی است ($\text{Alpha}=0/92$). محاسبه آلفای کرونباخ برای آیتم‌های هفت‌گانه زیرمقیاس افسردگی در HADS گویای هماهنگی درونی این زیرمقیاس سنجش است ($\text{Alpha}=0/70$). محاسبه آلفای کرونباخ برای

حاصل از آزمون‌ها و ارزیابی‌های موازی (ارزیابی‌های کمی و آزمون‌های BDI و BAI) به دست آمد. همچنین روایی تمایزی که از بررسی تفاوت میانگین‌ها در دو گروه بیمار و سالم حاصل شد، توانایی آزمون‌ها در جداسازی افراد بیمار از سالم را نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که تمامی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌های به کار گرفته شده در این تحقیق دارای روایی مناسبی است. وقتی در محاسبه‌ها ارزیابی کمی بالینی به کار گرفته شد ضرایب روایی متوسط، و هنگامی که ارزیابی عینی (با به کارگیری نمرات BDI یا BAI) ضرایب روایی خوب و عالی به دست آمد. بی‌شک با توجه به دقتی تر بودن مقیاس‌های عینی، این تفاوت توجیه‌پذیر است. پایایی به دست آمده در این تحقیق از نوع پایایی آزمون-بازآزمون بود که در یک نمونه ده درصدی تصادفی انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که تمامی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها دارای پایایی خوب و عالی است. هماهنگی درونی تمامی مقیاس‌ها و زیرمقیاس‌ها در این مطالعه بسیار بالا بود. این بدان معنی است که آیتم‌های هر آزمون یا زیرمقیاس با یکدیگر و نیز با کل آیتم‌ها دارای همبستگی است. باید توجه داشت چنانچه حجم نمونه اجازه می‌داد بررسی تحلیل عاملی می‌توانست عامل‌های مستقل در هر آزمون و نیز آیتم‌های مرتبط را نشان دهد. مطالعات آینده می‌توانند این نکته در کار خود در نظر گیرند. نمرات به دست آمده برای نقاط برش بر اساس صدک‌های ۲۰، ۴۰، ۶۰ و ۸۰ برای دو آزمون BDI و BAI نشان می‌دهد که این نقاط بیشتر از نقطه‌ای است که برای کشورهای غربی رایج شده است. این یافته می‌تواند از عوارض ناشی از بیشتر بودن افسردگی در جامعه ایران باشد. این موضوع در دو مطالعه قبلی در این نشان داده شده است.^{۱۳، ۱۴} برای مثال نقطه برش بالینی که از طرف بک ارایه می‌شود نمره ۹ است در صورتی که نقطه برش به دست آمده در این پژوهش برابر ۱۵ است. بنابراین بر اساس آنچه ما به دست آوردیم در پژوهش‌های آتی نمره ۱۵ را به عنوان معیاری برای جداسازی افراد افسرده از غیر افسرده می‌توان پیشنهاد داد. به این ترتیب بر اساس یافته‌های مربوط به BAI نمره ۱۱ را پیشنهاد می‌دهیم. به هر حال محتویات جدول نقاط برش می‌تواند مبنایی برای طبقه‌بندی بیماران بر اساس شدت افسردگی و اضطراب در ایران باشد. زیگموند و اسنیت برای هر دو زیرمقیاس، نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، هشت تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید را در نظر می‌گیرند.^۱ در مطالعه

به عنوان ارزیابی عینی Objective سود ببریم. البته در مورد BAI یک مطالعه قبلی نیز روایی خوب این آزمون را در جامعه ایرانی تایید کرده است.^{۱۱} این دو ابزار سنجش بالینی در فرهنگ‌های گوناگون اعتباریابی شده و به کار رفته‌اند. فراوانی کاربرد این دو پرسش‌نامه، آنها را به دو ابزار فراگیر و جهانی تبدیل کرده است. در ایران شماری از مطالعات پراکنده عمدتاً در جمعیت‌های غیربالینی آن هم در حد سنجش پایایی و هماهنگی درونی، انجام شده است. این مطالعه به ارزیابی روایی، پایایی، هماهنگی درونی و نقاط برش BDI و BAI در جمعیت بالینی (افسرده و مضطرب) پرداخته است. متأسفانه مطالعات ایرانی برای اعتباریابی آزمون‌های روان‌شناختی تنها به ارزیابی پایایی و هماهنگی درونی آزمون‌ها بسنده می‌کنند، در حالی که عنصر مهم در این زمینه، یعنی سنجش روایی، مورد غفلت واقع می‌شود. مطالعه حاضر تلاش کرده است با به کارگیری روش‌شناسی مناسب این ضعف را بر طرف کند. در این مطالعه ما نسخه دوم BDI را به کار نگرفتیم. نسخه اول این ابزار سنجش توسط بک معرفی شد و به سرعت کاربرد وسیعی در مجموعه‌های مختلف بالینی و غیربالینی پیدا کرد.^۸ در سال ۱۹۹۶ بک دومین نسخه این ابزار یعنی BDI-II را منتشر نمودند که برخی از آیتم‌های آن برای نزدیک شدن به معیار افسردگی عمده بر اساس DSM-IV مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت.^{۱۱} این نسخه در یک مطالعه قبلی در جمعیت غیربالینی ایرانی اعتباریابی شده است.^{۱۲} یکی از ویژگی‌های BDI-II وجود نام علائم مورد ارزیابی در آغاز پرسش‌ها است. با توجه به تجربه بالینی-فرهنگی در جامعه ایران، این انتقاد می‌تواند مطرح باشد که وجود نام علائم ممکن است پاسخگوی ایرانی را به موضوع تدافعی بکشاند و در پاسخگویی به طور واقعی عمل نکند. هر چند تجربه بالینی و حس مشترک می‌تواند این نکته را پشتیبانی کنند، اما باید توجه داشت که این تنها یک فرض است که درستی آن را تنها از طریق آزمایش و پژوهش می‌توان سنجید. ما بر آنیم که با طراحی و اجرای یک تحقیق این دو نسخه را به طور موازی به کار ببریم و فرض‌های برآمده از انتقادات این چنینی را در جمعیت ایران بیازماییم. چند نوع روایی در این تحقیق بررسی شد. نخست روایی صوری و محتوا بود که از نظر پنج متخصص روان‌شناس و روان‌پزشک درباره آیتم‌های ترجمه شده و میزان تناسب هر آیتم با موضوع مورد سنجش، به دست آمد. دوم روایی همزمان بود که از طریق محاسبه ضریب همبستگی نمرات

آمده از نقاط برش پیشنهادی می‌تواند راه‌گشا باشد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که بین علائم اضطراب و افسردگی یک هم‌پوشی قابل توجه وجود دارد و در واقع هم‌آیندی مرضی Comorbidity این دو واحد تشخیصی، بالا است و در جوامع مختلف از ۳۰٪ تا ۶۵٪ متغیر است.^{۱۵} در جامعه ایران این میزان قریب به ۶۰٪ گزارش شده است.^{۱۶} بنابراین، در اختیار داشتن ابزارهای سنجش موازی برای ارزیابی همزمان افسردگی و اضطراب به‌لحاظ بالینی و پژوهشی اهمیت دارد. یافته‌های پژوهش حاضر دارای اهمیت کاربردی است و یک نیاز بالینی / تحقیقی را برآورده می‌سازد. این نیاز فراتر از حیطه روان-پزشکی بوده و حیطه‌های دیگر پزشکی را نیز در بر می‌گیرد.^{۱۷،۱۸}

References

- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
- Kuijpers PM, Denollet J, Lousberg R, Wellens HJ, Crijns H, Honig A. Validity of the hospital anxiety and depression scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics* 2003; 44: 329-35.
- Härter M, Reuter K, Gross-Hardt K, Bengel J. Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation--validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. *Disabil Rehabil* 2001; 23: 737-44.
- López-Alvarenga JC, Vázquez-Velázquez V, Arcila-Martinez D, Sierra-Ovando AE, González-Barranco J, Salín-Pascual RJ. Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. *Rev Invest Clin* 2002; 54: 403-9.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-83.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 14.
- Lam RW, Michalak EE, Swinson RP, editors. *Assessment Scales in Depression, Mania and Anxiety*. UK: Info Ltd. 2007
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1998; 8: 77-100.
- Beck AT, Steer RA, editors. *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
- کاویانی حسین و همکاران (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه BAI در جمعیت ایرانی. مجله دانشکده پزشکی، زیر چاپ.
- Beck, A.T.; Steer, R.A.; Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio TX: psychological corporation.
- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory: Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety* 2005; 21: 185-92.
- کاویانی حسین، سید علی احمدی ابهری، محمد دهقان، محمد علی منصورنیا، مازیار خرمشاهی، قدیرزاده محمد رضا و همکاران. شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران. فصل‌نامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۱؛ سال ۸ شماره ۳. صفحات ۴ تا ۱۱.
- کاویانی حسین، احمدی ابهری سید علی، نظری هدایت‌الله، هرمزی کوروش. شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران در سال ۱۳۷۹. مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۱؛ سال ۶۰ شماره ۵: صفحات ۳۹۳ تا ۳۹۹.
- Nutt DJ, editor. *Depression, Anxiety and the Mixed Conditions*. New York: Wiley; 1997.
- کاویانی حسین، قاسم‌زاده حسن. بررسی هم‌آیندی مرضی و هم‌پوشی علائم اختلال افسردگی و اضطراب در جامعه ایرانی. مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۲؛ سال ۶۱ شماره ۳. صفحات ۱۷۱ تا ۱۷۷.
- Ulvik B, Bjelland I, Hanestad BR, Omenaas E, Wentzel-Larsen T, Nygard O. Comparison of the Short Form 36 and the Hospital Anxiety and Depression Scale measuring emotional distress in patients admitted for elective coronary angiography. *Heart Lung* 2008; 37: 286-95.
- Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Schönberger M. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale to assess depression and anxiety following traumatic brain injury as compared with the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *J Affect Disord* 2009; 114: 94-102.

Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders

Received: August 23, 2008 Accepted: December 28, 2008

Abstract

Kaviani H.*

Seyfourian H.

Sharifi V.

Ebrahimkhani N.

Department of Psychiatry & Clinical
Psychology

Rouzbeh Hospital, Tehran
University of Medical Sciences

Background: Iranian researchers and scientists in the fields of psychiatry and psychology undoubtedly need to spend more time and make considerable efforts to prepare and validate Persian versions of measurements. The present study was designed to validate HADS in Iranian clinically anxious and depressed patients compared to normal population.

Methods: 261 anxious and depressed patients referred to the inpatient clinic of Rouzbeh Psychiatric Hospital, Tehran, and 261 healthy volunteers (matched for their sex) were tested using HADS, and two additional clinical tools, ie., BDI & BAI. Then the patients were interviewed by a psychiatrist or a psychologist (using DSM IV checklist) and rated for their anxiety and depression severity levels based on a 10-point scale from 1 to 10. BDI and BAI were regarded as objective device providing other external criteria to examine validity further. Moreover, to assess reliability 10% of the patients (n= 27) were randomly selected and re-tested after three days.

Results: Findings showed that all measures and their subscales proved to be valid and reliable with good internal consistencies in Iranian depressed and anxious patients. This study provides clinicians and researchers with Iranian cut-off points for HADS, BDI and BAI, to be used in their settings, to categorize the patients with different levels of psychopathology.

Conclusion: The results support the use of all the measures and subscales examined in this study in clinical and research settings. The cut-off points obtained in this study are somehow different from those presented by original authors which will be discussed from cultural point of view in this report.

Keywords: Validity, reliability, anxiety, depression, HADS.

* Corresponding author: Rouzbeh
Hospital, South Kargar, Tehran, IRAN
Tel: +98-21-55419151-4
email: h.kaviani@usa.com