

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با
ویراست پنجم نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی

**Psychometric Properties of the Persian Version of the Posttraumatic
Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)**

Homeira Varmaghani

Ali Fathi-Ashtiani

Hamid Poursharifi

حمیرا ورمقانی *

علی فتحی آشتیانی **

حمید پورشریفی ***

چکیده

اختلال استرس پس از ضربه یکی از اختلال‌های شایع، مزمن و ناتوان کننده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5) انجام گرفته است. روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده، نمونه اولیه شامل ۲۰۱ نفر، و نمونه نهایی با لحاظ کردن پرسشنامه‌های معتبر شامل ۱۵۷ نفر از شهروندان تهرانی بود که استرس خارج از تحملی را تجربه کرده و در فاصله زمانی اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۶ به پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (MCCP) پاسخ دادند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که PCL-5 در فرهنگ ایرانی ساختار پنج عاملی دارد. همسانی درونی مقیاس بالا و میزان آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۲ است. همبستگی معنادار بین نمرات این مقیاس با نمرات MCCP بیانگر روایی همگرایی مطلوب (۰/۷۴) و با نمرات تاب‌آوری نشان‌دهنده روایی واگرایی مطلوب (۰/۴۶) است. PCL-5 به‌عنوان ابزار کاملاً منطبق با DSM-5 می‌تواند به متخصصان در زمینه ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه کمک فراوانی نماید.

واژه‌های کلیدی: استرس، اختلال استرس پس از ضربه، فهرست اختلال پس از ضربه

Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the most common, chronic and debilitating disorders. The present research was conducted to determine the psychometric properties of the Persian version of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). The research method is descriptive and correlational. Sampling method is convenience. Sample size in the first step consists of 201 people and the final step includes validated questionnaires including 157 Tehran citizens who have experienced excessive stress and from April to September 2017 responded to the Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the PTSD scale of MCCP (MCCP). The results of exploratory factor analysis showed that PCL-5 has a five-factor structure in Iranian culture. The internal consistency of the scale is high and the Cronbach's alpha is equal to 0.92. Significant correlation between the scores of this scale and the MCCP scores indicates the desired convergent validity (0.74) and with the CD-RISC scores represent a desirable divergent validity (0.46). PCL-5 as a tool according to DSM-5 can help specialists in the assessment of PTSD.

Keywords: stress, Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder Checklist

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ،

تهران، ایران

** نویسنده مسئول: استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم

پزشکی بقیه‌الله (عج) و گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و

فرهنگ، تهران، ایران

*** دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و

توانبخشی، تهران، ایران

دریافت: ۹۷/۰۳/۰۸ پذیرش: ۹۷/۰۹/۲۷

email: Afa1337@gmail.com

Received: 29 Aug 2018 Accepted: 18 Dec 2018

مقدمه

استرس بخش جدایی‌ناپذیر زندگی است و افراد همواره به‌طور طبیعی در مواجهه با خطرات و حوادث دچار استرس می‌شوند (زوسیلر، ۲۰۱۲). این حوادث موجب استرس و نگرانی در افراد می‌شود. گاهی افراد با استرس‌هایی مواجه می‌شوند که خارج از تحمل آنها است که به آن ضربه روانی، روان زخم یا تروما گفته می‌شود (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، DSM-5)^۱: افراد واکنش‌های متفاوتی به تروما نشان می‌دهند که گاهی ممکن است بیمارگونه باشد و اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) از جمله آنها است. این اختلال روان‌پزشکی بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است، و یکی از ویژگی‌های شایع آن استرس و نگرانی در افراد است. بر اساس DSM-5، اختلال استرس پس از سانحه در مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس قرار گرفته است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: مزاحمت‌ها، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق، و تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (DSM-5). نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه در DSM-IV-TR در سه دسته قرار داشت، تجسم مجدد سانحه از طریق فکر و یادآوری، اجتناب از شرایطی که سانحه را یادآوری می‌کند و تحریک بیش از اندازه که با علایمی چون مشکلات خواب و تمرکز، تحریک‌پذیری و هوشیاری بیش از حد مشخص می‌شود. اختلال استرس پس از ضربه می‌تواند بر اثر قرار گرفتن در معرض یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا ایجاد شود و در بعضی موارد، نشانگان می‌تواند به‌خوبی بر اثر اضطراب تفسیر شود (DSM-5). با این‌حال، بسیاری از افراد که در معرض یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا قرار گرفته‌اند، به‌جای اضطراب و یا نشانه‌های مبتنی بر ترس، برجسته‌ترین مشخصات بالینی چون عدم لذت و نشانگان ملال، بروز عصبانیت و پرخاشگری و یا نشانگان تجزیه‌ای را نشان می‌دهند (DSM-5). به‌عبارت دیگر، اختلال استرس پس از ضربه سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرراً زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری کردن آن اجتناب نماید (کانگ و همکاران، ۲۰۱۴). علائم باید بیش از یک ماه ادامه یابد و در زمینه‌های مهم زندگی نظیر خانواده و شغل تداخل نماید (DSM-5). همان‌طور که اشاره شد DSM-5 یک مدل چهار عاملی از PTSD ارائه می‌کند که بر شواهد پژوهشی گسترده‌ای استوار است. همچنین PTSD می‌تواند به‌جای مدل چهار عاملی حتی به‌صورت مدل شش عاملی هم مطرح شود که در پژوهش‌های انجام گرفته لیو و همکاران (۲۰۱۴) مطرح می‌کنند که PTSD می‌تواند به‌صورت ۶ عامل، تکرار افکار مزاحم، اجتناب، عاطفه منفی، بی‌لذتی، برانگیختگی با خلق پایین، برانگیختگی اضطرابی مطرح شود. همچنین آرنولد و همکاران (آرمور و همکاران، ۲۰۱۵) مدلی را مطرح نمودند که شامل هفت عامل مشتمل بر تکرار افکار مزاحم، اجتناب، عاطفه منفی، بی‌لذتی،

^۱ Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Fifth edition (DSM-5)

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ...

برانگیختگی با خلق پایین، برانگیختگی اضطرابی و رفتار برون‌ریزانه بود. افرادی که دچار PTSD می‌شوند، تغییراتی را در زندگی تجربه می‌کنند که می‌تواند در زمینه خانوادگی (کانگ و همکاران، ۲۰۱۴)، شغلی (ویتبرن و هالچین، ۲۰۱۳)، تاب‌آوری (مک‌درمید، ۲۰۱۰)، اجتماعی (خرامین و همکاران، ۱۳۹۱)، سلامت جسمانی (سلامن و همکاران، ۲۰۱۴) احساس خودارزشی کمتر (ویتبرن و هالچین، ۲۰۱۳)، کاهش امید (کائو، ۲۰۱۱)، مشکلات خواب (هاسلاما و مالانب، ۲۰۰۳) و حتی احتمال خودکشی (سلامن و همکاران، ۲۰۱۴) باشد. اهمیت و گستره این اختلال و تبعات حاصل از آن ایجاب نمود برای کمک به متخصصان رشته روان‌شناسی ابزاری ساخته شود. بدین‌منظور در جهان ابزارهایی مخصوص PTSD ساخته شد که مقیاس اثر پس از رخداد^۱ (IES)، مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی^۲ (MCCP) و فهرست مقیاس علائم پس از ضربه^۳ (PTSS) از آن جمله است. متأسفانه در ایران فراوانی ابزار برای ارزیابی PTSD وجود ندارد و ویژگی‌های روان‌سنجی تعداد معدودی از ابزارهای موجود در جهان مورد بررسی قرار گرفته است که از این میان MCCP (گودرزی، ۱۳۸۲)، IES (صابری، مروجی و حیدری، ۱۳۸۷)، از جمله آن‌ها است.

اتفاق نظر بر این است در جهان با وجود این ابزارها باز هم وجود ابزاری که بتواند به متخصصان در سنجش ویژگی‌های PTSD که کاملاً منطبق با ملاک‌های تشخیصی DSM باشد، به شدت احساس می‌شود. به‌منظور پوشش شکاف‌های موجود در ابزارهای ارزیابی PTSD متخصصان به ساخت ابزاری به نام PCL^۴ پرداختند که تمامی گویه‌های آن منطبق با ملاک‌های تشخیصی در DSM می‌باشد. PCL-5 یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۰ آیتمی است که دقیقاً منطبق با ملاک‌های تشخیصی برای PTSD در DSM-5 است (ودرز و همکاران، ۲۰۱۳). این ابزار شامل چهار خرده‌مقیاس است (ودرز و همکاران، ۱۹۹۳) که دقیقاً مطابق با چهار نشانه اختلال در DSM-5 می‌باشد. پاسخ‌دهنده‌ها می‌توانند پاسخ‌های خود را به هر آیتم بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای (از صفر به مفهوم اصلاً تا ۴ به معنی به‌شدت) درجه‌بندی نمایند. نمرات PCL-5 از صفر تا ۸۰ در نوسان است. PCL-5 ویژگی‌های مشابهی با نسخه‌های قبلی خود دارد و یافته‌های پژوهشی نقاط برشی را برای آن مشخص نموده است که اصلی‌ترین آن، نقطه برش ۲۸ تا ۳۵ است. اولین نسخه PCL توسط بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس DSM-III-R ساخته شد و برای این فهرست، نمره برش ۴۴ و حساسیت و ویژگی آن را به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است. سپس در قالب نسخه جدید آن که شامل ۱۷ آیتم و کاملاً منطبق با DSM-IV، تجدیدنظر شد. نسخه‌های قبلی PCL به زبان‌های متعددی ترجمه شده، اما نسخه PCL-5 به زبان‌های اندکی از جمله انگلیسی، فرانسوی و ترکی ترجمه شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آنها مورد بررسی قرار گرفته است (اشباح و همکاران، ۲۰۱۶ و بویزان و همکاران، ۲۰۱۷)

^۱. Impact of Scale

^۲. Mississippi PTSD Scale

^۳. Post trauma Symptoms Scale

^۴. Posttraumatic Stress Disorder Checklist

برای نمونه نسخه انگلیسی PCL-5 که بر روی دانشجویان دانشگاه صورت گرفته از ثبات درونی ۰/۹۵ برخوردار است. همبستگی میان PCL-5 و IES ۰/۸۹ با معناداری ۰/۰۰۱ گزارش شده است که نشان دهنده روایی همگرا بالا این ابزار است. این نتایج قابل مقایسه با یافته‌های روان‌سنجی نسخه‌های قبلی این ابزار بود. همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های PCL-5 و IES برای مزاحمت ۰/۷۶، اجتناب ۰/۶۸ و برانگیختگی ۰/۸۱ به‌دست آمد که همگی معنادار بودند. همچنین در نسخه فرانسوی این ابزار آلفای کراباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (اشباخ و همکاران، ۲۰۱۶). در نسخه ترکی این ابزار اعتبار بالایی برای تجربه مجدد (۰/۹۲-۰/۱۰)، اجتناب (۰/۹۱-۰/۷۳)، تغییرات منفی (۰/۹۰-۰/۸۵) و بیش برانگیختگی (۰/۸۸-۰/۱۰) گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی این آیتم‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۶۴، ۰/۷۸ و ۰/۷۶ می‌باشد (بویزان و همکاران، ۲۰۱۷). نقطه برش ۴۷ برای تشخیص PTSD گزارش شده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش‌ها همسو با یافته‌های روان‌سنجی نسخه‌های قبلی این ابزار است (ودرز و همکاران، ۱۹۹۳؛ بلانچارد، ۱۹۹۶ و کانیر و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به انطباق ابزار PCL-5 با DSM-5 به‌عنوان اصلی‌ترین مرجع تشخیصی روان‌شناسان و روان‌پزشکان و نیز ویژگی‌های روان‌سنجی در خور توجه آن در نسخه اصلی، پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه شهروندان تهرانی بود که استرس خارج از تحملی را تجربه کرده و در فاصله زمانی از اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۶ از طریق اطلاعیه‌های مرتبط در جریان پژوهش قرار گرفته بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. به این صورت که ابتدا طی اطلاعیه‌ای از کلیه افرادی که استرس خارج از تحملی را تجربه کرده‌اند، یعنی با رویداد یا شرایطی مواجه شده بودند که روحیه و خلق‌شان را پایین آورده، آنها را بی‌قرار کرده بود و آثار آن نظیر یادآوری مکرر رویداد، عملکردشان را مختل کرده بود، دعوت شد در پژوهش حاضر شرکت نمایند. از افراد خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در پژوهش پیامی به ایمیل موجود در اطلاعیه ارسال نمایند. سپس طی تماس با تمامی افرادی که اعلام مشارکت کرده بودند، از آنها برای حضور در جلسه ارزیابی دعوت به‌عمل آمد. تعداد ۶۲ نفر از شرکت‌کنندگان به‌صورت حضوری در جلسه ارزیابی و تعداد ۱۳۹ نفر از آنها از طریق ایمیل به سئوالات پاسخ دادند. در نهایت نتایج حاصل از هر سه پرسشنامه طی توضیحی به آن‌ها ارسال شد. در مجموع حجم نمونه همسو با پژوهش‌های مشابه (به عنوان مثال، ویسکرمی، قدم پور و متقی نیا، ۱۳۹۶) نمونه‌ای که به پرسشنامه پاسخ داده بودند ۲۰۱ نفر را شامل شد، ولی با حذف پرسشنامه‌های مخدوش و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج نهایتاً ۱۵۷ پرسشنامه حاصل شد. ملاک‌های ورود و خروج پژوهش عبارتند از: داشتن سن ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن تجربه رویداد یا شرایط استرس‌آور غیرقابل تحمل که روحیه و خلق‌شان را پایین آورده، آنها را بی‌قرار کرده بود و آثار آن نظیر یادآوری

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ...

مکرر رویداد عملکردشان را مختل کرده بود و تجربه استرس‌آور از ۶ ماه قبل تا بیش از ۲۰ سال قبل رخ داده باشد.

ابزار

فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5): ابزار خودگزارش‌دهی ۲۰ آیتمی است که کاملاً منطبق با ملاک‌های تشخیصی PTSD بر اساس DSM-5 می‌باشد. این ابزار شامل مقیاس لیکرت پنج درجه-ای (امتیاز ۰ تا ۴) و نمرات آن در دامنه ۰ تا ۸۰ است. PCL-5 متشکل از چهار مقیاس، مزاحمت (معیار B)، اجتناب (معیار C)، تغییرات منفی خلقی (معیار D) و برانگیختگی بیش از حد (معیار E) است که بر روی خوشه‌های علائم PTSD در DSM-5 قرار گرفته است. آلفای کرانباخ نسخه انگلیسی این ابزار ۰/۹۵ و نسخه فرانسوی آن ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی همگرا نسخه انگلیسی این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای عامل‌های مزاحمت‌ها (B)، اجتناب (C)، تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)، برانگیختگی و بی‌قراری (E) و بی‌حسی عاطفی (F) به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس توسط کونور و دیدویسون (۲۰۰۳) ساخته شده که شامل ۲۵ آیتم است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. روایی این مقیاس به روش تحلیل عامل و روایی همگرا و واگرا بدست آمده است. مقیاس تاب‌آوری، میزان قدرت مقابله فرد با فشار و تهدید را می‌سنجد. اعتبار و روایی فرم فارسی مقیاس در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (شارت، ۱۳۸۶). ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۶ تاییدکننده اعتبار مقیاس بود. آلفای کرانباخ این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۹۴ به دست آمده است.

مقیاس اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌سی سی پی (MCCP): این مقیاس در دو نسخه ساخته شده است (کینی، ۱۹۸۸، ورون، گودانوفسکی و کینگ، ۱۹۹۵) و ۳۵ آیتم پنج گزینه‌ای دارد. ضریب همسانی این آزمون توسط کینی، کدل و تیلور (۱۹۸۸) ۰/۹۷، و آلفای کرانباخ توسط اینکلاس و همکاران (۲۰۰۰) ۰/۷۳ گزارش شده است. آلفای کرانباخ این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۲) ۰/۹۳ گزارش شده است. روایی همگرا این ابزار، با همبستگی ۰/۸۲ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر آلفای کرانباخ ۰/۹۱ است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی برای بررسی روایی همزمان از آزمون معناداری همبستگی پیرسون و نیز برای بررسی روایی از تحلیل عامل استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 انجام شد.

^۱Emotional Anaesthesia

یافته‌ها

از ۲۰۱ شرکت‌کننده، پرسشنامه‌های ۱۵۷ نفر معتبر و منطبق با ملاک‌های ورود و خروج تشخیص داده شد و مورد تحلیل قرار گرفت. از این تعداد، در متغیر جنسیت، ۱۲۶ نفر (۸۰/۳ درصد) زن و ۳۱ نفر (۱۹/۷ درصد) مرد؛ در متغیر سن، ۶۹ نفر (۴۳/۹ درصد) در دامنه سنی ۱۸-۳۰ سال، ۵۵ نفر (۳۵ درصد) در دامنه سنی ۳۱-۴۰ سال، ۲۸ نفر (۱۷/۸ درصد) در دامنه سنی ۴۱-۵۰ سال، ۵ نفر (۳/۲ درصد) در دامنه سنی ۵۱-۶۰ سال؛ در متغیر تحصیلات ۲۸ نفر (۱۷/۸ درصد) سیکل تا دیپلم، ۱۷ نفر (۱۰/۸ درصد) فوق دیپلم، ۶۱ نفر (۳۸/۹ درصد) لیسانس، ۵۱ نفر (۳۲/۵ درصد) فوق لیسانس و بالاتر، در متغیر تاهل، ۶۸ نفر (۴۴/۴ درصد) مجرد، ۸۹ نفر (۵۶/۷ درصد) متاهل بودند و از لحاظ زمان تجربه استرس، ۴۷ نفر (۲۹/۹ درصد) کمتر از شش ماه پیش، ۲۶ نفر (۱۶/۶ درصد) شش ماه تا یکسال پیش، ۵۴ نفر (۳۴/۴ درصد) یک تا پنج سال پیش، ۱۵ نفر (۹/۶ درصد) پنج تا ده سال پیش، ۱۰ نفر (۶/۴ درصد) ده تا بیست سال پیش، پنج نفر (۳/۲ درصد) بیش از بیست سال پیش استرس را تجربه کرده بودند. برای تحلیل عاملی، روش عامل‌یابی محور اصلی؛ مقادیر بارگذاری حداقل ۰/۳۰، محدودیت تعداد عوامل به پنج (جهت دستیابی به ساختار ساده) و مقادیر ویژه بزرگتر از یک در نظر گرفته شد. علت استفاده از روش عامل‌یابی محور اصلی این بود که در این روش با کنار گذاشتن واریانس خطا در اندازه‌گیری، برای ایجاد عوامل از واریانس مشترک آیتم‌ها استفاده کرده و موجود ایجاد عامل می‌گردند نه مولفه. همچنین به‌جای استفاده از چرخش واریماکس که یک چرخش متعامد بوده و موجب ایجاد عوامل مستقل از هم می‌شود، از شیوه چرخش متمایل، ابلیمین مستقیم، استفاده شد تا امکان ایجاد عوامل غیرمستقل فراهم شود. چراکه چنین ابزاری نمی‌تواند عواملی مستقل از هم داشته باشد. برای کفایت نمونه‌گیری KMO و بارتلت محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۹ و ۱۸۰۳/۵۵ به دست آمد که در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. نتایج تحلیل عاملی گویای وجود سه عامل مزاحمت (B)، اجتناب (C) و برانگیختگی و بی‌قراری (E) همسو با پیشینه بود و بخشی از آیتم‌های عامل تغییرات منفی در شناخت و خلق (D) در عامل جدیدی به نام بی‌حسی عاطفی (F) بار گرفت. بارهای عاملی در جدول ۱ و واریانس و مقادیر ویژه عوامل در جدول ۲ ارائه شده است. عوامل پنج‌گانه جمعا ۶۸/۷۷ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. عامل اجتناب مشابه با ابزار اصلی دو آیتم را در خود جای داده است به دلیل آن که تبیین واریانس این عامل در مقایسه با دیگر عوامل قابل توجه است، لذا می‌توان آن را به عنوان یک عامل در نظر گرفت. دیگر عوامل نیز بین چهار و پنج آیتم را دارا هستند.

¹. Principal Axis Factoring (PAF)

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ...

جدول ۱- نتایج تحلیل عامل PCL-5

آیتم‌ها	عامل‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
	مزاحمت‌ها (B)	اجتناب (C)	تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)	برانگیختگی و بی‌قراری (E)	بی‌حسی عاطفی (F)	
۱	۰/۷۸					
۴	۰/۷۵					
۲	۰/۶۸					
۳	۰/۶۸					
۵	۰/۵۵					
۷		۰/۸۴				
۶		۰/۵۷				
۹			۰/۷۵			
۱۰			۰/۷۳			
۱۱			۰/۷۰			
۸			۰/۴۲			
۱۷				۰/۶۸		
۱۸				۰/۵۸		
۱۶				۰/۳۹		
۲۰				۰/۳۴		
۱۳					۰/۷۹	
۱۲					۰/۷۱	
۱۴					۰/۶۴	
۱۵					۰/۴۵	
۱۹					۰/۴۵	

جدول ۲- واریانس‌ها و مقادیر ویژه عوامل PCL-5

عامل	مقدار ویژه	واریانس	واریانس تجمعی
عامل مزاحمت (B)	۸/۳۴	۴۱/۶۷	۴۱/۶۷
عامل بی‌حسی عاطفی (F)	۱/۶۹	۸/۴۴	۵۰/۱۵
عامل تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)	۱/۳۶	۶/۸۲	۵۶/۹۴
عامل برانگیختگی و بی‌قراری (E)	۱/۲۳	۶/۱۸	۶۳/۱۱
عامل اجتناب (C)	۱/۱۳	۵/۶۶	۶۸/۷۷

علاوه بر تحلیل عاملی، برای بررسی روایی همچنین از روایی همگرا استفاده شد. همبستگی ابزار و خرده مقیاس‌ها با دو مقیاس می‌سی‌سی‌پی و تاب‌آوری در جدول شماره ۳ آورده شده است. همبستگی PCL-5 با MCCP

(۰/۷۴) که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود، گویای روایی همگرا مطلوب می‌باشد. هم چنین همبستگی PCL-5 با مقیاس تاب‌آوری (۰/۴۶) که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود، گویای روایی واگرا نسبتاً مطلوب این مقیاس می‌باشد.

جدول ۳- همبستگی PCL-5 و خرده مقیاس‌های آن با MCCP و مقیاس تاب‌آوری (n=۱۵۷)

Resiliency	MCCP	PCL
۰/۴۶*	۰/۷۴*	مزاحمت‌ها (B)
۰/۳۹*	۰/۵۹*	اجتناب (C)
-۰/۰۲	۰/۲۳*	تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)
۰/۵۰*	۰/۶۳*	برانگیختگی و بی‌قراری (E)
۰/۱۹*	۰/۵۴*	بی‌حسی عاطفی (F)
۰/۵۲*	۰/۷۳*	

* < ۰/۰۱

به منظور تعیین اعتبار فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-5) از روش آلفای کرانباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای عامل‌های مزاحمت‌ها (B)، اجتناب (C)، تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)، برانگیختگی و بی‌قراری (E) و بی‌حسی عاطفی (F) به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرانباخ مقیاس در صورت حذف آیتم و نیز همبستگی نمره هر یک از سوال‌ها با نمره میانگین و واریانس کل مقیاس در صورت حذف هر کدام از آیتم‌ها به همراه میانگین و انحراف استاندارد هر یک از آیتم‌ها در جدول ۴ آمده است. به علاوه اعتبار مقیاس به روش دو نیمه کردن ۰/۸۹ به دست آمد.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ...

جدول ۴- میانگین و واریانس کل مقیاس با حذف هر آئتم و میانگین و انحراف استاندارد سوال‌ها

سوال	ضریب آلفا با حذف سوال	همبستگی با نمره کل	میانگین مقیاس با حذف سوال	واریانس مقیاس با حذف سوال	میانگین سوال	انحراف استاندارد سوال (آئتم)
۱	۰/۹۱۳	۰/۷۳	۳۹/۹۷	۲۳۰/۰۶	۲/۵۹	۱/۲۰۴
۲	۰/۹۱۳	۰/۷۲	۴۰/۴۶	۲۲۸/۱۶	۲/۰۹	۱/۳۱۷
۳	۰/۹۱۳	۰/۷۴	۴۰/۴۶	۲۲۶/۸۵	۲/۰۹	۱/۳۵۱
۴	۰/۹۱۳	۰/۷۳	۳۹/۸۲	۲۳۰/۴۵	۲/۷۴	۱/۱۸۸
۵	۰/۹۱۴	۰/۷۲	۴۰/۲۹	۲۲۸/۴۳	۲/۲۶	۱/۳۲۱
۶	۰/۹۲۱	۰/۳۸	۴۰/۵۳	۲۳۴/۴۲	۲/۰۳	۱/۱۴۹
۷	۰/۹۲۰	۰/۴۵	۴۰/۵۷	۲۴۱/۷۱	۱/۹۸	۱/۱۵۷
۸	۰/۹۲۲	۰/۳۶	۴۱/۴۳	۲۳۴/۵۰	۱/۱۲	۱/۲۰۵
۹	۰/۹۱۵	۰/۶۷	۴۰/۰۹	۲۳۰/۴۳	۲/۴۶	۱/۳۱۳
۱۰	۰/۹۱۴	۰/۷۱	۴۰/۰۴	۲۳۰/۶۶	۲/۵۱	۱/۲۲۸
۱۱	۰/۹۱۲	۰/۷۷	۴۰/۰۱	۲۳۷/۹۱	۲/۵۴	۱/۲۴۸
۱۲	۰/۹۱۴	۰/۷۰	۴۰/۵۷	۲۲۸/۳۲	۱/۹۸	۱/۳۶۶
۱۳	۰/۹۱۵	۰/۶۷	۴۰/۳۸	۲۳۰/۸۴	۲/۱۸	۱/۳۰۳
۱۴	۰/۹۱۵	۰/۶۵	۴۰/۴۵	۲۲۸/۵۶	۲/۱۰	۱/۴۵۵
۱۵	۰/۹۱۴	۰/۷۰	۴۰/۲۱	۲۳۱/۶۲	۲/۳۴	۱/۲۰۲
۱۶	۰/۹۲۱	۰/۳۹	۴۱/۳۹	۲۴۲/۰۳	۱/۱۷	۱/۲۲۴
۱۷	۰/۹۱۸	۰/۵۵	۴۰/۵۷	۲۳۵/۶۲	۱/۹۸	۱/۳۱۸
۱۸	۰/۹۱۳	۰/۷۵	۴۰/۵۱	۲۲۹/۸۴	۲/۰۴	۱/۱۹۵
۱۹	۰/۹۱۶	۰/۶۳	۴۰/۳۱	۲۳۲/۳۳	۲/۲۵	۱/۳۰۴
۲۰	۰/۹۱۸	۰/۵۷	۴۰/۴۵	۲۳۳/۹۰	۲/۱۰	۱/۳۷۸

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اختلال بسیار شایع روان‌پزشکی است که تشخیص آن توسط متخصصان بر اساس ملاک‌های ذکر شده در DSM-5 انجام می‌شود. وجود ابزارهایی برای PTSD متخصصان را در ارزیابی این اختلال توانمند می‌سازد. برای این منظور PCL-5 به‌عنوان ابزاری که دقیقاً منطبق با ملاک‌های تشخیصی برای PTSD در DSM-5 است، طراحی شده است که شامل چهار خرده‌مقیاس منطبق با چهار نشانه اختلال در DSM-5 است. پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار انجام شده است. بر اساس یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی، پنج عامل با عناوین عامل‌های مزاحمت‌ها (B)، اجتناب (C)، تغییرات منفی در شناخت و خلق (D)، برانگیختگی و بی‌قراری (E) و بی‌حسی عاطفی (F) حاصل شد، که به جز عامل بی‌حسی عاطفی، نتایج با نسخه اصلی و برخی از نسخه‌ها همسو بود.

(اشباخ و همکاران، ۲۰۱۶ و بویزان و همکاران، ۲۰۱۷). هرچند پژوهش‌هایی وجود داشتند که در PTSD به بیش از چهار عامل دست یافته بودند (لیو و همکاران، ۲۰۱۴؛ آرمو و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های انجام گرفته لیو و همکاران (۲۰۱۴) PTSD به جای مدل چهار عاملی صورت مدل شش عاملی مطرح شده بود که عبارت بودند از تکرار افکار مزاحم، اجتناب، عاطفه منفی، بی‌لذتی، برانگیختگی با خلق پایین، برانگیختگی اضطرابی مطرح شود. همچنین آرنولد و همکاران (آرمور و همکاران، ۲۰۱۵) مدلی را مطرح نمودند که شامل هفت عامل مشتعل بر تکرار افکار مزاحم، اجتناب، عاطفه منفی، بی‌لذتی، برانگیختگی با خلق پایین، برانگیختگی اضطرابی و رفتار برون‌ریزانه بود. در تبیین وجود تفاوت پدیدآمده، یعنی پدیدآیی عامل پنجم می‌توان به دلایل فرهنگی- اجتماعی، و نیز به دلایل روش‌شناختی اشاره کرد. از منظر فرهنگی، به نظر می‌رسد تفاوت‌های احتمالی نمونه‌های ایرانی با دیگر فرهنگ‌ها در تجربه و ابراز هیجان می‌تواند در پدیدآیی عامل مستقل بی‌حسی عاطفی نقش داشته باشد. آموزه‌های تربیتی و فرهنگی که در تجارب تروماتیک نظیر تجاوز جنسی، بحث آبرو را به شدت مطرح می‌کند و فاجعه‌سازی‌هایی نظیر آبرو رفتن، باعث شده است که در بعضی فرهنگ‌ها از جمله ایران، افراد قادر نباشند که به راحتی احساس‌های خود را بیان کنند، تجارب را افشا کنند و حتی اجازه دهند که این هیجان تجربه شود. همچنین به نظر می‌رسد، دلایل فرهنگی- اجتماعی در نمونه‌های ایرانی باعث شده است که در مقابله با استرس، از میان سه گزینه جنگ، گریز و میخکوب شدن، حمایت لازم و کافی از جنگ و مقابله با تروماهایی نظیر تجاوز جنسی، به عمل نیامده، و گزینه گریز و به ویژه میخکوب شدن که همسو با بی‌حسی عاطفی است، امکان تجربه بیشتری را پیدا می‌کند. همچنین به لحاظ روش‌شناختی می‌توان گفت که اکثر پژوهش‌ها از نمونه‌های بالینی استفاده کرده‌اند، در حالی که در پژوهش حاضر از نمونه غیربالینی استفاده شده است؛ امری که ممکن است در تفاوت‌ها نقشی داشته باشد و نیازمند بررسی بیشتر است. به‌منظور بررسی اعتبار از روش همسانی درونی و دونیمه کردن استفاده شد که نمرات حاصله گویای اعتبار بالا بود که همسو با نتایج نسخه‌های انگلیسی، فرانسه و ترکی (اشباخ و همکاران، ۲۰۱۶ و بویزان و همکاران، ۲۰۱۷) است. همچنین به‌منظور بررسی روایی آزمون از روش همگرا (همبستگی با نمرات حاصل از مقیاس اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی (MCCP)) و واگرا (همبستگی با نمرات حاصل از پرسشنامه تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC) استفاده شد. نتایج حاصل، گویای روایی همگرا و واگرا مطلوب بود که این یافته همسو با نتایج سایر نسخه‌ها (انگلیسی، فرانسه و ترکی) و نیز نسخه‌های قبلی PCL بود (ودرز و همکاران، ۱۹۹۳؛ بلانچارد، ۱۹۹۶ و کاننبر و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به این که پژوهش حاضر روی افراد غیربالینی انجام شده است، بهتر است در تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های بالینی احتیاط لازم صورت پذیرد. در بررسی روان‌سنجی مجدد این ابزار بهتر است در جمعیت بالینی و افراد با ترومای تقریباً یکسان انجام شود. همچنین حجم نمونه به‌گونه‌ای انتخاب شود تا امکان مقایسه دو جنس و امکان مقایسه گروه‌های سنی مختلف فراهم باشد. همچنین از آنجا که در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت‌های دسترسی، در حجم نمونه ملاک حداقلی در نظر گرفته شده و نیز شرکت‌کنندگان در پژوهش، تنها شهروندانی بودند که در معرض اطلاعیه‌های مرتبط با پژوهش قرار گرفته بودند و شامل همه جامعه شهروندان تهرانی نبودند، لازم است

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ...

در تعمیم یافته‌ها، جانب احتیاط رعایت شود و به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می‌شود که ضمن اعمال ملاک‌های حداکثری در حجم نمونه، از روش‌های نمونه‌گیری استفاده شود که امکان حضور افرادی فراهم شود که تجارب تروماتیک داشته‌اند ولی امکان برخورداری از اطلاعات‌رسانی‌هایی از نوع اطلاعاتیه‌ها را ندارند.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of psychiatric research*, 61, 106-113.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS one*, 11(10), e0161645.
- Besharat, M.A. (2007). *Psychometric Properties of the Persian Resilience Scale*. Research Report, University of Tehran. (In Persian)
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*, 34(8), 669-673.
- Boysan, M., Guzel Ozdemir, P., Ozdemir, O., Selvi, Y., Yilmaz, E., & Kaya, N. (2017). Psychometric properties of the Turkish version of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (PCL-5). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(3), 306-316.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-2.
- Conybeare, D., Behar, E., Solomon, A., Newman, M. G., & Borkovec, T. D. (2012). The PTSD Checklist—Civilian Version: Reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *Journal of clinical psychology*, 68(6), 699-713.
- Goodarzi, M.A. (2003). The validity and reliability of post-traumatic stress disorder scales of Mississippi (ESSL). *Journal of Psychology*, 26, 7 (2), 178-153. (In Persian)
- Haslam, C., & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work & Stress*, 17(3), 277-285.
- Inkelas, M., Loux, L. A., Bourque, L. B., Widawski, M., & Nguyen, L. H. (2000). Dimensionality and reliability of the Civilian Mississippi Scale for PTSD in a post-earthquake community. *Journal of traumatic stress*, 13(1), 149-167.

- Kao, Y. C., Liu, Y. P., Chou, M. K., & Cheng, T. H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 85.
- Kharamin S A, Gorji R, Gholam zade S, Amini K. The Prevalence Rate of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the Rape Victims of Kohgiluyeh and Boyairahmad Province during (2011-2012). *Ir J Forensic Med.* 2012; 18 (2 and 3) :99-106. (In Persian)
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., ... & Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 345-351.
- MacDermid Wadsworth, S. M. (2010). Family risk and resilience in the context of war and terrorism. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 537-556.
- Saberi H R, Moravveji S. A. R, Ghorraishi F, Heidari Z. Post-traumatic stress disorder in Kashan and Arak emergency medicine departments' staffs during 2009. *Feyz.* 2009; 12 (5) :1-6. (In Persian)
- Selaman, Z. M., Chartrand, H. K., Bolton, J. M., & Sareen, J. (2014). Which symptoms of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 246-251.
- Xia, Z. Y., Kong, Y., Yin, T. T., Shi, S. H., Huang, R., & Cheng, Y. H. (2014). The impact of acceptance of disability and psychological resilience on post-traumatic stress disorders in burn patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 371-375.
- Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov. 1993.
- Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2013). *Abnormal psychology: Clinical perspectives*. New York: McGraw-Hill.
- Vreven, D. L., Gudanowski, D. M., King, L. A., & King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: A psychometric evaluation. *Journal of traumatic stress*, 8(1), 91-109.
- Veiskarami, H., Ghadampour., E., Mottaghinia, M.R. (2017). Omnibus T-Scale (OTS): The evaluation of validity and reliability of staff in primary schools. *Applied Psychological Research Quarterly*, 8(1),31-48. (In Persian)
- Zwissler, B., Hauswald, A., Koessler, S., Ertl, V., Pfeiffer, A., Wöhrmann, C., ... & Kissler, J. (2012). Memory control in post-traumatic stress disorder: evidence from item method directed forgetting in civil war victims in Northern Uganda. *Psychological medicine*, 42(6), 1283-1291.