

هنجاریابی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-1) برای عوارض روانی ناشی از جنگ

عباس فیروزآبادی^۱، دکتر علی اصغر اصغرنژاد فرید^۲، جعفر میرزایی^۳، حسین شاره^۴

Normalization of Clinician Administered PTSD Scale-version 1 (CAPS-1) for Psychological Effects due to War

Abbas Firoozabadi^{*}, Ali Asghar Asgharnejad Farid^a, Jafar Mirzaei^b, Hossein Shareh^c

Abstract

Objectives: This study was carried out with the aim of normalizing Clinician Administered PTSD Scale-version 1 (CAPS-1) for psychological consequences due to war.

Method: Participants comprised 105 Iran-Iraq war male veterans with a disability degree of 15-50 percent; all diagnosed with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Reliability was evaluated by test-retest with two weeks interval and Cronbach's alpha. Factorial analysis with principle component analysis method was used to evaluate validity. **Results:** Test-retest reliability and Cronbach's coefficient for scale were 0.86 and 0.92 respectively. Factorial analysis with principle component analysis method indicated a high validity for the scale. Exploratory factorial analysis indicated a robust six-factor structure. **Conclusion:** CAPS-1 has appropriate validity and reliability for the population of Iranian veterans.

Key words: Clinician Administered PTSD Scale; post traumatic stress disorder; veterans; standardization

[Received: 12 February 2008; Accepted: 15 September 2008]

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف هنجاریابی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-1) برای پیامدهای روانی ناشی از جنگ انجام شد. **روش:** آزمودنی‌ها ۱۰۵ مرد با سابقه حضور در جبهه جنگ ایران و عراق و درصد از کارافتادگی ۱۵ تا ۵۰ بودند که برای همه آنها تشخیص اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) مطرح شده بود. بررسی میزان پایایی به دو روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و محاسبه آلفای کرونباخ انجام شد. برای محاسبه روایی مقیاس، تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی به کار برده شد. **یافته‌ها:** ضریب پایایی با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. یافته‌های به دست آمده از تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان‌دهنده روایی بالای مقیاس بود. تحلیل عاملی اکتشافی، شش عامل برجسته را در این پرسش‌نامه مشخص نمود. **نتیجه‌گیری:** مقیاس CAPS-1 برای جمعیت جانباز ایرانی دارای پایایی و روایی مطلوب است.

کلیدواژه: مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-1)؛ پایایی؛ روایی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۱/۲۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۶/۲۵]

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی دانشگاه بجنورد، بجنورد، کیلومتر ۴ جاده اسفراین، پردیس دانشگاه بجنورد، گروه مشاوره، دورنگار: ۲۲۸۴۶۰۲-۰۵۸۴ (نویسنده مسئول). E-mail: ab.firoozabadi@gmail.com. ^۲ دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ ^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی؛ ^۴ دانشجوی دوره دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

* Corresponding author: MS. in Clinical Psychology, Lecturer of Bojnord University. KM. 4 Esferain road, Bojnord, Iran, IR. Fax: +98584-2284602. E-mail: ab.firoozabadi@gmail.com; ^a PhD. in General Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences; ^b MS. in Clinical Psychology; ^c Postgraduate student in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute and Mental Health Research Centre.

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه^۱ (PTSD) مجموعه واکنش‌هایی است که فرد در رویارویی با تیدگی‌هایی که خارج از توان تحمل اوست از خود بروز می‌دهد. این واکنش‌ها از صدها سال پیش مورد توجه پزشکان و روانشناسان بوده و با عناوین گوناگونی از جمله هیستری^۲، ضربه عصبی^۳، موج انفجار^۴، روان‌نژندی جنگ^۵، درد دوری از یار و دیار^۶، نشانگان تقلا^۷، روان‌نژندی ناشی از ضربه و آسیب و اختلال استرس پس از ضربه از آن یاد شده است (سلیمی، ۱۳۷۷).

PTSD همانند زیرمجموعه اختلال‌های اضطرابی، نخستین بار در سومین مجموعه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۸ (DSM-III) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) مطرح شد. چهارمین ویراست تجدیدنظرشده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اختلال استرس پس از ضربه را یک رشته علائم تبیین‌کننده که پس از روبه‌رو شدن با یک استرس شدید و آسیب‌رسان پدید می‌آید، تعریف کرده است. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد؛ رخداد را در ذهن خود بارها زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری آن پرهیز کند. علائم باید بیش از یک ماه ادامه یابند و در زمینه‌های مهم زندگی فرد هم‌چون خانواده و شغل تداخل نمایند (سادوک^۹ و سادوک، ۲۰۰۳).

در روانشناسی امروز، دسترسی به چند ابزار سنجشی معتبر، در زمینه بالینی و پژوهشی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ابزارهای سنجش در اندازه‌گیری دستاوردهای روان‌درمانی کمک‌کننده هستند و وجود یک ابزار دقیق برای اندازه‌گیری یک سازه پژوهشی، پیدایش همگرایی در تعاریف عملیاتی آن سازه در بین متخصصان را در پی دارد. با شناسایی PTSD به‌عنوان یک تشخیص جداگانه در DSM-III (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۸۰)، تحولات گسترده‌ای در راستای ارزیابی این اختلال پیچیده و ناتوان‌کننده پدید آمد. در اوایل دهه ۱۹۸۰ به دلیل محدودیت ابزار، متخصصان بالینی برای ارزیابی علائم PTSD معیار معتبر و مناسبی در دست نداشتند. در اوایل دهه ۱۹۹۰ در راستای ارزیابی PTSD، طیف گسترده‌ای از ابزارهای بحث‌انگیز شامل مصاحبه بالینی ساختار یافته، پرسش‌نامه‌ها و روش‌های روانشناختی - فیزیولوژیک مطرح شدند. با این حال بررسی‌ها نشان داده‌اند که برای برخی از افراد مبتلا به این اختلال به دلیل همپوشی گسترده آن با

اختلال‌های اضطرابی و هیجانی، تشخیص PTSD به‌درستی گذاشته نشده است (برای نمونه کین^{۱۰}، ولف^{۱۱} و تیلر^{۱۲}، ۱۹۸۷). این تشخیص نابه‌جا را نباید نادیده گرفت چرا که PTSD ممکن است از نظر سبب‌شناسی، سیر بالینی و پاسخ به درمان با سایر اختلال‌های روانی متفاوت باشد (فیگلی^{۱۳}، ۱۹۸۵).

مقیاس اجرایی بالینی PTSD (CAPS-1)^{۱۴} (بلیک^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۰) یک مصاحبه ساختاری برای تشخیص PTSD است که در مرکز ملی PTSD^{۱۶} ایالات متحده آمریکا تهیه شده است. تهیه‌کنندگان مقیاس بر این باورند که به کمک این مقیاس متخصصان بالینی می‌توانند اطلاعات کمی و کیفی کافی در زمینه نشانه‌های PTSD به‌دست آورند. بررسی‌های چندی در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی CAPS-1 انجام شده که گویای پایایی و روایی بالای این مقیاس می‌باشد (ودرز^{۱۷}، کین و داویدسون^{۱۸}، ۲۰۰۱). بلنچارد و همکاران (۱۹۹۵) ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها^{۱۹} را بالاتر از ۰/۹۵ گزارش نمودند. اما مک‌کیور^{۲۰}، مک‌ویرتر^{۲۱} و هوف^{۲۲} (۲۰۰۶) بین درجه‌بندی ارزیاب‌ها از فراوانی و شدت علائم بیماران به کمک CAPS-1 تفاوت معنی‌داری گزارش نکردند. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده (رنر^{۲۳}، سالم^{۲۴} و اتومیر^{۲۵}، ۲۰۰۵) بر روی چچنی‌ها ۰/۹۰، افغانی‌ها ۰/۹۱ و در آفریقای غربی ۰/۹۱ بوده است. رنر و همکاران (همان‌جا) این مقیاس را در مقایسه با سایر ابزارهای سنجش علائم PTSD دارای بیشترین ضریب تشخیص دانسته‌اند. اشنايدر^{۲۶} و مورگلی^{۲۷} (۲۰۰۲) در بررسی پایایی این ابزار بر روی قربانیان تصادفات رانندگی، ضریب پایایی را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آوردند. در پژوهش آنها، CAPS-1 (همان‌جا) با نسخه آلمانی مقیاس تأثیر حادثه^{۲۸} (IES) (هوروتیز و

- | | |
|--|--|
| 1- Posttraumatic Stress Disorder | 3- nervous shock |
| 2- hysteria | 5- war neurosis |
| 4- shell shock | 7- effort syndrome |
| 6- nostalgia | 8- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| 9- Sadock | 10- Keane |
| 11- Wolfe | 12- Taylor |
| 13- Figley | |
| 14- Clinical Administration PTSD Scale-Version 1 | |
| 15- Blake | 16- Weathers |
| 17- Davidson | 18- National Center for PTSD |
| 19- interrater reliability | 20- McKeever |
| 21- McWhirter | 22- Huff |
| 23- Renner | 24- Salem |
| 25- Ottomeyer | 26- Schnyder |
| 27- Moergeli | 28- Impact of Event Scale |

همکاران، ۱۹۷۹) به طور معنی داری همبسته بود (۰/۷۸). درجه حساسیت تشخیص در حد ۰/۹۰، درجه اختصاصی بودن این ابزار ۰/۹۵، قدرت پیش‌بین مثبت^۱ ۰/۹۲ و قدرت پیش‌بین منفی ۰/۹۳ گزارش شده است (هیر^۲، سامرز^۳، بوید^۴، لیتاکر^۵ و بودوینز^۶، ۱۹۹۶).

ودرز و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی روایی همگرا و واگرایی این مقیاس پرداخته‌اند. بررسی آنها بر روی ۱۲۳ بازمانده جنگ گویای همبستگی ۰/۵۳ نمره کلی شدت مقیاس CAPS-1 با مقیاس مواجهه جنگ^۷ (CES) (کین و همکاران، ۱۹۸۹)، همبستگی ۰/۹۱ با مقیاس می‌سی‌سی‌سی‌پی ویژه PTSD مرتبط با جنگ^۸ (کین و همکاران، ۱۹۸۸)، همبستگی ۰/۷۷ با مقیاس PTSD برگرفته شده از MMPI کین (PK)^۹ (کین و همکاران، ۱۹۸۴) و همبستگی ۰/۸۹ با شمار علامت PTSD در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک^{۱۰} (SCID) (فرست و همکاران، ۱۹۹۷) بود. هم چنین نمره کلی شدت مقیاس CAPS-1 تا اندازه‌ای با افسردگی (۰/۶۱ تا ۰/۷۵) و اضطراب (۰/۶۶ تا ۰/۷۶) همبستگی داشت که در تأیید همپوشی بین PTSD، افسردگی و اضطراب است.

مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه در بررسی‌های بالینی به صورت گسترده‌ای به کار برده شده و بخشی از این بررسی‌ها به سنجش میزان اثربخشی درمان مربوط بوده است. این آزمون در ارزیابی تغییرات شدت علائم به دنبال درمان کاربرد گسترده داشته است (ملک‌زایی^{۱۱}، نیازی^{۱۲} و پایج^{۱۳}، ۱۹۹۶) و کولند^{۱۴}، هگادورن^{۱۵} و میرهولم^{۱۶} (۲۰۰۳) آن را برای انتخاب و غربال بیماران PTSD به کار برده‌اند.

در ایران تشخیص PTSD تا کنون تنها بر پایه مصاحبه‌های بالینی توسط افراد متخصص صورت گرفته است (گودرزی، ۱۳۸۲) و کمبود مقیاسی که به طور دقیق و عمیق نشانه‌های این اختلال را ارزیابی کند و متخصص بالینی را به تشخیص معتبری برساند، احساس شده است. در بازبینی پیشینه پژوهش هیچ گونه پژوهشی که به بررسی و هنجاریابی این مقیاس در ایران پرداخته باشد، یافت نشد.

هدف کلی پژوهش حاضر دستیابی به ابزاری عینی، دارای روایی و پایایی برای ارزیابی ابعاد گوناگون PTSD در جانبازان اعصاب و روان بود که به کمک آن بتوان بود یا نبود

این اختلال و شدت و فراوانی علائم آن را سنجید. هدف‌های دیگر این پژوهش عبارت بودند از: ۱- هنجاریابی آزمون CAPS-1 برای ارزیابی جنبه‌های گوناگون نشانگان PTSD در جانبازان، ۲- تعیین میزان فراوانی و شدت علائم بالینی PTSD در جانبازان با بهره‌گیری از آزمون CAPS-1، ۳- ارزیابی پایایی و روایی آزمون CAPS-1 در جانبازان، ۴- ارزیابی ساختار عاملی آزمون CAPS-1 در جانبازان.

روش

آزمودنی‌ها ۱۷۴ نفر در گروه سنی ۳۴ تا ۶۵ سال (میانگین سنی ۳۸/۶ سال) و تحصیلات دوم راهنمایی تا فوق دیپلم بودند. همه آزمودنی‌ها سابقه حضور در جبهه جنگ ایران و عراق را داشتند و به عنوان مجروح روانی مرتبط با جنگ، ارزیابی شده و به کمیسیون پزشکی بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی معرفی شده بودند. آزمودنی‌ها درصد از کارافتادگی بین ۱۵ تا ۵۰ داشتند. تشخیص PTSD در آزمودنی‌ها توسط روانپزشک شاغل در مراکز درمانی بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی (بیمارستان صدر و مراکز روانپزشکی شهرستان‌های تهران، مشهد، اصفهان، اهواز و اردبیل) تأیید شده و PTSD به عنوان تشخیص اصلی درج شده بود. با مراجعه همکاران اجرایی به مراکز یادشده و دعوت به همکاری آنها با داوطلبان دارای ملاک‌های بالا که تمایل به همکاری داشتند بررسی انجام شد.

مصاحبه توسط ۱۳ نفر از روانشناسان بالینی شاغل در مراکز بهداشت روانی بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی و بیمارستان‌های وابسته به آن انجام شد. همه همکاران اجرایی از نظر تجربه درمان و ارزیابی روانشناختی جانبازان در حد مطلوبی بودند و دست کم سه سال سابقه کار با جانبازان را داشتند. مصاحبه‌ها در اتاق روانشناس و بدون عوامل مزاحم انجام شد و با توجه به تنوع پراکندگی جمعیت مورد بررسی در شهرهای تهران، مشهد، اصفهان، اهواز و اردبیل کوشش

1- positive predictive power

2- Hyer

4- Boyd

6- Boudewyns

7- Combat Exposure Scale

8- Mississippi Scale for Combat-Related PTSD

9- Keane PTSD Scale of the MMPI

10- Structured Clinical Interview for DSM-IV

11- Malekzai

13- Paige

15- Hegadoren

3- Summers

5- Litaker

12- Niazi

14- Coupland

16- Myrholm

برای تعیین پاسخ نهایی و تشخیص عامل یا عامل‌هایی که احتمالاً زیربنای مواد آزمون را تشکیل می‌دهند و هم‌چنین برای تعیین ساختار سازه آن، چرخش واریماکس به کار برده شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی، کفایت نمونه‌برداری به کمک محاسبه اندازه KMO^۲ (کیزر، ۱۹۶۰) بررسی گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در زمینه ملاک A₁ (مواجهه با رویداد تهدیدآمیز) نشان دادند که ۸۲/۵٪ آزمودنی‌ها مجروحیت مهم داشته و ۶۵/۷٪ افراد مورد بررسی شاهد مجروحیت مهم برای دیگران بوده‌اند. تهدیدشدن به آسیب جسمی در ۸۶/۸٪ شامل خود افراد بوده و ۶۴/۸٪ شاهد تهدیدشدن به آسیب جسمی دیگران بوده‌اند. در مجموع ۹۵/۲٪ آزمودنی‌ها دربرگیرنده ملاک A₁ بوده‌اند. ۳/۸٪ افراد احتمالاً دربرگیرنده این ملاک بوده و تنها ۱٪ آزمودنی‌ها شامل ملاک A₁ نبوده‌اند.

یافته‌های پژوهشی مربوط به ملاک تشخیصی A₂ (نوع واکنش فرد به رویداد تهدیدآمیز) نشان می‌دهد که واکنش اشخاص در برابر حادثه عموماً ترس، وحشت و کمک (به‌ویژه ترس) بوده است. در مجموع ۹۵/۲٪ جمعیت مورد بررسی شامل ملاک A₂، ۳/۸٪ احتمالاً شامل ملاک A₂ بوده و تنها ۱٪ این افراد شامل ملاک A₂ نبوده‌اند.

در جدول ۱ فراوانی بود یا نبود ملاک‌های B (روش تجربه دوباره حادثه دردناک)، C (پرهیز مداوم از محرک‌های مرتبط با حادثه و کاهش پاسخگری کلی)، D (نشانه‌های پایدار در زمینه افزایش برانگیختگی) و H (خصوصیات مرتبط با PTSD) در نمونه مورد بررسی ارایه شده است.

یافته‌ها در مورد ملاک F (نارسایی مهم و معنادار در عملکرد شغلی-اجتماعی یا سایر حیطه‌های مهم زندگی) نشان می‌دهند که ۳۸/۱٪ نمونه مورد بررسی در حد خفیف تا متوسط و ۵۷/۱٪ در حد شدید تا عمیق، تشویش درونی (F₁) داشته‌اند. ۴۷/۶٪ در حد خفیف تا متوسط و ۴۴/۸٪ در حد شدید تا عمیق اختلال در عملکرد اجتماعی (F₂) و هم‌چنین ۳۸/۱٪ نمونه مورد بررسی در حد خفیف تا متوسط و ۵۸/۱٪ در حد شدید تا عمیق، اختلال در شغل یا سایر حیطه‌های مهم عملکرد (F₃) در طول عمر داشته‌اند.

شد از مصاحبه‌کننده‌هایی بهره گرفته شود که از توانایی کلامی و فرهنگی مناسب برای برقراری ارتباط برخوردار باشند. زمان انجام مصاحبه ۱ تا ۱/۵ ساعت (میانگین زمان اجرایی نزدیک به ۷۰ دقیقه) بود. از ۱۳ نفر از آزمودنی‌ها به فاصله دو هفته پس از مصاحبه، ارزیابی دوباره انجام شد تا پایایی بازآزمایی آزمون ارزیابی شود. ۶۹ مورد از پرسش‌نامه‌هایی که اعتبار نتایج آنها توسط مصاحبه‌گر ضعیف و یا غیرقابل اعتماد ارزیابی شده بود کنار گذاشته شد و داده‌های سایر پرسش‌نامه‌ها تحلیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش به شرح زیر بود:

مقیاس اجرای بالینی برای PTSD (CAPS-1): مقیاس CAPS-1 یک مصاحبه ساختاری جدید برای تشخیص PTSD است که در مرکز ملی PTSD ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ پرسش دارد که نشانه‌های PTSD را بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و آسیب دیدگی کنش‌های شغلی و اجتماعی ارزیابی می‌کند. برخی از پرسش‌ها (پنج پرسش) برای سنجش روایی پاسخ‌ها است. در این مقیاس برای فراوانی و شدت هر نشانه نمره‌گذاری جداگانه‌ای انجام می‌شود.

آزمون CAPS-1 را پژوهشگران برای روانشناسان و روانپزشکان ایرانی به زبان فارسی ترجمه نموده‌اند. متن ترجمه‌شده را هشت نفر فوق لیسانس روانشناسی بالینی، دانشجویان مقطع دکتری و روانشناسان و روانپزشکان با تجربه کار بالینی با بیماران مبتلا به PTSD، از نظر فرهنگی و زبان‌شناختی سازگار نمودند.

در یک کارگاه آموزشی، روش ارزیابی و اجرای CAPS-1 برای روانشناسان همکار طرح شاغل در شهرستان‌ها به صورت عملی و به کمک مصاحبه با چند تن از جانبازان آموزش داده شد.

پس از گردآوری داده‌ها، میزان و درصد فراوانی ملاک‌های مربوط به PTSD در این مقیاس، به کمک آمار توصیفی بررسی شد. در بررسی میزان پایایی از دو روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و محاسبه آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. برای محاسبه روایی، تحلیل عاملی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی به کار برده شد. این روش که در واقع روش توصیفی اکتشافی است در جستجوی ساختاری است که واریانس مجموع پرسش‌ها را پیش‌بینی کند (استیونز^۱، ۲۰۰۲).

جدول ۱- درصد فراوانی ملاک‌های *H* و *D*, *C*, *B* و *A* در *PTSD* در *DSM-IV-TR* بر پایه ملاک‌های

ملاک	درصد فراوانی	شمار آزمودنی‌ها
B1	۸۹/۵	۱۰۵
B2	۸۷/۶	۱۰۵
B3	۸۰/۰	۱۰۵
B4	۸۴/۸	۱۰۵
B5	۸۷/۶	۱۰۵
C1	۸۱/۰	۱۰۵
C2	۷۲/۴	۱۰۵
C3	۶۵/۷	۱۰۵
C4	۹۰/۵	۱۰۵
C5	۸۸/۶	۱۰۵
C6	۸۸/۶	۱۰۵
C7	۸۸/۶	۱۰۵
D1	۸۸/۶	۱۰۵
D2	۸۱/۰	۱۰۵
D3	۸۶/۷	۱۰۴
D4	۷۹/۰	۱۰۴
D5	۷۸/۰	۱۰۴
H1	۳۷/۱	۱۰۳
H2	۳۶/۲	۱۰۴
H3	۳۶/۲	۱۰۴
H4	۳۸/۱	۱۰۴
H5	۲۳/۸	۱۰۴

جدول ۲- ضریب همبستگی هر پرسش با نمره کل مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه به همراه ضریب پایایی

پرسش	هفته پیش و ماه گذشته	طول عمر	کل آزمون
B1	۰/۵۵۸	۰/۴۲۸	۰/۴۱۸
B2	۰/۵۹۴	۰/۶۸۴	۰/۴۵۵
B3	۰/۷۱۵	۰/۵۴۳	۰/۵۹۰
B4	۰/۷۴۷	۰/۵۸۸	۰/۵۶۲
B5	۰/۷۳۴	۰/۵۹۷	۰/۶۲۲
C1	۰/۶۲۷	۰/۶۲۲	۰/۶۳۲
C2	۰/۵۴	۰/۵۵۰	۰/۴۴۸
C3	۰/۳۳۳	۰/۳۳۷	۰/۲۸۷
C4	۰/۶۱۳	۰/۴۹۵	۰/۵۱۲
C5	۰/۷۴۱	۰/۶۰۰	۰/۴۲۱
C6	۰/۶۹۵	۰/۶۶۵	۰/۵۷۷
C7	۰/۶۷۰	۰/۵۷۱	۰/۶۰۶
D1	۰/۷۸۵	۰/۵۹۲	۰/۵۶۴
D2	۰/۷۶۶	۰/۷۵۹	۰/۵۹۹
D3	۰/۸۲۴	۰/۶۶۷	۰/۵۲۴
D4	۰/۵۹۲	۰/۵۹۰	۰/۴۲۴
D5	۰/۶۱۶	۰/۶۴۷	۰/۴۶۸
F1	۰/۵۹۸	۰/۷۳۷	۰/۶۳۹
F2	۰/۶۲۴	۰/۶۴	۰/۶۲۶
F3	۰/۶۱۸	۰/۶۶۳	۰/۶۱۴
H1	۰/۵۱۵	۰/۵۷۹	۰/۳۹۹
H2	۰/۵۹۹	۰/۶۵۸	۰/۴۱۵
H3	۰/۵۹۰	۰/۶۵۲	۰/۵۶۰
H4	۰/۵۵۲	۰/۶۰۶	۰/۳۷۹
H5	۰/۴۷۲	۰/۴۰۵	۰/۴۰۳
ضریب آلفا	۰/۹۶۶	۰/۹۳۸	۰/۹۱۸
شمار پرسش‌ها	۲۵	۲۵	۲۵

یافته‌های پژوهشی مربوط به ملاک تشخیصی E (طول مدت اختلال) نشان می‌دهد که در ۵۲/۹٪ جمعیت مورد بررسی آغاز علائم همراه با تأخیر (مساوی یا بیشتر از شش ماه پس از حادثه) بوده است. در ۲۳/۵٪ افراد مورد بررسی بروز نخستین علائم کمتر از سه ماه پس از حادثه و در ۷۶/۵٪، بیشتر از سه ماه پس از حادثه بوده است. در ۹۹٪ جمعیت مورد بررسی نشانه‌ها در حال حاضر و در ۹۸٪ آن‌ها نشانه‌ها در طول زندگی وجود داشته‌اند. میزان مزمن بودن علائم نیز به ترتیب در حال حاضر و در طول زندگی ۷۶/۵ و ۸۱/۴ درصد گزارش شده است.

جدول ۲ یافته‌های پژوهش برای تعیین پایایی مقیاس CAPS-1 را نشان می‌دهد. یافته‌های به دست آمده از ضرایب همبستگی هر یک از پرسش‌ها با نمره کل آزمون (ضریب تشخیص) برای هفته پیش و ماه گذشته، طول عمر و کل آزمون در این جدول نشان داده شده است. ضریب پایایی کل پرسش‌نامه برای هفته پیش و ماه گذشته ۰/۹۶۶، برای طول عمر ۰/۹۳۸ و برای کل آزمون ۰/۹۱۸ به دست آمد.

هم‌چنین ضریب پایایی به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته از اجرای اولیه برای کل مقیاس ۰/۸۵، معیار B ۰/۹۲، معیار C ۰/۷۲، معیار D ۰/۹۰، معیار F ۰/۷۴ و برای معیار H ۰/۸۳ به دست آمد.

اندازه KMO بر روی ماتریس همبستگی پژوهش حاضر ۰/۷۴ بود که دلالت بر کفایت نمونه‌برداری ($KMO > 0/61$) (تباکنیک^۱ و فیدل^۲، ۲۰۰۱) داشته و نشانگر اجرای مطمئن تحلیل عاملی است. در **جدول ۳** ارزش‌های ویژه شش عامل بزرگ‌تر از یک نشان داده شده است که در میان آنها ارزش

جدول ۳- ویژگی‌های آماری اولیه در اجرای تحلیل مؤلفه‌های اصلی مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه

ماده	ارزش ویژه	درصد واریانس	درصد تراکمی
۱	۷/۷۴	۳۰/۹۴	۳۰/۹۴
۲	۲/۹۱	۱۱/۶۵	۴۲/۶۱
۳	۱/۷۱	۶/۵۸	۴۹/۴۶
۴	۱/۵۸	۶/۳۳	۵۵/۸۰
۵	۱/۳۹	۵/۵۷	۶۱/۳۸
۶	۱/۰۸	۴/۳۵	۶۵/۷۳

ویژه نخستین عامل (۷/۷۴) تفاوت زیادی با ارزش ویژه سایر عامل‌ها دارد. این عامل نزدیک به ۳۱٪ واریانس مشترک پرسش‌ها را تبیین می‌کند. این شش عامل در مجموع ۶۶٪ کل واریانس بین ۲۵ داده پرسش‌نامه مورد بررسی را تبیین می‌کنند. ۱۹ عامل دیگر دارای ارزش ویژه کمتر از یک بوده که در مجموع ۳۴٪ کل واریانس بین ۲۵ ماده پرسش‌نامه را تبیین می‌کنند.

جدول ۴ تحلیل مؤلفه‌ها را بر پایه عامل‌های دارای ارزش ویژه بالاتر از یک و بارهای عاملی بیشتر از ۰/۳ نشان می‌دهد. ماتریس عاملی شش عامل استخراج شده پس از چرخش واریماکس در این جدول آورده شده است.

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد، عامل یکم همبسته با پرسش‌هایی بود که در پرسش‌نامه به علایم کلی PTSD ارتباط داشتند. بزرگترین بار عاملی مربوط به پرسش B1 و برابر با ۰/۸۲ بود. عامل دوم همبسته با پرسش‌هایی است که در پرسش‌نامه به اشکال مرتبط با PTSD ارتباط داشته و بزرگترین بار عاملی برابر با ۰/۷۸ و متعلق به پرسش H4 بود. عامل سوم با پرسش‌هایی که در پرسش‌نامه به نشانه‌های آشکار در زمینه افزایش برانگیختگی ارتباط دارند همبسته بود. بزرگترین بار عاملی برابر با ۰/۷۴ و متعلق به پرسش‌های D1 و D2 بود. عامل چهارم همبسته با پرسش‌هایی بود که در پرسش‌نامه به اختلال در کنش‌وری شغلی و اجتماعی ارتباط دارند. بزرگترین بار عاملی برابر با ۰/۸۸ و به پرسش F3 تعلق داشت. عامل پنجم با پرسش‌هایی که در پرسش‌نامه به خودداری همیشگی از محرک‌هایی که با حادثه مرتبط هستند همبسته بود. این عامل دارای دو پرسش است که بزرگترین بار عاملی آن برابر ۰/۸۰ و متعلق به پرسش C1 بود. عامل ششم همبسته با پرسش‌هایی بود که در پرسش‌نامه به کرختی پاسخ‌دهی ارتباط دارند. این عامل نیز دربردارنده دو پرسش بود که بزرگترین بار عاملی آن برابر با ۰/۶۷ و به پرسش C3 تعلق داشت.

جدول ۴- تحلیل مؤلفه‌های مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه بر پایه عامل‌های دارای ارزش ویژه پس از چرخش واریماکس

ماده	عامل ۱	عامل ۲	ماده	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶
B1	۰/۸۲		D1	۰/۷۴			
B2	۰/۷۵		D2	۰/۷۴			
B3	۰/۶۸		D3	۰/۶۷			
B4	۰/۶۳		D4	۰/۴۰			
B5	۰/۶۶		D5	۰/۴۱			
C5	۰/۴۷		F1		۰/۸۲		
C6	۰/۶۸		F2		۰/۵۱		
C7	۰/۶۷		F3		۰/۸۸		
H1		۰/۴۵	C1			۰/۸۰	
H2		۰/۳۶	C2			۰/۵۶	
H3		۰/۵۹	C3				۰/۶۷
H4		۰/۷۸	C4				۰/۶۰
H5		۰/۷۴					

بحث

این پژوهش برای هنجاریایی مقیاس اجرایی بالینی برای عوارض روانی ناشی از جنگ انجام شد. هدف، بررسی میزان پایایی و روایی آزمون CAPS-1 در جانبازان و ارزیابی ساختار عاملی این مقیاس بود. بررسی میزان فراوانی و شدت علائم بالینی PTSD در جانبازان با بهره‌گیری از این مقیاس از دیگر هدف‌های پژوهش بود. این بررسی نشان داد که فراوانی و شدت علائم بالینی PTSD (ملاک‌های A, B, C, D, E و F) در جانبازان هم‌سو با سایر پژوهش‌ها از جمله زلونویا^۱، لازبنایا^۲ و تارابرینا^۳ (۲۰۰۱)، ملک‌زایی و همکاران (۱۹۹۶)، صنعتی (۱۳۷۲)، ضرغامی (۱۳۷۰) و میرزایی، کرمی، عاملی و همتی (۱۳۸۳) است. یافته‌های به‌دست‌آمده در ملاک E و گزارش شروع علائم با تأخیر بیش از شش ماه (۵۲٪) در جمعیت مورد بررسی با یافته‌های میرزایی و همکاران (همان‌جا) هم‌خوان نیست، اما درصد مزمن‌بودن علائم با یافته‌های زلونویا و همکاران (۲۰۰۱) هم‌سو است.

ضرایب پایایی به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته (۰/۸۵) برای کل مقیاس و ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ (برای معیارهای آن) گویای پایایی معنی‌دار این مقیاس در جمعیت مورد بررسی است. در بررسی پیشینه پژوهشی، پایایی مقیاس به روش بازآزمایی در هیچ مطالعه‌ای گزارش نشده بود. هم‌چنین ضریب پایایی مقیاس به کمک آلفای کرونباخ و همبستگی هر یک از پرسش‌ها با نمره کل آزمون (ضریب تشخیص) محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۲ به‌دست آمد و هم‌سو با بررسی‌های انجام‌شده بر روی چچنی‌ها، افغانی‌ها و در آفریقای غربی (رنر^۴ و همکاران، ۲۰۰۵) و یافته‌های اشنایدر و مورگلی (۲۰۰۲) و لیتز و ودرز (۱۹۹۴) بود. یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند که مقیاس CAPS-1 دارای ضریب تشخیصی قابل قبولی است و با بررسی رنر و همکاران (همان‌جا) که این مقیاس را در مقایسه با سایر ابزارهای سنجش علائم PTSD دارای بیشترین ضریب تشخیص معرفی کرده‌اند، هم‌خوان است. این بررسی همه ضرایب همبستگی پرسش‌های مقیاس با نمره کل مقیاس را از نظر آماری مثبت و معنی‌دار و بالاتر از ۰/۲۵ نشان داد. بنابراین هیچ پرسشی ضعیف تشخیص داده نشد.

برای تعیین روایی در پژوهش حاضر روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی به کار برده شد و ارزش ویژه شش عامل بزرگتر از یک بود. عامل یکم همبسته با پرسش‌هایی بود که

در پرسش‌نامه با علائم کلی PTSD ارتباط داشتند. عامل دوم همبسته با پرسش‌هایی است که در پرسش‌نامه به مشکلات مرتبط با PTSD ارتباط داشت. عامل سوم با پرسش‌هایی که در پرسش‌نامه به نشانه‌های آشکار در زمینه افزایش برانگیختگی ارتباط دارند همبسته بود. عامل چهارم همبسته با پرسش‌هایی بود که در پرسش‌نامه به اختلال در کنش‌وری شغلی و اجتماعی ارتباط دارند. عامل پنجم به پرسش‌های مربوط به پرهیز پایدار از محرک‌هایی که با حادثه مرتبط هستند همبسته بود. عامل ششم همبسته با پرسش‌هایی بود که در پرسش‌نامه با کرحتی پاسخ‌دهی ارتباط دارند. بار عاملی همه پرسش‌ها بالاتر از ۰/۳۰ بود. در مجموع می‌توان چنین گفت که مقیاس CAPS-1 از روایی بالایی در تشخیص علائم PTSD برخوردار است و با یافته‌های پروین^۵ (۲۰۰۵) هم‌سو می‌باشد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت که مقیاس CAPS-1 در تشخیص علائم بالینی PTSD دارای پایایی و روایی مطلوبی است و می‌توان در ایران این مقیاس را برای تشخیص این اختلال با ضریب اطمینان بالا به کار برد. افزون بر این، به دلیل اجرای این پژوهش در چندین منطقه کشور، می‌توان نتایج را با اندکی احتیاط به سایر مناطق نیز تعمیم داد. از جمله محدودیت‌های پژوهش شمار کم آزمودنی‌ها در سنجش میزان پایایی با روش بازآزمایی بود.

سپاسگزاری

این پژوهش با هزینه بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی انجام شده است. از همه ایثارگران و جانبازان شرکت‌کننده در این پژوهش، مسئولان محترم بنیاد جانبازان انقلاب اسلامی و متخصصان پرتلاش مراکز بهداشت روانی وابسته که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- سلیمی، حسن (۱۳۷۷). *درمان اختلال استرس پس از ضربه*. جلد اول. انتشارات علم نو.
- صنعتی، محمد (۱۳۷۰). *نارسایی DSM-III-R در تشخیص PTSD بررسی مقایسه‌ای آماری علائم در ۷۳ مجروح PTSD و Non PTSD* مجموعه مقاله‌های ارائه‌شده در سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ. نشر بنیاد (ص.ص. ۱۳۹-۱۲۵).

1- Zelonoya
3- Tarabrina
5- Brewin

2- Lazebnaia
4- Renner

- Hyer, L., Summers, M. N., Boyd, S., Litaker, M., & Boudewyns, P. (1996). Assessment of older combat veterans with the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 587-593.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 141-151.
- 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*, 85-90.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment, 1*, 53-55.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 888-891.
- Keane, T. M., Wolfe, J., & Taylor, K. L. (1987). PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology, 43*, 32-43.
- Litz, B. T., & Weathers, F. W. (1994). Psychometric properties of the Clinician-Administered PTSD Scale, CAPS-1. *PTSD Research Quarterly, 5*, 2-6.
- Malekzai, S. M., Niazi, J. M., & Paige, S. R. (1996). Modification of CAPS-1 for diagnosis of PTSD in Afghan refugees. *Journal of Treatment Stress Studies, 9*, 891-899.
- McKeever, V. M., McWhirter, B. T., & Huff, M. E. (2006). Relationships between attribution style, child abuse history, and PTSD symptom severity in Vietnam veterans. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 123-133.
- Renner, W., Salem, I., & Ottomeyer, K. (2005). Cross-cultural validation of measures of traumatic symptoms in groups of asylum seekers from Chechnya, Afghanistan and West Africa. *Social Behavior and Personality, 34*, 1101-1114.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ضرغامی، مهram (۱۳۷۰). *اختلال استرس پس از ضربه در جانبداران و آزادگان مازندران*. مقاله ارائه شده در سمپوزیوم بررسی عوارض عصبی روانی ناشی از جنگ. نشر بنیاد (ص.ص. ۳۹۴-۳۷۷).
- گودرزی، علی (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روانشناسی*، سال هفتم، شماره ۲، ۱۷۸-۱۵۳.
- میرزایی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا؛ عاملی، جواد؛ همتی، محمدعلی (۱۳۸۳). مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD با آزمون‌های روان‌شناختی. *مجله طب نظامی*، سال ششم، شماره ۳، ۲۰۸-۲۰۱.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist, 13*, 187-188.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Mitnick, N., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Buckley, T. C. (1995). The impact of severity of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behavior Research and Therapy, 33*, 529-534.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 53-62.
- Coupland, N. J., Hegadoren, K. M., & Myrholm, J. (2003). Increased beclomethasone-induced vasoconstriction in women with post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research, 37*, 221-228.
- Figley, C. R. (1985). *Trauma and it's wake*. New York: Brunner/Mazel.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Horowitz, M., Wilmer, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Journal of Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.

- Schnyder, U., & Moergeli, H. (2002). German Version of Clinician-administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 487-492.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4th. ed.). Hillsdale, N J: Lawrence Erlbaum.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Journal of Depression and Anxiety, 13*, 132-156.
- Zelenoya, M. E., Lazebnaia, E. O., & Tarabrina, N. V. (2001). Psychological characteristics of post-traumatic stress in Afghan war veterans. *Journal of Tschetschenian and East European Psychology, 39*, 3-28.