

# The Psychometric Properties of the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Scale–Interview Based on DSM-5, in Military Personnel Participated in Warfare

## ARTICLE INFO

### Article Type

Descriptive Study

### Authors

Karimi M.<sup>1</sup> MSc,  
Rahnejat A.M.\*<sup>1</sup> PhD,  
Dabaghi P.<sup>1</sup> PhD,  
Taghva A.<sup>2</sup> MD,  
Majdian M.<sup>3</sup> PhD,  
Donyavi V.<sup>2</sup> MD,  
Shahed-HaghGhadam H.<sup>4</sup> MSc

### How to cite this article

Karimi M, Rahnejat A.M, Dabaghi P, Taghva A, Majdian M, Donyavi V, Shahed-HaghGhadam H. The Psychometric Properties of the Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Scale–Interview Based on DSM-5, in Military Personnel Participated in Warfare. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(2):115-124.

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Psychiatry Department, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>Clinical Psychology Department, Varamin Branch, Islamic Azad University, Varamin, Iran

### \*Correspondence

Address: Department of Clinical Psychology, Psychiatric Hospital of the Islamic Republic of Iran Army Ground Forces, Oshan Blvd., Artesh Hwy., Tehran, Iran.

Phone: +98 (21) 22195164

Fax: +98 (21) 22197198

arahnedjat@yahoo.com

### Article History

Received: January 21, 2020

Accepted: May 19, 2020

ePublished: June 17, 2020

## ABSTRACT

**Aims** This study aimed to investigate the psychometric properties of the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptom scale-interview for DSM-5 (PSS-I-5) in military personnel involved in warfare.

**Instruments & Methods** This was a validation study. A descriptive research method was used. The participants in this study consisted of 287 veterans with PTSD who referred to (505 Army Psychiatric Hospital) selected using the availability sampling method. The instruments used in this study included the PSS-I-5 scale as the main research tools, Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) assessed the convergent validity, and PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-M-5) and Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) were also used to measure simultaneous validity. The data were analyzed using the correlation coefficient and the Cronbach's alpha methods.

**Findings** The results demonstrated that Cronbach's alpha of the PSS-I-5 scale was at a desirable level ( $\alpha=0.91$ ). PSS-I-5 had good convergent and divergent validity. The sensitivity of PSS-I-5 was equal to 0.97%, and its specificity was obtained to be 0.62%. Further, the analysis of the results revealed that PSS-I-5 could differentiate between sick and healthy individuals.

**Conclusion** The PSS-I-5 scale has desirable reliability and validity for military personnel participating in the war and can be used to identify and screen military personnel involved in warfare and military missions.

**Keywords** PTSD; Psychometric; Reliability; Validity; DSM-5

## CITATION LINKS

[1] Combat trauma: Treatment from ... [2] A systematic review and meta ... [3] Lifetime traumatic experiences and their impact ... [4] Potentially traumatic event exposure, posttraumatic ... [5] Intrusive traumatic recollections and ... [6] Determinants of the development ... [7] Trauma exposure and post-traumatic ... [8] Prevalence of post-traumatic stress ... [9] Diagnostic and statistical manual ... [10] Prevalence of post-traumatic stress ... [11] Predictors of posttraumatic ... [12] Posttraumatic stress disorder ... [13] Size and burden of mental ... [14] Prevalence, severity, and comorbidity ... [15] Prevalence of mental disorders in Europe ... [16] Disability and quality of life impact ... [17] 12-month comorbidity patterns ... [18] Understanding sequelae of injury ... [19] Posttraumatic stress disorder in ... [20] Post-traumatic stress disorder by ... [21] Psychological burden of PTSD ... [22] Weekly changes in blame and PTSD ... [23] Trauma and the Vietnam War ... [24] Population attributable fractions ... [25] Combat duty in Iraq and Afghanistan ... [26] Trends and risk factors for mental ... [27] Invisible wounds of war ... [28] PTSD symptom increases in Iraq ... [29] Delayed-onset posttraumatic stress ... [30] Correlates of posttraumatic stress ... [31] Reliability and validity of a brief instrument ... [32] The meta-analysis of the effectiveness ... [33] Psychometric properties ... [34] Validity and reliability of Persian version ... [35] Comparison of Beck Depression ... [36] Meaning assignment structures ... [37] Comparing of alexithymia, defensive ... [38] The prevalence of post-traumatic ... [39] Psychometric properties of ... [40] Impact of peer support on PTSD, hope ... [41] Post-traumatic stress in asylum seekers ... [42] Posttraumatic stress disorder in ... [43] Normalization of clinician administered ... [44] An acceptance and commitment ... [45] Music therapy to regulate arousal and ... [46] The Clinician-Administered PTSD ... [47] The posttraumatic stress disorder ... [48] Psychometric analysis of the PTSD ... [49] Reliability and validity of severity ... [50] Clinical validity and intrarater and ... [51] Psychometric properties of the Arabic ...

## ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس/مصاحبه علایم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی در نظامیان شرکت‌کننده در جنگ

محسن کریمی MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

امیرمحسن رهنجات PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

پرویز دباغی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

ارسیا تقوا MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

محمد مجدیان PhD

مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

وحید دنیوی MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

هاله شاهد حق‌قدم MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، واحد ورامین، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس علایم اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (PSS-I-5) در نظامیان شرکت‌کننده در جنگ انجام شد.

**ابزار و روش‌ها:** پژوهش حاضر جزء پژوهش‌های توصیفی و به‌طور اختصاصی از نوع اعتباریابی آزمون‌ها به‌حساب می‌آید. ۲۸۷ نفر از جانبازان مرد مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار اصلی پژوهش، مقیاس PSS-I-5 بود و از سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) و مقیاس اضطراب حالت-صفت (STAI) به‌منظور سنجش روایی واگرا و از فهرست نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب (PCL-M-5) و مقیاس اجرایی بالینی ساختاریافته اختلال استرس پس از آسیب بر اساس DSM-5 (CAPS-5) به‌منظور سنجش روایی همزمان استفاده شد. داده‌های پژوهش به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 24 و با استفاده از روش همبستگی و روش آلفای کرونباخ تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که آلفای کرونباخ مقیاس PSS-I-5 در حد مطلوبی قرار داشت ( $\alpha=0/91$ ). PSS-I-5 از روایی همگرا و واگرای مطلوب برخوردار بود. حساسیت PSS-I-5 برابر با ۰/۹۷٪ و ویژگی آن برابر با ۰/۷۲٪ به‌دست آمد. همچنین بر اساس تحلیل نتایج مشخص شد که PSS-I-5 از قابلیت افتراق بین افراد بیمار و سالم برخوردار است.

**نتیجه‌گیری:** مقیاس PSS-I-5 برای جمعیت نظامیان شرکت‌کننده در جنگ از پایایی و روایی مطلوب برخوردار است و می‌توان از آن در شناسایی و غربالگری نظامیان شرکت‌کننده در جنگ و ماموریت‌های نظامی استفاده نمود.

**کلیدواژه‌ها:** PTSD، روان‌سنجی، پایایی، روایی، DSM-5

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

نویسنده مسئول: arahnedjat@yahoo.com

### مقدمه

طبق بررسی‌های همه‌گیرشناسی در بسیاری از کشورها، ۲۰ تا ۹۰٪ از جمعیت عمومی، حداقل یک‌بار در طول زندگی‌شان در معرض یک رویداد آسیب‌زا یا تروما قرار می‌گیرند که مهم‌ترین آنها، سوءاستفاده‌های جنسی و جسمی دوران کودکی، تجاوز به عنف، خشونت خانگی، جنگ، تروریسم، کشتار دسته‌جمعی، شکنجه، آدم‌ربایی، اسارت ناشی از جنگ، تصادفات، زلزله، آتش‌سوزی، طوفان‌ها و گردبادهای سهمگین و غیره هستند. رویدادهای آسیب‌زا، شامل حمله‌ها و تجاوزهایی به سیستم ذهنی و بدنی انسان هستند که خرده‌سیستم‌های متعددی را تحت تأثیر خودشان قرار می‌دهند مانند کارکردهای فیزیولوژی، روان-عصبی، اجتماعی-عاطفی و معنوی و اغلب منجر به یک اختلال روان‌پزشکی پایدار می‌شوند<sup>[1]</sup>.

در این راستا یکی از اختلالات روان‌شناختی که ارتباط معناداری در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دارد، اختلال استرس پس از آسیب (Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD) است؛ به‌طوری که نتایج برخی از مطالعات مانند *رهنجات* و همکاران<sup>[8]</sup> حاکی از آن است که تقریباً ۲۵٪ افرادی که با یک رویداد آسیب‌زا مواجهه می‌شوند، نهایتاً به PTSD مبتلا می‌شوند. PTSD بر اساس پنجمین متن ویرایش‌شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; DSM-5)، مجموعه‌ای از نشانگان مستمر و مکرر است که پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد آسیب‌زا یا تروماتیک روی می‌دهد و با ۴ خوشه از نشانه‌ها شامل مزاحمت‌ها، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق و تغییرات منفی در برانگیختگی و واکنش‌پذیری، مشخص می‌شود<sup>[9]</sup>.

نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در زمینه میزان شیوع PTSD در بین جمعیت عمومی برحسب جامعه پژوهش متفاوت هستند و این تفاوت تا حدود زیادی بستگی به میزان شیوع رویدادهای آسیب‌زا در جایی دارد که شخص در آنجا زندگی می‌نماید. پژوهش‌ها میزان شیوع مادام‌العمر PTSD را در جمعیت عمومی حدود ۸٪ و در گروه‌های پرخطر یعنی گروه‌هایی که اعضایشان در معرض وقایع آسیب‌زا قرار دارند مانند کارکنان نظامی، بین ۵ تا ۷۵٪ برآورد نموده‌اند. میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال در زنان ۱۰ تا ۱۲٪ و در مردان ۵ تا ۶٪ است؛ اما در مجموع، نتایج حاکی از آن است که میزان بروز و شیوع مادام‌العمر PTSD در جمعیت عمومی تقریباً بین ۱ تا ۹٪ است<sup>[10-17]</sup>. از طرفی جنگ و انجام ماموریت‌های نظامی و انتظامی یکی از رویدادهای آسیب‌زای شایع در سازمان‌های نوع سازمان‌ها به‌خصوص کهنه‌سربازان می‌شود<sup>[2, 18-22]</sup>. نتایج پژوهش‌های مختلف در این زمینه حاکی از آن است که مواجهه با جنگ می‌تواند خطر ابتلاء به PTSD را افزایش دهد. مطالعات کودکی و همکاران<sup>[23]</sup> و پری‌گرسون و همکاران<sup>[24]</sup>، حکایت از میزان بالای شیوع مادام‌العمر این اختلال (۲۲ تا ۳۱٪) در بین کهنه‌سربازان

خانواده‌هایشان و در سطح کلان نیروهای نظامی کشور، بیش از گذشته اهمیت و ضرورت دارد. یکی از روش‌های موثر و کارآمد در این زمینه، استفاده از ابزارهای غربالگری است. در دهه‌های اخیر، طیف وسیعی از ابزارهای ارزیابی و غربالگری برای تروما و علایم مربوط به آن از جمله پرسش‌نامه‌های خودگزارشی و اشکال متنوعی از روش‌های مصاحبه در ایران و خارج از ایران برای بررسی PTSD ساخته و اعتباریابی شده‌اند که یکی از ابزارهای مصاحبه‌ای جدید و معتبر که از سال ۲۰۱۶ در این زمینه مورد استفاده قرار می‌گیرد، مقیاس نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (PTSD) (Symptom Scale-Interview for DSM-5; PSS-I-5) است.

چک‌لیست PSS-I-5 بر اساس DSM-5 طراحی شده و یک مقیاس اجرایی برای متخصصان بالینی است که شدت و تشخیص علایم PTSD را مطابق معیارهای DSM-5 ارزیابی می‌کند. نسخه اصلی مقیاس PSS-I [31] یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ۱۷ ماده‌ای بود که معیارهای PTSD را مطابق DSM-IV ارزیابی می‌کرد [9]. اختصار و سهولت استفاده از آن موجب استفاده گسترده و ترجمه آن به بسیاری از زبان‌ها شده بود. PSS-I-5 مشابه PSS-I، یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انعطاف‌پذیر است که به متخصصان بالینی، اجازه می‌دهد تا PTSD را تشخیص دهند و همچنین تخمینی از شدت علایم کسب کنند. علایم با در نظر گرفتن اطلاعات مربوط به دفعاتی که این علایم تجربه می‌شود و شدت علایم در هنگام تجربه، امتیاز می‌گیرند. PSS-I-5 اطلاعات مربوط به هر یک از معیارهای PTSD را بر اساس آخرین تغییرات به‌عمل آمده در DSM-5، از جمله وجود یک رویداد آسیب‌زا، اختلالات، پریشانی و همین‌طور اطلاعات مربوط به شروع و مدت‌زمان علایم فراهم می‌کند [9].

با توجه به تغییرات به‌وجود آمده در ملاک‌های تشخیصی PTSD در DSM-5، نیاز به یک ابزار ارزیابی دقیق به‌روز و معتبر محسوس بود که این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی (یکپارچگی و ثبات درونی، پایایی بینابینی و روایی همگرا و واگرا) جدیدترین و کامل‌ترین مقیاس تشخیصی PTSD یعنی PSS-I-5 در جمعیت کهنه‌سربازان انجام شد.

### ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، از حیث گردآوری اطلاعات، پیمایشی و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات اعتباریابی و هنجاریابی به‌حساب می‌آید که در قالب یک مطالعه توصیفی در بازه زمانی مهرماه ۱۳۹۸ تا خردادماه ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه شامل تعداد ۲۸۷ نفر از کلیه کهنه‌سربازان مرد ارتش جمهوری اسلامی ایران بودند که برای شرکت در کمسیون ماده ۸۷ به بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران مراجعه نموده بودند. نمونه مورد نظر بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس (به‌دلیل عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی) و ملاک‌های ورود شامل ۱- نظامی پایور شاغل یا بازنشسته یا سرباز

دارند. در مطالعات هوگ و همکاران [25]، سیل و همکاران [26]، تانلییان و همکاران [27] و واسترلینگ و همکاران [28]، میزان شیوع فعلی PTSD در بین کارکنان نظامی شرکت‌کننده در طول اجرای عملیات آزادسازی پایدار (Operation Enduring Freedom; OEF) و عملیات آزادسازی عراق (Operation Iraqi Freedom; OIF)، بین ۱۳ تا ۲۰٪ برآورده شده است. مطالعه شرکت‌زند (مرکز تحقیقات تعیین سیاست‌های بهداشتی در نیروهای نظامی ارتش آمریکا) با عنوان "زخم‌های نامریی: سلامت روان و نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی در کهنه‌سربازان آمریکایی بازگشته از جنگ" برآورد نمود که از هر ۵ نظامی آمریکایی شرکت‌کننده در عملیات‌های آزادسازی عراق و افغانستان، یک نفر یا ۱۸/۵٪ از PTSD یا برخی از آنها تماماً از افسردگی اساسی رنج می‌بردند [27]. اندروز و همکاران [29] طی یک بررسی سیستماتیک، میزان شیوع PTSD تاخیری را در بین افراد نظامی و غیرنظامی به‌ترتیب ۳۸/۲٪ و ۱۵/۳٪ برآورد نمود. همچنین در ایران راه‌نجات و همکاران [8] میزان شیوع PTSD را در کهنه‌سربازان ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۲۴٪ برآورد نمودند.

وجود کارکنان نظامی و انتظامی و کهنه‌سربازان مبتلا به PTSD علاوه بر تحمیل هزینه‌های مالی هنگفت به نیروهای نظامی، انتظامی کشور و مشکلات جانبی برای خودشان به‌خصوص در حوزه‌های کارکرد خانوادگی، اجتماعی، ارتباطی، شغلی، می‌تواند موجب کاهش توان رزم نیروهای مسلح شود. نتایج یک پژوهش گسترده در بین خانواده کهنه‌سربازان مبتلا به PTSD بازگشته از جنگ‌های عراق و افغانستان نشان داد که دو-سوم همسران آنان نوعی از مشکلات خانوادگی یا سازگاری را گزارش نمودند. ۲۲٪ از کهنه‌سربازان شرکت‌کننده در آن مطالعه، نگران برخورد گرم کودکان‌شان با خودشان یا ترس کودکان‌شان از آنها بودند. ۵۶٪ از آنها که اخیراً از همسرشان جدا شده بودند، تعارض‌هایی از نوع هل‌دادن، فریادزدن و حمله‌کردن را گزارش نمودند. همچنین دست کم ۴۰۰۰۰ نفر از کهنه‌سربازان یعنی ۱۵٪ آنها به‌دلیل سوءمصرف مواد و مشروبات الکلی تحت درمان در مراکز درمانی وابسته به اداره کهنه‌سربازان ارتش آمریکا قرار گرفتند که این موضوع هزینه‌های مالی و اقتصادی سنگینی را هر سال به ارتش آمریکا تحمیل می‌نماید [30]. بنابراین تاثیر جنگ بر ابتلا به PTSD در کارکنان نظامی و انتظامی به‌خصوص کهنه‌سربازان و پیامدهای ناشی از این اختلال از جمله آشفتگی و اختلال در عملکرد در حوزه‌های مختلف، تبدیل به یک نگرانی عمده در میان مسئولین کشورها، فرمانده‌های نظامی و سیاست‌گذاران شده است [4, 6-9].

با وجود ۸ سال جنگ ایران و عراق و بروز بسیاری از مشکلات حاد روانی (از جمله PTSD) در بین نیروهای نظامی ایران به‌ویژه کهنه‌سربازان و به دنبال آن، مشکلات بعدی نظیر اختلالات همراه و عملکردی در حوزه‌های مختلف، شناسایی کارکنان نظامی و کهنه‌سربازان مبتلا به PTSD به‌منظور ارائه به‌موقع خدمات روان‌شناختی برای پیشگیری از سایر پیامدهای منفی در بین آنان و

دارای روایی همگرا با ۳ مقیاس اجرایی بالینی ساختاریافته اختلال استرس پس از ضربه بر اساس DSM-5 (CAPS-5)، مقیاس تشخیصی علایم پس از ضربه بر اساس DSM-5 (Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5)، نسخه مخصوص چکلیست PTSD (PTSD Checklist-Specific PTSD Checklist-Version) بوده و با سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II; BDI-II) و مقیاس اضطراب حالت-صفت (State-Trait Anxiety Inventory; STAI) دارای روایی واگرا بود. تجزیه و تحلیل ویژگی‌های مهم این مقیاس، نمره برش ۲۳ برای شناسایی احتمال تشخیص PTSD ارائه کرده است. به طور کلی، این یافته‌ها نشان می‌دهد که PSS-I-5 یک ابزار معتبر و مطمئن برای ارزیابی تشخیص و شدت PTSD است [33].

۳- فهرست اختلال استرس پس از سانحه-ویرایش نظامی-نسخه پنجم (PTSD Checklist for DSM-5; PCL-M-5): چکلیست PCL-M-5 یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان یک ابزار کمک-تشخیصی به‌کار می‌رود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه بودن آن است؛ زیرا مدت زمان اجرا تقریباً ۱۰ دقیقه است. این فهرست به وسیله صادقی و همکاران [34] بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده است و شامل ۲۰ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های سرزده و ناخوانده (ملاک B)، ۲ ماده آن مربوط به نشانه‌های اجتنابی (ملاک C)، ۷ ماده آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق (ملاک D) و ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی و واکنش‌پذیری (ملاک E) است. این فهرست به دو روش نمره‌گذاری می‌شود؛ اول، جمع نمرات از محدوده ۰-۸۰ که می‌تواند از طریق جمع نمرات آیتم‌های ۲۰ گانه بر اساس مقیاس لیکرت به‌دست آید. نمره ۳۸ نقطه‌برش برای تشخیص PTSD، برای نمونه‌های مربوط به نیروهای نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتباریابی شده است. گزینه‌ها شامل: اصلاً (صفر)، خیلی کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) هستند. دومین روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM-5 پیروی می‌کند. بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (سئوال‌ات ۱-۵)، یک نشانه از نشانه‌های ملاک C (سئوال‌ات ۶-۷)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D (سئوال‌ات ۸-۱۴) و ۲ نشانه از نشانه‌های ملاک E (سئوال‌ات ۱۵-۲۰) برای تشخیص PTSD کافی است [34]. در خصوص اعتباریابی این فهرست، ودرز و همکاران در مطالعه‌ای روی ۱۲۳ نفر مرد شرکت‌کننده در جنگ ویتنام، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان C، B و D و ضریب ۰/۹۶ را به‌عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله ۲ یا ۳ روز گزارش دادند. آنها در مطالعه اول خود، روایی همگرا را بین این فهرست و ابزارهای زیر گزارش دادند؛ مقیاس می‌سی‌سی‌پی: ۰/۹۳، مقیاس Pt مربوط به (Minnesota Multiphasic Personality MMPI-2) به

منقضی خدمت در یکی از نیروهای چهارگانه ارتش (نیروی پدافند، نیروی هوایی، نیروی زمینی و ستاد مشترک ارتش جمهوری اسلامی ایران)، ۲- داشتن سوابقی از حضور در جنگ در دوران ۸ سال دفاع مقدس، ۳- برخورداری از انگیزه بالا و تمایل به‌منظور شرکت در پژوهش و ۴- برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ۱- عدم حضور در جنگ و ۲- عدم تمایل برای شرکت در تحقیق بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع نمونه‌گیری تصادفی ساده (در دسترس) است. با توجه به جامعه مورد نظر و بر اساس فرمول کوهن ( $n = z^2(1-p)/d^2$ ) حجم نمونه زمانی که محقق با مشورت متخصصین متدولوژی مقدار  $d^2$  را برابر با ۰/۰۶ در نظر گرفت، حداقل حجم نمونه ۲۶۷ نفر در نظر گرفته شد [32].

در پژوهش حاضر از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: این پرسش‌نامه حاوی پرسش‌هایی بود که به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، درجه نظامی، مدت زمان حضور در جبهه، سن حضور در جبهه، یگان خدمتی در زمان جنگ، تعداد رویدادهای آسیب‌زای تجربه‌شده در زمان حضور در جنگ، زمان شروع علایم و نشانه‌ها پس از تجربه استرس‌آور جنگی، درصد جانبازی و غیره مرتبط با اختلال PTSD در بین کهنه‌نظامیان ارتشی مورد استفاده قرار گرفت.

۲- مقیاس علایم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس پنجمین نسخه راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی (PSS-I-5): چکلیست PSS-I-5 به‌عنوان یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و انعطاف‌پذیر توسط فو/ و همکاران [33] طراحی شده است که امکان تشخیص PTSD و همچنین امکان رسیدن به یک ارزیابی از شدت علایم را به بالینگرانی که با PTSD آشنا هستند، می‌دهد. مصاحبه‌کنندگان هنگام تکمیل PSS-I-5، باید علایم را به یک هدف تروماتیک مشخص مرتبط کنند. پاسخ‌دهندگان در بیشتر موارد، رویداد آسیب‌زا یا تروماتیک را به‌عنوان شایع‌ترین علت پریشانی می‌شناسند؛ با این حال، PSS-I-5 ممکن است برای ارزیابی علایم مرتبط با هر رویداد آسیب‌زا (تروماتیک) مورد استفاده قرار گیرد. مصاحبه‌کننده به‌منظور رتبه‌بندی معتبر علایم PTSD، باید چارچوب زمانی از علایم که گزارش می‌شود را تعیین کند. این نسخه از PSS-I-5 تنها برای علایمی استفاده می‌شود که در ماه گذشته اتفاق افتاده‌اند. به‌صورت نظری، PSS-I-5 می‌تواند برای ارزیابی علایم در طول دوره‌های زمانی طولانی‌تر و کوتاه‌تر هم استفاده شود، اما روایی مصاحبه در این شرایط مورد بررسی قرار نگرفته است. مصاحبه‌کننده باید دوره زمانی یک‌ماهه قبل از آغاز مصاحبه را تعیین کند و در طول مصاحبه، چهارچوب زمانی را به پاسخ‌دهنده یادآوری کند. در تحقیق فو/ و همکاران، مقیاس PSS-I-5 دارای ثبات درونی ( $\alpha = 0/89$ ) و پایایی آزمون باز آزمون ( $r = 0/87$ ) و نیز قابلیت اطمینان بینابینی عالی برای نمره شدت کلی (همبستگی درون‌گروهی = ۰/۹۸) و توافق مستقیم برای تشخیص اختلال استرس پس از آسیب بود ( $k = 0/84$ ). همچنین PSS-I-5

به‌دست آمد [37]. در پژوهش دیگری نیز که در مشهد روی ۶۰۰ فرد انجام شد، پایایی این پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱، برای اضطراب صفت ۰/۹۰، و برای کل مقیاس ۰/۹۴ به‌دست آمد [37].

۶- مقیاس اجرایی بالینی ساختاریافته اختلال استرس پس از ضربه بر اساس DSM-5: این مقیاس، یک مقیاس استاندارد برای ارزیابی نشانه‌های PTSD است که توسط انجمن ملی PTSD آمریکا بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 تهیه شده است [8]. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باور هستند که به‌کمک این مقیاس، متخصصان بالینی می‌توانند اطلاعات کمی و کیفی در زمینه نشانه‌های PTSD به‌دست آورند. این مقیاس برای هر علامت PTSD دارای ۳ شاخص تواتر، عمق و شدت نشانه است که بر اساس تعریف، شدت نشانه عبارت از مجموع نمره فراوانی و عمق اثر هر نشانه است. نمره دو شاخص اول به‌صورت صعودی صفر تا ۴ تعیین می‌شود و نمره شدت اختلال بین صفر تا ۸ قرار می‌گیرد که حداقل نمره ۴ (برای اطمینان بیشتر نمره ۳) در شاخص شدت برای وجود آن علامت لازم است [38].

بررسی‌های چندی در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale) انجام شده است که گویای پایایی و روایی بالای این مقیاس است. بلانچارد و همکاران [39] ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها را بالاتر از ۰/۹۵ گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده روی چینی‌ها ۰/۹۰، افغانی‌ها ۰/۹۱ و در آفریقای غربی ۰/۹۱ بوده است [8]. شنایدر و مورگلی [40] در بررسی پایایی این ابزار روی قربانیان تصادفات رانندگی، ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به‌دست آوردند. رنر و همکاران [41] این مقیاس را در مقایسه با سایر ابزارهای سنجش علایم PTSD دارای بیشترین ضریب تشخیص دانسته‌اند. مقیاس مذکور از طریق اداره کهنه‌سربازان ایالات‌متحده آمریکا دریافت شد و پس از ترجمه به فارسی و بازترجمه به انگلیسی و تایید روایی صوری مقیاس توسط دو نفر از روان‌شناسان مسلط به زبان انگلیسی مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری بر اساس دستورالعمل اجرایی مقیاس به‌صورت مصاحبه ساختاریافته مبنی بر بررسی دو عامل وجود یا عدم وجود علایم و شدت علایم (فراوانی و تکرار علایم در هفته و ماه) با احتساب علایم دارای شدت متوسط و بالاتر و وجود حداقل علایم مورد نیاز در دسته‌های A، B، C، D و E برای تشخیص اختلال و علایم هر دسته از اختلالات بر مبنای DSM-5 انجام می‌شود. در این پژوهش ضریب پایایی این مقیاس بین ۴ ارزیاب، ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

ودرز و همکاران به بررسی روایی همگرا و واگرایی این مقیاس روی ۱۲۳ بازمانده جنگی پرداختند که نتایج بررسی آنها گویای همبستگی ۰/۵۳ نمره کلی شدت CAPS-5 با مقیاس مواجهه با جنگ (Combat Exposure Scale; CES)، همبستگی ۰/۹۱ با مقیاس می‌سی‌پی ویژه PTSD مرتبط با جنگ، همبستگی ۰/۷۷ با مقیاس PTSD برگرفته از مقیاس Pt مربوط به MMPI و همبستگی ۰/۸۹

(Inventory-2): ۰/۷۷، مقیاس اثر حادثه: ۰/۹، مقیاس رویارویی با جنگ: ۰/۴۶. علاوه‌بر آن نقطه‌برش ۵۰ را برای این مقیاس به‌عنوان نقطه بهینه برای پیش‌بینی تشخیص‌های PTSD تعیین کردند که حساسیتی برابر ۰/۸۲ و ویژگی برابر ۰/۸۳ را نتیجه داد. در مطالعه دوم، ۱۰۰۶ نفر از نیروهای نظامی شرکت‌کننده در جنگ خلیج فارس را مورد بررسی قرار دادند. نتایج همسانی درونی ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ را به‌ترتیب برای نشانگان C و D به‌دست آوردند. همچنین در این مطالعه، روایی همگرا مقیاس می‌سی‌پی برابر ۰/۸۵ بود [34].

۴- سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ میلادی توسط بک و همکاران [35] ساخته شد. در این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سئوالات پاسخ دهد. این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ ماده است. BDI-II دارای ۲۱ گویه است و هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آنها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهند. هر گویه از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بنابراین فرد در این پرسش‌نامه می‌تواند نمره‌ای بین صفر تا ۶۳ کسب کند [35]. به‌منظور سنجش پایایی پرسش‌نامه افسردگی بک، یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی نشان داده است که ضرایب به‌دست‌آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است [35]. پایایی این پرسش‌نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به این شرح بوده است: ضریب آلفای کرونباخ: ۰/۹۱، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون: ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی: ۰/۹۴ [36].

۵- مقیاس اضطراب حالت-صفت (STAI): پرسش‌نامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر (Spielberger) در سال ۱۹۷۰ میلادی توسط اسپیلبرگر ساخته شد. این پرسش‌نامه حاوی ۴۰ سؤال است که از سئوالات ۱ تا ۲۰ اختصاص به اضطراب حالت و از سئوالات ۲۱ تا ۴۰ اختصاص به اضطراب صفت دارد. سئوالات مربوط به اضطراب حالت در طیف لیکرت ۴‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارت‌اند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد و سئوالات مربوط به اضطراب صفت نیز به همان صورت ۴‌گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند که عبارتند از: تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه [37] در نهایت دو نمره به‌دست می‌آید که نمره اول نشان‌دهنده اضطراب حالت و نمره دوم نشان‌دهنده اضطراب صفت است. هر فرد نیز می‌تواند در این دو نوع اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. اسپیلبرگر و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اضطراب حالت را ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین ضریب آزمون-بازآزمون برای زیرمقیاس اضطراب حالت ۰/۶۲ و برای زیرمقیاس اضطراب صفت ۰/۶۸ به‌دست آمد. در پژوهشی که روی ۲۱۹ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی و افراد عادی انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۲ و در مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰



میانگین سن مشارکت‌کنندگان در زمان جنگ  $21/0 \pm 4/8$  سال بود. ۹۲٪ مشارکت‌کنندگان درصد جانبازی نداشتند و ۸۵/۷٪ از آنها دچار موج انفجار شده بودند. ۶۰/۳٪ وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند. ۶۳/۴٪ دارای مسکن شخصی بودند. شرکت در جنگ بر عملکرد شغلی ۶۰/۶٪ آنها تاثیر زیادی داشت و همین‌طور در ۶۰/۳٪ از موارد شرکت در جنگ تاثیر زیادی بر عملکرد آنها در خانواده به همراه داشت. در ۶۱٪ موارد حضور در جنگ منجر به تاثیر زیاد بر عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی آنها شده بود. دامنه ضرایب آلفای کرونباخ تمام سئوالات و نمره کل مقیاس در حد مطلوبی قرار داشت ( $\alpha=0/91$ )؛ بنابراین PSS-I-5 از پایایی (همسانی درونی) مطلوبی برخوردار بود (جدول ۱).

جدول ۱) نتایج پایایی پرسش‌های مقیاس PSS-I-5

شماره پرسش	میانگین آماری	ضرایب آلفای کرونباخ
PSSI1	$2/04 \pm 0/81$	۰/۹۱۶
PSSI2	$1/69 \pm 0/88$	۰/۹۱۵
PSSI3	$1/63 \pm 0/76$	۰/۹۱۲
PSSI4	$1/80 \pm 0/73$	۰/۹۱۲
PSSI5	$1/89 \pm 0/78$	۰/۹۱۲
PSSI6	$1/63 \pm 0/98$	۰/۹۱۵
PSSI7	$1/67 \pm 1/03$	۰/۹۱۸
PSSI8	$1/11 \pm 0/90$	۰/۹۱۹
PSSI9	$1/59 \pm 0/74$	۰/۹۱۳
PSSI10	$1/70 \pm 0/89$	۰/۹۱۶
PSSI11	$1/83 \pm 0/74$	۰/۹۱۵
PSSI12	$1/77 \pm 0/73$	۰/۹۱۴
PSSI13	$1/83 \pm 0/87$	۰/۹۱۵
PSSI14	$1/64 \pm 0/75$	۰/۹۱۶
PSSI15	$2/52 \pm 0/77$	۰/۹۱۸
PSSI16	$0/62 \pm 0/86$	۰/۹۲۱
PSSI17	$2/24 \pm 0/82$	۰/۹۱۵
PSSI18	$2/14 \pm 0/74$	۰/۹۱۴
PSSI19	$1/92 \pm 0/83$	۰/۹۱۴
PSSI20	$2/15 \pm 0/86$	۰/۹۱۵
نمره کل	$42/35 \pm 10/16$	۰/۹۱۰

برای بررسی روایی همگرایی PSS-I-5، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. به همین منظور، همبستگی مقیاس‌های PSS-I-5 با PCL-M-5 و CAPS-5 سنجیده شد (جدول ۲). نتایج نشان داد که ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با PCL-M-5 و CAPS-5 معنادار بودند ( $p < 0/01$ ). همچنین ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با CAPS-5 به ترتیب عبارت بودند از: نشانه‌های تجربه مجدد ( $r=0/74$ )، نشانه‌های اجتنابی ( $r=0/53$ )، تغییرات در شناخت و خلق ( $r=0/74$ )، برانگیختگی و واکنش‌پذیری ( $r=0/71$ ) و نمره کل PSS-I-5 ( $r=0/83$ ) و همچنین همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با PCL-M-5 به ترتیب عبارت بودند از: نشانه‌های تجربه مجدد ( $r=0/72$ )، نشانه‌های اجتنابی ( $r=0/56$ )، تغییرات در شناخت و خلق ( $r=0/72$ )، برانگیختگی و واکنش‌پذیری

با شمار علائم PTSD در مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک (Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID) بود. این مقیاس قادر به ارزیابی میزان عملکرد فردی و اجتماعی و نیز دارای معیارهایی برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخ‌ها است [42]. این مقیاس در ایران توسط فیروزآبادی و همکاران [43] اعتباریابی شده است. ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است.

برای انجام پژوهش، ابتدا پس از تماس با مولف اثر و کسب اجازه حق کپی، نسخه اصلی مقیاس دریافت شد. سپس نسخه انگلیسی به روش جلورونده و توسط ۳ متخصص روان‌شناسی مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد و در ادامه، ترجمه رو به عقب توسط متخصص انگلیسی‌زبان و آشنا به زبان فارسی انجام شد. پس از اخذ مجوزهای لازم (به شماره: IR.AJAUMS.REC.1398.138)، پرسش‌نامه‌های آماده‌شده در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش توضیح داده شد. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این ضمن پاسخ به تمام سئوالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آنها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند و در ضمن، اجرای این پژوهش هیچ گونه هزینه مالی بر شرکت‌کنندگان تحمیل نخواهد کرد. یک برگه راهنمای نحوه پرکردن پرسش‌نامه، رضایت‌نامه و همچنین نحوه استفاده از اطلاعات همراه پرسش‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. شرکت‌کننده مختار بود در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری صرف‌نظر کند.

ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-I-5 از طریق محاسبه روایی (سازه و همزمان)، حساسیت و ویژگی، پایایی (آلفای کرونباخ) و تعیین نقطه‌برش بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

۱۲۲ نفر از مشارکت‌کنندگان پایین‌تر از ۵۵ سال و ۱۶۵ نفر بالاتر از ۵۵ سال سن داشتند. همچنین ۹۵٪ از آنها متاهل بودند. بیشترین فراوانی شرکت‌کننده‌ها برحسب مقطع تحصیلی مربوط به مقطع دیپلم (۳۹٪) و کمترین آن مربوط به مقطع زیر دیپلم (۵۹/۶٪) بود. ۷۷٪ بین یک تا ۳ سال سابقه حضور در جبهه داشتند و ۹۵/۵٪ تجربه اسارت نداشتند. ۷۲/۵٪ آنها از طبقه نظامیان جزء بودند که بیشترین فراوانی مربوط به رسته خدمتی رزمی (۶۶/۲٪) و کمترین فراوانی مربوط به رسته خدمتی بهداشت و درمان (۱/۷٪) بود. ۵۴/۴٪ نمونه‌ها بازنشسته و ۴۵/۶٪ در زمان پژوهش شاغل بودند. ۵۶/۱٪ سابقه مجروحیت در زمان جنگ داشتند که نوع مجروحیت در ۶۵/۶٪ این افراد هم مجروحیت جسمی و هم موج انفجار بود.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس/مصاحبه‌های علیم اختلال استرس پس از آسیب بر اساس ... ۱۲۱  
 از: نشانه‌های تجربه مجدد ( $r=0/22$ )، نشانه‌های اجتنابی ( $r=0/10$ )،  
 تغییرات در شناخت و خلق ( $r=0/26$ )، برانگیختگی و واکنش‌پذیری  
 ( $r=0/22$ ) و نمره کل PSS-I-5 ( $r=0/26$ ) و همچنین همبستگی  
 زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با BDI-II به ترتیب عبارت بودند از:  
 نشانه‌های تجربه مجدد ( $r=0/38$ )، نشانه‌های اجتنابی ( $r=0/23$ )،  
 تغییرات در شناخت و خلق ( $r=0/49$ )، برانگیختگی و واکنش‌پذیری  
 ( $r=0/49$ ) و نمره کل PSS-I-5 ( $r=0/50$ ). با توجه به پایین‌بودن  
 ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با BDI-II و STAI،  
 می‌توان گفت که مقیاس PSS-I-5 از روایی و اگر برخوردار بود.

و نمره کل PSS-I-5 ( $r=0/70$ )؛ بنابراین می‌توان گفت  
 PSS-I-5 از روایی همگرا برخوردار بود.  
 به‌منظور بررسی روایی و اگرای مقیاس PSS-I-5، از ضریب  
 همبستگی پیرسون استفاده شد. به همین منظور، همبستگی  
 مقیاس‌های PSS-I-5 با BDI-II و مقیاس STAI سنجیده شد  
 (جدول ۳). ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با BDI-II  
 و STAI (به جز در متغیر نشانه‌های اجتنابی) با STAI در سایر  
 زیرمقیاس‌ها و نمره کل معنادار بودند ( $p<0/01$ ). همچنین ضرایب  
 همبستگی زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با STAI به ترتیب عبارت بودند

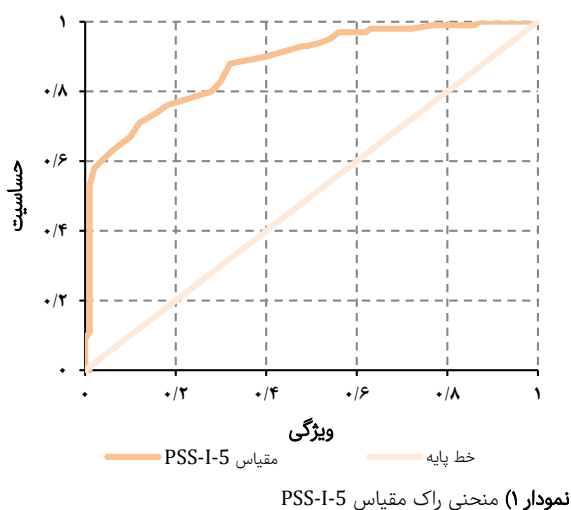
جدول ۲) نتایج بررسی روایی همگرای PSS-I-5 با استفاده از ضرایب همبستگی در زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با CAPS-5 و PCL-M-5؛  $p<0/01$

متغیرها	CAPS-5	PCL-M-5	نشانه‌های تجربه مجدد	نشانه‌های اجتنابی	تغییرات در شناخت و خلق	برانگیختگی و واکنش‌پذیری	نمره کل PSS-I-5
CAPS-5	۱						
PCL-M-5	۰/۸۹	۱					
نشانه‌های تجربه مجدد	۰/۷۴	۰/۷۲	۱				
نشانه‌های اجتنابی	۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۵۱	۱			
تغییرات در شناخت و خلق	۰/۷۴	۰/۷۲	۰/۷۲	۰/۵۰	۱		
برانگیختگی و واکنش‌پذیری	۰/۷۱	۰/۶۵	۰/۶۳	۰/۴۱	۰/۶۸	۱	
نمره کل PSS-I-5	۰/۸۳	۰/۸۰	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۹۱	۰/۸۴	۱

جدول ۳) نتایج بررسی روایی و اگرای PSS-I-5 با استفاده از ضرایب همبستگی در زیرمقیاس‌های PSS-I-5 با BDI-II و STAI؛  $p<0/01$

متغیرها	STAI	BDI-II	نشانه‌های تجربه مجدد	نشانه‌های اجتنابی	تغییرات در شناخت و خلق	برانگیختگی و واکنش‌پذیری	نمره کل PSS-I-5
STAI	۱						
BDI-II	۰/۱۴*	۱					
نشانه‌های تجربه مجدد	۰/۲۲	۰/۳۸	۱				
نشانه‌های اجتنابی	۰/۱۰	۰/۲۳	۰/۵۱	۱			
تغییرات در شناخت و خلق	۰/۲۶	۰/۴۹	۰/۷۲	۰/۵۰	۱		
برانگیختگی و واکنش‌پذیری	۰/۲۲	۰/۴۹	۰/۶۳	۰/۴۱	۰/۶۸	۱	
نمره کل PSS-I-5	۰/۲۶	۰/۵۰	۰/۸۷	۰/۶۶	۰/۹۱	۰/۸۴	۱

\*  $p<0/05$



به‌منظور یافتن نقطه‌ای از نقطه نزدیک تقارب که بهترین حساسیت  
 و ویژگی را به‌دست آورد و قادر به تشخیص علامت‌دار بودن (داشتن  
 اختلال استرس پس از آسیب) از بدون علامت بودن (نداشتن اختلال  
 استرس پس از آسیب) باشد، از تحلیل منحنی عامل گیرنده و نمودار  
 راک استفاده شد (نمودار ۱). اختلاف مساحت سطح زیرمنحنی با  
 ۰/۸۸% معنادار شد ( $p<0/01$ ). همچنین حساسیت مقیاس برابر با  
 ۰/۹۷% و ویژگی آن برابر با ۰/۶۲% به‌دست آمد؛ بنابراین با توجه به  
 مناسب‌ترین حساسیت و ویژگی، نقطه‌برش PSS-I-5، معادل ۲۵  
 ارزیابی شد. به عبارت دیگر، حساسیت برابر با ۰/۹۷%، نشان‌دهنده  
 نمره بالاتر از ۲۵ (فرد علامت‌دار؛ اختلال استرس پس از آسیب) و  
 ویژگی برابر با ۰/۶۲% نشان‌دهنده نمره پایین‌تر از ۲۵ (فرد علامت‌دار؛  
 اختلال استرس پس از آسیب) بود (نمودار ۱).

تشخیصی PTSD از این مقیاس استفاده نمود. نتایج بررسی روایی همگرا PSS-I-5، از طریق ارزیابی همبستگی PSS-I-5 با CAPS-5 و PCL-M که از ابزارهای معتبر تشخیصی PTSD بر اساس DSM-5 هستند، حکایت از آن داشت که PSS-I-5 از روایی همگرای مناسب برخوردار بود. این یافته نیز با نتایج به دست آمده در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-I-5 [33, 44, 45] همسو است. در مطالعه فو و همکاران [33]، بین PSS-I-5 با PDS-5، PCL-S و نمرات کلی CAPS-5 همبستگی به دست آمد.

همچنین نتایج بررسی روایی واگرا PSS-I-5، از طریق ارزیابی همبستگی PSS-I-5 با BDI-II و STAI نشان داد که PSS-I-5 از روایی واگرای مناسبی برخوردار بود. این نتیجه با نتایج بررسی‌های انجام شده در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-I-5 [33, 44, 45] همسو است. در مطالعه فو و همکاران [33] نتایج تحلیل‌های انجام شده نشان داد که ارتباط بین PSS-I-5 و STAI و BDI-II به صورت معناداری پایین‌تر از ارتباط بین PSS-I-5 با PDS-5 و PCL-S است که تمام این شواهد حاکی از روایی واگرای مناسب این مقیاس است.

همچنین در این مطالعه با توجه به نتایج تحلیل منحنی راک، بهترین حساسیت ۹۷٪ و ویژگی ۶۲٪ برای PSS-I-5 به دست آمد که در نتیجه عدد ۲۵ به عنوان نقطه برش انتخاب شد. نقطه برش به دست آمده در این بررسی کمی بالاتر از نقطه برش به دست آمده در مطالعه فو و همکاران است؛ زیرا در آن مطالعه نقطه برش ۲۳ انتخاب شد [33]. فو و همکاران، حساسیت و ویژگی ۷۷٪ را برای PSS-I-5 گزارش نمودند. در این راستا باید به نقش ساختار فرهنگی هم توجه داشت؛ زیرا آزمون‌های مرتبط با علوم انسانی به خصوص ابزارهای روان‌شناسی برخلاف آزمون‌های علوم پزشکی و پایه وابسته به فرهنگ هستند. از طرف دیگر جمعیت مورد مطالعه کهنه‌سربازانی بودند که سال‌های زیادی از مواجهه آنان با رویدادهای آسیب‌زای جنگی می‌گذرد و بنابراین شدت نشانه‌های PTSD می‌تواند در گذر زمان و به دلایل مختلف مانند دریافت درمان‌های مختلف روان‌شناختی دریافتی و غیره، در آنها کمتر شده باشد و این موضوع می‌تواند نقش اساسی در تفاوت نقطه برش به دست آمده در این پژوهش نسبت به نقطه برش بررسی فو و همکاران داشته باشد.

در نهایت با توجه به روایی و اعتبار مناسب PSS-I-5، می‌توان از این مقیاس مانند سایر ابزارهای جدید ارزیابی PTSD مانند CAPS-5 [46]، PCL-M [47, 48]، SCID-5 [49, 50] و مقیاس تشخیص پس از آسیب بر اساس DSM-5 [33, 51]، به عنوان یک ابزار معتبر تشخیصی برای شناسایی افراد مبتلا به PTSD به خصوص کهنه‌سربازان و کارکنان نظامی شرکت‌کننده در جنگ، ماموریت‌های عملیاتی و انتظامی، استفاده کرد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، کمبود تعداد افراد نمونه، محدود بودن افراد نمونه به کهنه‌سربازان جنگ و تک‌جنسیتی بودن افراد نمونه است که اجازه مقایسه بین مردان و زنان را نمی‌دهد؛ به همین دلیل بایستی در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر و جنسیت

به منظور مقایسه میانگین‌های افراد بیمار و سالم در مقیاس PSS-I-5، از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۴). تفاوت میان میانگین‌های افراد بدون اختلال PTSD و افراد مبتلا به PTSD در زیرمقیاس‌ها و نمره کل مقیاس PSS-I-5 از نظر آماری معنادار بود ( $p < 0/01$ ). از آنجا که میانگین‌های افراد بیمار (مبتلا به PTSD) بالاتر از میانگین‌های افراد سالم (بدون PTSD) بود، می‌توان گفت که مقیاس PSS-I-5 قابلیت افتراق بین افراد بیمار و سالم را داشت.

**جدول ۴** مقایسه میانگین‌های افراد بیمار (۲۳۴ نفر) و افراد سالم (۵۳ نفر) در زیرمقیاس‌های PSS-I-5؛ برای همه موارد،  $p < 0/01$  و درجه آزادی برابر ۲۸۵ است.

زیرمقیاس‌های PSS-I-5	میانگین آماری	مقدار t
<b>نشانه‌های تجربه مجدد</b>		
بدون اختلال	۴/۷۲±۲/۰۵	
با اختلال	۱۰/۰۳±۲/۴۴	-۱۴/۷۳
<b>نشانه‌های اجتنابی</b>		
بدون اختلال	۱/۴۷±۱/۰۵	
با اختلال	۳/۷۱±۱/۷۷	-۸/۸۶
<b>تغییرات در شناخت و خلق</b>		
بدون اختلال	۶/۲۳±۱/۸۴	
با اختلال	۱۲/۶۶±۳/۰۸	-۱۴/۶۱
<b>برانگیختگی و واکنش‌پذیری</b>		
بدون اختلال	۷/۴۹±۲/۲۵	
با اختلال	۱۲/۵۳±۲/۶۵	-۱۲/۸۴
<b>نمره کل</b>		
بدون اختلال	۱۹/۹۱±۳/۹۷	
با اختلال	۳۸/۹۳±۷/۴۸	-۱۷/۹۳

## بحث

با توجه به تغییرات به وجود آمده در معیارهای تشخیص PTSD در DSM-5، نیاز به یک ابزار ارزیابی دقیق به روز، معتبر و ساخته شده بر اساس آخرین تغییرات به عمل آمده در ملاک‌های تشخیص PTSD محسوس بود. در این راستا تعداد زیادی از ابزارهای خودگزارشی و مصاحبه‌های بالینی برای ارزیابی PTSD اصلاح یا ساخته شده‌اند تا با تغییرات DSM-5 همسو شوند [42] مانند PSS-I-5. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-I-5 در بین کهنه‌سربازان ارتشی شرکت‌کننده در جنگ، انجام شده است.

در این پژوهش برای سنجش همسانی درونی بین سؤال‌های مقیاس، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که نتایج، نشان از بالابودن این ضریب بین سؤال‌های PSS-I-5 (۰/۹۱) داشت. بدین معنا که تمام سؤال‌های این مقیاس با هم همبستگی درونی داشتند و مقیاس مذکور از همسانی درونی بالایی برخوردار بود. این نتیجه با نتایج بررسی‌های انجام شده در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی PSS-I-5 [33, 44, 45] همسو است. نتایج مطالعه فو و همکاران حاکی از بالابودن این ضریب در سؤال‌های PSS-I-5 (۰/۸۹) است. بنابراین با توجه به همسویی نتایج این بررسی با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان با اطمینان برای ارزیابی



- 6- Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, et al. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(3):447-57.
- 7- Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):291-9.
- 8- Rahnejat AM, Dabagi P, Rabiei M, Taghva A, Valipoor H, Donyavi V, et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder caused by war in veterans. *Iran J War Pub Health*. 2017;9(1):15-23. [Persian]
- 9- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental. 4<sup>th</sup> Edition. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- 10- Zungu LI. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the South African mining industry and outcomes of liability claims submitted to Rand Mutual Assurance Company. *Occup Health South Afr*. 2013;19(2):22-6.
- 11- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
- 12- Wittchen HU, Gloster A, Beesdo K, Schönfeld S, Perkonig A. Posttraumatic stress disorder: Diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectr*. 2009;14(1 Suppl 1):5-12.
- 13- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-76.
- 14- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
- 15- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
- 16- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):38-46.
- 17- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):28-37.
- 18- Schneiderman AI, Braver ER, Kang HK. Understanding sequelae of injury mechanisms and mild traumatic brain injury incurred during the conflicts in Iraq and Afghanistan: Persistent postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder. *Am J Epidemiol*. 2008;167(12):1446-52.
- 19- Gates MA, Holowka DW, Vasterling JJ, Keane TM, Marx BP, Rosen RC. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: Epidemiology, screening, and case recognition. *Psychol Serv*. 2012;9(4):361-82.
- 20- Lehavot K, Katon JG, Chen JA, Fortney JC, Simpson TL. Post-traumatic stress disorder by gender and veteran status. *Am J Prev Med*. 2018;54(1):e1-9.
- 21- Nichter B, Norman S, Haller M, Pietrzak RH. Psychological burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. veteran population: Suicidality, functioning, and service utilization. *J Affect Disord*. 2019;256:633-40.
- 22- Dillon KH, Hale WJ, LoSavio ST, Wachen JS, Pruiksma KE, Yarvis JS, et al. Weekly changes in blame and PTSD among active-duty military personnel receiving cognitive processing therapy. *Behav Ther*. 2020;51(3):386-400.
- 23- Kudler H. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179(10):644-5.

زن جانب احتیاط را رعایت نمود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، PSS-I-5 در حجم بزرگی از جمعیت غیرنظامی هر دو جنس که تجاربی از مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا دارند، هنجاریابی و کارایی آن تعیین شود.

## نتیجه‌گیری

می‌توان گفت که PSS-I-5 از اعتبار همسانی، روایی همگرا، روایی واگرا، روایی افتراقی، نقطه‌برش، حساسیت و ویژگی مناسب برخوردار است؛ بنابراین می‌توان از PSS-I-5 در غربالگری نیروهای نظامی شرکت‌کننده در جنگ و ماموریت‌های نظامی و انتظامی که سابقه مواجهه با رویدادهای آسیب‌زای جنگی و نظامی را دارند، استفاده نمود.

**تشکر و قدردانی:** بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه کهنه‌سربازان شرکت‌کننده در این پژوهش و روان‌پزشکان، روان‌شناسان و کارکنان بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش جمهوری اسلامی ایران تشکر و قدردانی کنند.

**تأییدیه اخلاقی:** این مطالعه در معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران با کد اخلاق به شماره IR.AJAUMS.REC.1398.138 به تصویب رسیده است.

**تعارض منافع:** موردی بیان نشده است.

**سهم نویسندگان:** محسن کریمی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ امیرمحسن راه‌نجات (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۲۰٪)؛ پرویز دباغی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۱۰٪)؛ ارسیا تقوا (نویسنده چهارم)، پژوهشگر کمکی/تحلیلگر آماری (۱۰٪)؛ محمد مجدیان (نویسنده پنجم)، روش‌شناسی/پژوهشگر کمکی (۱۰٪)؛ وحید دنیوی (نویسنده ششم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۵٪)؛ هاله شاهد حق‌قدم (نویسنده هفتم)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر کمکی (۵٪).

**منابع مالی:** این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران انجام شده است.

## منابع

- 1- Decker LR. Combat trauma: Treatment from a mystical/spiritual perspective. *J Humanist Psychol*. 2007;47(1):30-53.
- 2- Loinjon A, Ouellet MC, Belleville G. A systematic review and meta-analysis on PTSD following TBI among military/veteran and civilian populations. *J Head Trauma Rehabil*. 2020;35(1):E21-35.
- 3- Lukaschek K, Kruse J, Emeny RT, Lacruz ME, von Eisenhart Rothe A, Ladwig KH. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: A general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(4):525-32.
- 4- Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS. Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(2):215-23.
- 5- Carlier IV, Voerman BE, Gersons BP. Intrusive traumatic recollections and comorbid posttraumatic stress disorder in depressed patients. *Psychosom Med*. 2000;62(1):26-32.

- US combat soldiers: A head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(4):269-77.
- 39- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther*. 1996;34(8):669-73.
- 40- Morley CA, Kohrt BA. Impact of peer support on PTSD, hope, and functional impairment: a mixed-methods study of child soldiers in Nepal. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2013;22(7):714-34.
- 41- Renner W, Salem I. Post-traumatic stress in asylum seekers and refugees from Chechnya, Afghanistan, and West Africa: Gender differences in symptomatology and coping. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(2):99-108.
- 42- Weathers FW, Marx BP, Friedman MJ, Schnurr PP. Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychol Inj Law*. 2014;7(2):93-107.
- 43- Firoozabadi A, Asgharnejad Farid AA, Mirzaei J, Shareh H. Normalization of clinician administered PTSD scale-version 1 (CAPS-5-1) for psychological effects due to war. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2010;15(4):334-42.
- 44- Roche L. An acceptance and commitment therapy-based intervention for PTSD following traumatic brain injury: A case study. *Brain Inj*. 2020;34(2):290-7.
- 45- Hakvoort L, de Jong S, van de Ree M, Kok T, Macfarlane C, de Haan H. Music therapy to regulate arousal and attention in patients with substance use disorder and posttraumatic stress disorder: A feasibility study. *J Music Ther*. 2020;57(3):353-78.
- 46- Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychol Assess*. 2018;30(3):383-95.
- 47- Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 2015;28(6):489-98.
- 48- Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychol Assess*. 2016;28(11):1392-1403.
- 49- Shankman SA, Funkhouser CJ, Klein DN, Davila J, Lerner D, Hee D. Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *Int J Method Psychiatr Res*. 2018;27(1):e1590.
- 50- Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;73(12):754-60.
- 51- Alghamdi M, Hunt N. Psychometric properties of the Arabic Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (A-PDS-5). *Traumatology*. 2020;26(1):109-16.
- 24- Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. *Am J Pub Health*. 2002;92(1):59-63.
- 25- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004;351(1):13-22.
- 26- Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. *Am J Pub Health*. 2009;99(9):1651-8.
- 27- Tanielian TL, Tanielian T, Jaycox L. *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica: Rand Corporation; 2008.
- 28- Vasterling JJ, Proctor SP, Friedman MJ, Hoge CW, Heeren T, King LA, et al. PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with nondeployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and postdeployment stress. *J Trauma Stress*. 2010;23(1):41-51.
- 29- Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1319-26.
- 30- Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*. 2010;23(1):69-77.
- 31- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1993;6:459-73.
- 32- Hooman HA, Ganji K, Omidifar A. The meta-analysis of the effectiveness of life skills training on mental health. *J Dev Psychol Iran Psychol*. 2013;10(37):39-50. [Persian]
- 33- Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Rauch S, Porter K, et al. Psychometric properties of the posttraumatic stress disorder symptom scale interview for DSM-5 (PSSI-5). *Psychol Assess*. 2016;28(10):1159-65.
- 34- Sadeghi M, Taghva A, Goudarzi N, Rah Nejat A. Validity and reliability of Persian version of "post-traumatic stress disorder scale" in war veterans. *Iran J War Pub Health*. 2016;8(4):243-9. [Persian]
- 35- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588-97.
- 36- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2005;11(3):312-26. [Persian]
- 37- Taqavi M, Najafi M, Kianersi F, Aqayan S. Comparing of alexithymia, defensive styles and state-trait anxiety among patients with generalized anxiety disorder major depression disorder and normal individuals. *J Clin Psychol*. 2013;5(2):67-76. [Persian]
- 38- Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in