

Psychometric properties of Adjustment Disorder New Model-20 (ADNM-20)

Sarafraz, *M.R., Shahvand, T., Zarea, M.

Abstract

Introduction: The adjustment disorder new model questionnaire is regarded as a self-report instrument which is utilized to evaluate the adjustment disorder. This research aims to adapt, introduce and examine the psychometric properties of this questionnaire in the Iranian population.

Method: The participants were included 150 (92 male and 58 female) Shiraz residents that selected purposefully. All of them filled 7 scales of: Life Satisfaction, Vitality, Hope, Post-traumatic Stress Disorder, Symptom Check, DASS and PSS scales. To substantiate the entire questionnaire reliability and the pertaining parameters, Cronbach's alpha was used. To examine factorial structures of questionnaire the component correlation with total score was computed.

Results: Statistical evidence supports the appropriate validity and reliability of the questionnaire. Besides, the fitness indices were proportionate to the model. Components of adjustment disorder questionnaire show positive correlation with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), symptoms check, DASS and PSS scales. Negative correlation values evident for life satisfaction with hope, as well as, for vitality and component of adjustment disorder questionnaire.

Conclusion: The adjustment disorder new model questionnaire could be an appropriate instrument for individual symptom assessment, and clinical diagnosis and research in Iran.

Keywords: Adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, symptom assessment, validity, reliability.

*Correspondence E-mail:
mehdis332@gmail.com

ویژگی‌های روانسنجی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری: فرم بیست سؤالی

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۸/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۲۰

مهدی رضا سرافراز*، تورج شهوند**، محسن زارع***

چکیده

مقدمه: مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری، ابزاری خود اظهاری برای ارزیابی اختلال سازگاری می‌باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در جمعیت ایران است.

روش: در یک طرح همبستگی تعداد ۱۵۰ نفر (۹۲ مرد و ۵۸ زن) از بین ساکنین شهر شیراز به شیوه غیر تصادفی هدفمند انتخاب و به مقیاس‌های رضایت از زندگی، سرزندگی، امید، استرس پس از سانحه، فهرست وارسی نشانگان، دس و تنیدگی ادراک‌شده پاسخ دادند. برای بررسی پایایی کل و عامل‌های پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد. ساختار عاملی پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی و همبستگی مؤلفه‌ها و نمره کل پرسش‌نامه با متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بررسی‌های آماری داده‌های پژوهش حاکی از اعتبار و پایایی مناسب پرسش‌نامه بود. مؤلفه‌های پرسش‌نامه اختلال سازگاری همبستگی مثبتی با استرس پس از سانحه، فهرست وارسی نشانگان، دس و اضطراب ادراک‌شده نشان دادند. همچنین بین مؤلفه‌های پرسش‌نامه اختلال سازگاری همبستگی منفی با رضایت از زندگی، امید و سرزندگی وجود داشت. از طرفی شاخص‌های برازندگی در محدوده پذیرش مدل قرار دارد.

نتیجه‌گیری: مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری، ابزار مناسبی برای ارزیابی وضعیت فعلی یک فرد و تشخیص در تحقیقات و مداخلات بالینی در جامعه ایران است.

واژه‌های کلیدی: اختلال سازگاری، اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس، ارزیابی علائم، اعتبار، پایایی.

mehdis332@gmail.com

Tourajshahvand1375@gmail.com

Phonix-110@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

** کارشناس روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

*** کارشناس روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

مقدمه

قدیمی‌ترین فرم اختلال سازگاری^۱ برای نخستین بار در ویراست اول راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (۱) تحت عنوان اختلال شخصیت موقعیتی گذرا^۳ (۲) به چاپ رسید.

در ابتدا طبقه‌بندی‌های تشخیصی بر پایه مراحل رشدی مانند: واکنش سازگاری نوباوگی، واکنش سازگاری کودکی و واکنش سازگاری بزرگسالی بنا شدند. سپس در نسخه‌های بعدی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تغییراتی در ملاک‌های تشخیصی و طبقه‌بندی‌های اختلال سازگاری صورت گرفت، تا این که سر انجام در ویراست پنجم (۳) اختلال سازگاری به شش طبقه با خلق افسرده، با اضطراب، شکل مختلط خلق افسرده و اضطراب، با اختلال سلوک، شکل مختلط آشفتگی هیجانانگیز و سلوک و نامعین تقسیم و به صورت زیر تعریف شد: الف. ایجاد علائم هیجانی یا رفتاری در پاسخ به عامل (یا عوامل) مشخص استرس که ظرف مدت سه ماه از بروز این عامل (یا عوامل) رخ داده باشد. ب. پس از ختم عامل استرس یا پیامدهای آن، علائم بیش از شش ماه پایدار نمی‌مانند. پ. تخریب قابل ملاحظه در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکردی.

لازم به ذکر است که ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها^۴ (۴) نیز همین ملاک‌ها را برای اختلال سازگاری بیان کرده است. نشانه‌های فیزیکی مانند بی‌خوابی، تنش عضلانی و خستگی و روانی مثل گریه کردن، افکار خودکشی و از دست دادن عزت نفس همراه با اختلال سازگاری، معمولاً هنگام یا بلافاصله پس از رویداد استرس زا بروز می‌یابند. اغلب بزرگسالان، علائم اختلال سازگاری را به صورت واکنش هیجانی تجربه می‌کنند در حالی که در کودکان و نوجوانان این علائم به صورت واکنش فیزیکی و پرخاشگری نمود پیدا می‌کنند. رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند تهدید جانی، جراحت و استرس زیاد فیزیکی و روانی می‌تواند منجر به این اختلال بشود. پایکل^۵، پروسف^۶ و اوهلن هوث^۷ (۵) عوامل استرس‌زایی که منجر به ظهور اختلال سازگاری می‌شوند را به دو دسته خوشایند-ناخوشایند^۸ (مانند پیشرفت شغلی، بیماری) و آغاز-پایان^۹ (مانند ازدواج، مرگ عزیزان) تقسیم کرد. مرکز^{۱۰}، اینسل^{۱۱} و

کلنر^{۱۲} (۶) برای مفهوم‌سازی اختلال سازگاری، سندرم پاسخ استرس را پیشنهاد دادند. نشانه‌های اصلی این سندرم، اشتغال با محرک تنش‌زا شامل افکار عودکننده و تنش‌زا یا نشخوار درباره حادثه استرس‌زا و شکست در انطباق شامل مواردی از قبیل اختلال خواب و مشکل در تمرکز هستند. شدت و کژکاری موجود در اختلال سازگاری از لحاظ مدت اختلال، خلق افراد و بستری شدن در مقایسه با سایر اختلالات روانپزشکی کمتر است (۷) لذا مداخله و درمان هدفمند می‌تواند به نتایج مطلوبی برسد.

اگرچه شیوع یک اختلال می‌تواند تحت تأثیر عملکرد گروه مطالعه و شیوه ارزیابی مورد استفاده قرار داشته باشد، ولی طبق تحقیقات منتشر شده در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال سازگاری با آماری نزدیک به ۵۰ درصد در مراکز مشاوره و بیمارستان روانی، از شایع‌ترین تشخیص‌ها است. در واقع اختلال سازگاری هفتمین طبقه تشخیصی رایج در مراقبت‌های روانپزشکی محسوب می‌شود (۸).

الگوی جدید اختلال سازگاری معتبرترین و تنها مقیاس خوداظهاری جهت سنجش اختلال سازگاری می‌باشد. بر اساس مطالعات مختلف، نمونه‌ها و روش‌های ارزیابی (۹)، ۱۰٪ شیوع اختلال سازگاری در دامنه‌ای از ۵ تا ۵۰ درصد گزارش شده است. از طرفی به دلیل نبود هیچ‌گونه مقیاس معتبر جهت سنجش علائم این اختلال در ایران، هدف پژوهش حاضر، تعیین ویژگی‌های روانسنجی الگوی جدید مقیاس اختلال سازگاری می‌باشد. دو نسخه از این مقیاس وجود دارد، نسخه اصلی که ۲۹ سؤال دارد و نسخه کوتاه شده که ۲۰ سؤال دارد. بر اساس تحقیقات اینسل، کلنر، دانمن و همکاران (۱۱) پایایی درونی نسخه اصلی در دامنه

- 1- adjustment disorder
- 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-1
- 3- transient situational personality disorder
- 4- international classification of diseases-11
- 5- Paykel
- 6- Prusoff
- 7- Uhlenhuth
- 8- pleasant-unpleasant
- 9- onset-end
- 10- Maercker
- 11- Einsel
- 12- Kollner

اولین تحقیق درباره ویژگی‌های روانسنجی فرم بیست سؤالی الگوی جدید اختلال سازگاری با استفاده از روش انتخاب تصادفی کنترل شده و گروه نمونه قربانیان سرقت در سوییس با همسانی درونی ۰/۹۴. برای کل مقیاس و ۰/۸۱-۰/۹۱ برای زیرمقیاس‌های مختلف انجام گرفت (۱۳). بر اساس تحلیل خوشه‌ای و تحلیل راک انجام شده توسط مؤلفین پرسشنامه (۱۲) نمره برش ۴۷/۵ برای استفاده در تحقیقات و مداخلات عملی توصیه شده است. در بررسی ساختار عاملی پرسشنامه توسط اینسل، کلنر، دانمن و همکاران (۱۱) در تمامی سؤال‌ها الگو از برازش مطلوب و بالای ۵۵ برخوردار بود. هدف این تحقیق بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه مدل جدید اختلال سازگاری (فرم بیست سؤالی) جهت استفاده تحقیقاتی و بالینی در ایران می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری، روش پژوهش از نوع همبستگی بود.

آزمودنی‌ها: پژوهش حاضر بر روی ۹۲ مرد و ۵۸ زن ساکن شهر شیراز با دامنه سنی ۵۴-۱۷ و میانگین ۱۹/۱۴ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شد. با توجه به اینکه مقیاس مورد بررسی جهت ارزیابی اختلال سازگاری طراحی شده است، انتخاب نمونه از بین افرادی انجام شد که در شرایط استرس‌زایی قرار داشته باشند که نیازمند سازگاری جدی با شرایط باشند و احتمال مشکل سازگاری در بین آنها وجود داشته باشد بنابراین نمونه شامل گروه‌های زیر بود: بیماران بستری مبتلا به مشکلات مزمن و ناتوان در سازگاری با محیط بیمارستان، دانش آموزان کنکوری که موفق به ورود به دانشگاه نشده‌اند و افراد با مشکلات جدی مالی مثل ورشکستگی یا بدهکاری‌های جدی که منجر به تحمل استرس زیاد و از دست رفتن کارکرد شغلیشان شده است. هر سه موقعیت انتخاب شده نیازمند سازگاری مجدد با شرایط جدید است. از نظر سطح تحصیلات ۹۰/۶۶ درصد

ای از ۷۴ تا ۹۸/ و اعتبار باز آزمون برای دوره‌ای شش هفته ای از ۶۱ تا ۸۴/ قرار داشت. در تحقیق دیگری که توسط لرنز، باچم و مارکر (۱۲) بر روی نسخه کوتاه شده انجام شد، پایایی درونی برای خرده مقیاس‌های اصلی ۹۰/ و برای خرده مقیاس‌های فرعی ۸۹/ گزارش شد. فرم ۲۰ سؤالی پرسشنامه اختلال سازگاری که توسط لرنز، باچم^۲ و مارکر^۳ (۱۲) تدوین شده است، یک پرسشنامه خوداظهاری برای ارزیابی اختلال سازگاری می‌باشد.

در قسمت اول پرسشنامه فهرستی از رویدادهای استرس‌زای زندگی شامل ۷ مورد جهت سنجش رویدادهای حاد، ۹ مورد جهت سنجش رویدادهای مزمن و دو سؤال باز پاسخ از رویدادهای دیگر که پاسخ به این دو مورد جزو طبقه بندی نامعین (دیگر) محسوب می‌شود، ارائه شده است (۱۳). افراد باید مواردی را که در طول دو سال گذشته برای آنها اتفاق افتاده است و همچنان بر دوششان سنگینی می‌کند را صرف نظر از مقدار استرسی که ایجاد کرده است، مشخص کنند. سپس ۱۹ سؤال جهت سنجش نشانه‌های مختلف اختلال سازگاری طبق تعریف ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها و یک سؤال جهت سنجش اختلال در عملکرد را ارائه می‌دهند و از افراد خواسته می‌شود: الف. طبق یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای مشخص کنند تا چه اندازه این عبارت‌ها مربوط به آنها می‌شود (۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=بعضی اوقات، ۴=اغلب) ب. مشخص کنند برای چه مدت این عکس‌العمل را در برابر آن حوادث داشته اند. می‌تواند برای کمتر از یک ماه، بین یک تا شش ماه و بیش از شش ماه (شش ماه تا دو سال) باشد. در دسته‌بندی علایم فرم بیست سؤالی مدل جدید اختلال سازگاری علایم اصلی شامل دل‌مشغولی‌ها (۳ مورد و اختلال در کارکرد) و عدم سازگاری (۴ مورد) و علایم فرعی شامل اجتناب (۴ مورد)، خلق افسرده (۳ مورد)، اضطراب (۲ مورد) و اختلال تکانه‌ای (۳ مورد) می‌باشد. ترتیب علایم و شروع آنها بر اساس شدیدترین علایمی که اختلال بر زندگی داشته است و قبلاً مشخص شده‌اند می‌باشد. تشخیص اختلال سازگاری به دو صورت زیر امکان‌پذیر می‌باشد: الف. وجود دو علامت اصلی و حداقل یکی از علایم فرعی ب. وجود دو علامت اصلی و اختلال در کارکرد.

1- Lorenz
2- Bachem
3- Maercker

۲- مقیاس تنیدگی ادراک شده^۲ (PSS): مقیاس استرس ادراک شده توسط کوهن^۳، کمارک^۴، مرمستین^۵ (۱۴) در سال ۱۹۸۳ برای سنجش ادراک منفی از تنیدگی و ادراک مثبت از تنیدگی تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۶ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۴) می‌باشد. هر یک از خرده مقیاس‌ها توسط ۷ سؤال مورد سنجش قرار می‌گیرد. در پژوهش کوهن، کمارک و مرمستین (۱۳) ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است.

۳- مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس^۶ (DASS-21): مقیاس DASS توسط لایبوند^۷، لایبوند^۸ (۱۵) در سال ۱۹۹۵ برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۱ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هیچوقت (۰) تا همیشه (۳) می‌باشد. هر یک از خرده مقیاس‌ها توسط ۷ سؤال مورد سنجش قرار می‌گیرد.

طبق پژوهش آنتونی و همکاران (۱۶) بر روی مقیاس DASS از طریق تحلیل عاملی ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۲، اضطراب ۰/۹۵ و استرس ۰/۹۷ به دست آمده است.

۴- مقیاس رضایت از زندگی^۹ (SWLS): مقیاس SWLS توسط دینر^{۱۰}، ایمونس^{۱۱}، لارسن^{۱۲} و گرین^{۱۳} (۱۷) در سال ۱۹۸۵ برای سنجش سطح رضایت از زندگی تهیه شد. این مقیاس شامل ۵ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از بسیار مخالف (۱) تا بسیار موافق (۷) درجه بندی شده است. طبق پژوهش دینر، ایمونس، لارسن

در مقطع دیپلم، ۴/۶۷ درصد در مقطع کارشناسی، ۲ درصد در مقطع دبیرستان و ۱/۳۳ در مقطع کاردانی بودند.

در مرحله نخست پرسشنامه توسط دو نفر مسلط به دو زبان انگلیسی و فارسی (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی) از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه شد. در مرحله دوم ترجمه‌های اولیه به وسیله یک مترجم مسلط به دو زبان در قالب یک ترجمه واحد تلفیق گردید و نسخه نهایی ترجمه شده به زبان فارسی به دست آمد. در مرحله سوم نسخه ترجمه نهایی توسط دو نفر مترجم مسلط به دو زبان (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی و یک نفر متخصص در حوزه ترجمه) غیر از مترجمان اولیه پرسشنامه به زبان اصلی ترجمه شد. در مرحله چهارم نسخه برگردان به زبان اصلی پرسشنامه توسط دو نفر مترجم مسلط به دو زبان (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی و یک نفر متخصص ترجمه) عبارات مجدداً مورد بازبینی قرار گرفت و برخی از موارد در نسخه فارسی اصلاح گردید. در مرحله پنجم نسخه نهایی بر روی گروه نمونه کوچکی (۲۵ نفر) به صورت مقدماتی مورد مطالعه قرار گرفت و پاره‌های اصلاحات لازم نیز در این مرحله در نسخه ترجمه شده اعمال گردید. در مرحله ششم پس از پر کردن فرم رضایت آگاهانه توسط آزمون دهندگان و ارایه توضیحاتی مبنی بر این که اطلاعات ارایه شده از جانب آنها اعلام عمومی نخواهد شد، پرسشنامه برای استفاده در فرهنگ ایران از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی به صورت فردی و گروهی توسط محققین توزیع و به صورت حضوری مجدداً توسط محققین گردآوری شدند.

ابزار

۱- فرم ۲۰ سؤالی مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری^۱ (ADNM-20): مقیاس الگوی جدید اختلال سازگاری توسط لرنز، باچم و مارکر (۱۲) در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی اختلال سازگاری تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا اغلب (۴) می‌باشد. علایم اصلی توسط ۸ سؤال و علایم فرعی توسط ۱۲ سؤال مورد سنجش قرار می‌گیرند. در پژوهش لرنز، باچم و مارکر (۱۲) ضرایب پایایی همسانی درونی به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای علایم اصلی و ۰/۸۹ برای علایم فرعی به دست آمد.

1- Adjustment Disorder New Model-20

2- perceive stress scale

3- Cohen

4- Kamarck

5- Mermelstein

6- Depressive Anxiety Stress Scale 21

7- Loviband

8- Loviband

9- Satisfaction With Life Scale

10- Diener

11- Emmons

12- Larsen

13- Griffin

درجه‌ای از هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) می‌باشد. در نمره گذاری امتیاز تمام سؤال‌ها با هم جمع می‌شود. در پژوهش نوریس، مگن، لیتز و همکاران (۲۳) آلفای کرونباخ برای این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۸۳ تا ۰/۸۹. به دست آمده است.

روند اجرای پژوهش: در مرحله نخست پرسش نامه توسط دو نفر مسلط به دو زبان انگلیسی و فارسی (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی) از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه شد. در مرحله دوم ترجمه‌های اولیه به وسیله یک مترجم مسلط به دو زبان در قالب یک ترجمه واحد تلفیق گردید و نسخه نهایی ترجمه شده به زبان فارسی به دست آمد. در مرحله سوم نسخه ترجمه نهایی توسط دو نفر مترجم مسلط به دو زبان (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی و یک نفر متخصص در حوزه ترجمه) غیر از مترجم اولیه پرسش نامه به زبان اصلی ترجمه شد. در مرحله چهارم نسخه برگردان به زبان اصلی پرسشنامه توسط دو نفر مترجم مسلط به دو زبان (یک نفر آشنا به مفاهیم روانشناختی و یک نفر متخصص ترجمه) عبارات مجدداً مورد بازبینی قرار گرفتند و برخی از موارد در نسخه فارسی اصلاح گردید. در مرحله پنجم نسخه نهایی بر روی گروه نمونه کوچکی (۲۵ نفر) به صورت مقدماتی مورد مطالعه قرار گرفت و پاره‌ای اصلاحات لازم نیز در این مرحله در نسخه ترجمه شده اعمال گردید. در مرحله ششم پس از پر کردن فرم رضایت آگاهانه توسط آزمون دهندگان و ارائه توضیحاتی مبنی بر این که اطلاعات ارائه شده از جانب آن‌ها اعلام عمومی نخواهد شد، پرسشنامه‌ها برای استفاده در فرهنگ ایران از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی به صورت فردی و گروهی توسط محققین توزیع و به صورت حضوری مجدداً توسط محققین گردآوری شدند.

و گریفین (۱۷) بر روی مقیاس SWLS ضریب همبستگی باز آزمایی ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تعیین گردید.

۵- مقیاس ارزیابی استرس پس از سانحه^۱ (PTSD): مقیاس PTSD توسط واتسون^۲ (۱۸) بر اساس ملاک‌های DSM-3 برای تشخیص استرس پس از سانحه تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۲ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۰) تا خیلی زیاد (۴) درجه بندی شده است. در نمره گذاری، چهار سؤال آخر به عنوان یک سؤال در نظر گرفته می‌شود و نمره هرکدام که بیشتر بود به عنوان نمره سؤال ۱۹ در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش واتسون (۱۸) پایایی بازآزمایی این سازه ۰/۸۶ تعیین گردید.

۶- مقیاس امید بزرگسالان^۳ (AHS): مقیاس AHS توسط اسنایدر^۴، هریس^۵، اندرسون^۶ و همکاران (۱۹) برای سنجش امید به زندگی در بزرگسالان (افراد ۱۵ سال به بالا) تهیه شد. این مقیاس شامل ۱۲ سؤال است که پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۴) درجه بندی می‌شوند. اسنایدر و همکاران (۱۹) پایایی این سازه را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس مسیرها ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کرمانی و همکاران (۲۰) ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد.

۷- مقیاس سرزندگی^۷ (SVS): مقیاس SVS توسط رایان^۸ و فردریک^۹ (۲۱) برای سنجش سرزندگی تهیه شد. این مقیاس شامل ۷ سؤال است که پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا بسیار درست است (۷) تقسیم می‌شود. در نمره‌گذاری سؤال شماره ۲ به صورت برعکس نمره گذاری می‌شود. رایان و فردریک (۲۱) آلفای کرونباخ را برای این مقیاس در دو پژوهش ۰/۸۴ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

۸- مقیاس فهرست وارسی علایم^{۱۰} (SCHL): مقیاس فهرست وارسی علایم توسط بارتون^{۱۱} (۲۲) در سال ۱۹۸۹ برای سنجش علایم بدنی تهیه شده است. این مقیاس شامل ۲۰ سؤال است و پاسخ‌ها در یک طیف لیکرت ۴

1- posttraumatic stress disorder

2- Watson

3- Adult Hope Scale

4- Snyder

5- Harris

6- Anderson

7- Subjective Vitality Scale

8- Ryan

9- Frederick

10- symptom checklist

11- Bartone

یافته‌ها

سرزندگی، فهرست واری‌ نشانگان، DASS و اضطراب ادراک شده محاسبه شد و نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

اعتبار همگرا - واگرا: برای بررسی اعتبار همگرا-واگرای پرسشنامه اختلال سازگاری همبستگی مؤلفه‌ها و نمره کل با متغیرهای رضایت از زندگی، استرس پس از سانحه، امید،

جدول (۱) نتایج مربوط به اعتبار همگرا-واگرا

متغیر	دل مشغولی‌ها	عدم سازگاری	اجتناب	خلق و خوی افسرده	اضطراب	آشفتگی ضربه‌ای	نمره کل
رضایت از زندگی	-.۰/۳۴**	-.۰/۳۳**	-.۰/۱۷*	-.۰/۴۴**	-.۰/۳۰**	-.۰/۳۸**	-.۰/۴۲**
استرس پس از سانحه	۰/۴۲**	۰/۴۳**	۰/۱۵	۰/۳۷**	۰/۳۶**	۰/۴۰**	۰/۴۴**
امید	-.۰/۰۴	-.۰/۰۴	۰/۰۶	-.۰/۲۵**	-.۰/۰۸	-.۰/۱۴	-.۰/۰۹
سرزندگی	-.۰/۳۵**	-.۰/۳۶**	-.۰/۰۲	-.۰/۴۱**	-.۰/۳۲**	-.۰/۳۶**	-.۰/۳۹**
فهرست واری‌ نشانگان	۰/۳۵**	۰/۴۰**	۰/۰۶	۰/۳۹**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۴۰**
DASS	۰/۵۵**	۰/۶۸**	۰/۱۶	۰/۵۷**	۰/۴۹**	۰/۵۸**	۰/۶۵**
اضطراب ادراک شده	۰/۳۳**	۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۴۰**	۰/۳۰**	۰/۴۰**	۰/۴۵**

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

پایایی

برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد و نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

با توجه به جدول ۱ مؤلفه‌های پرسشنامه اختلال سازگاری همبستگی مثبتی با استرس پس از سانحه، فهرست واری‌ نشانگان، DASS و اضطراب ادراک شده داشتند. همچنین بین مؤلفه‌های پرسشنامه اختلال سازگاری همبستگی منفی با رضایت از زندگی، امید و سرزندگی وجود داشت.

جدول (۲) آلفای کرونباخ پرسشنامه اختلال سازگاری

مؤلفه‌ها	شماره سؤال	آلفای مؤلفه با حذف سؤال	آلفای کرونباخ	آلفای کرونباخ کل
علائم اصلی	دل مشغولی‌ها	سؤال ۲	۰/۶۶	۰/۸۷
		سؤال ۱۵	۰/۷۲	
		سؤال ۱۳	۰/۶۷	
		سؤال ۴	۰/۷۰	
	عدم سازگاری	سؤال ۱۰	۰/۶۵	
		سؤال ۱۷	۰/۶۶	
		سؤال ۱۹	۰/۶۸	
		سؤال ۲۰	۰/۶۱	
اجتناب	سؤال ۱۱	۰/۴۷		
	سؤال ۷	۰/۵۱		
	سؤال ۱۴	۰/۶۱		
	سؤال ۳	۰/۶۱		
علائم جانبی	خلق و خوی افسرده	سؤال ۱	۰/۰۴	
		سؤال ۵	۰/۶۱	
		سؤال ۱۸	۰/۲۲	
	اضطراب	سؤال ۶	۰/۳۰	
		سؤال ۱۶		
		سؤال ۸	۰/۵۷	
آشفتگی ضربه‌ای	سؤال ۹	۰/۵۷		
	سؤال ۱۲	۰/۷۶		

سؤال ۵ اعتبار مؤلفه‌ی خلق و خوی افسرده به حد متوسط افزایش می‌یابد.
میانگین و انحراف معیار ۶ مؤلفه اختلال سازگاری محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

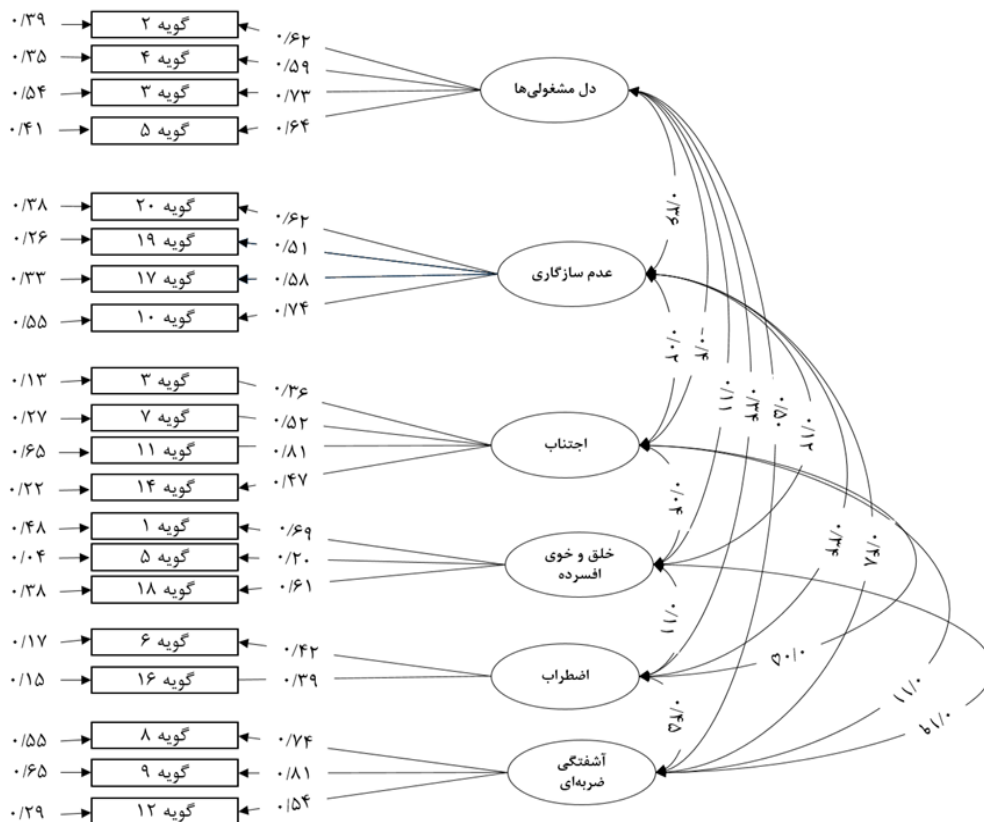
با توجه به جدول ۲ هر دو مؤلفه‌ی علایم اصلی از اعتبار مطلوبی برخوردار بودند و از میان علایم جانبی مؤلفه‌های خلق و خوی افسرده و اضطراب، اعتبار پایینی داشتند، اما آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بود که از پایایی مطلوب کل پرسشنامه حکایت داشت. همچنین با حذف

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار ۶ مؤلفه اختلال سازگاری

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
دل مشغولی‌ها	۹/۷۳	۳/۲۸
عدم سازگاری	۹/۲۵	۳/۲۹
اجتناب	۱۰/۳۰	۲/۶۵
خلق و خوی افسرده	۴/۸۰	۲/۲۶
اضطراب	۴/۹۱	۱/۱۶
آشفتگی ضربه‌ای	۷/۹۴	۲/۶۲
نمره کل	۴۹/۲۹	۱۱/۷۹

رابطه خطی متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۴ و مقادیر بارهای عاملی در شکل ۱ نشان داده شده است.

جهت تحلیل عاملی تأییدی ساختار عاملی پیشنهاد شده در پژوهش حاضر از نرم افزار آموس نسخه ۲۳ استفاده شد. قبل از تحلیل نرمال بودن داده‌ها از طریق آزمون کلموگروف اسمرنو و نمودار توزیع داده‌ها بررسی و تأیید شد. همچنین



شکل ۱) بارهای عاملی و خطاهای اندازه‌گیری پرسشنامه اختلال سازگاری

با توجه به شکل ۱ به جز سؤال ۵ تمامی سؤال‌ها از بار عاملی مناسبی برخوردار بودند.

جدول ۴) برخی مقادیر برازش مدل پژوهش

شاخص‌های برازش	مقادیر مطلوب	مقادیر در این مطالعه
χ^2/df	< ۳	۱/۶۱
ریشه میانگین مجزورات (RMSEA)	< ۰/۰۸	۰/۰۶
شاخص برازشی مقایسه‌ای (CFI)	$\geq ۰/۹$	۰/۹۰
شاخص برازش افزایشی (IFI)	$\geq ۰/۹$	۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	$\geq ۰/۹$	۰/۸۷

با توجه به جدول ۴ در اکثر موارد شاخص‌های برازندگی در مدل از برازش مطلوبی برخوردار بوده است. محدوده پذیرش مدل قرار گرفته و می‌توان نتیجه گرفت که

جدول شماره ۵) میانگین متغیرها برای سطوح شدت اختلال سازگاری

شدت نشانگان			
زیاد	متوسط	کم	مؤلفه‌ها
۱۲/۷۵	۹/۶۴	۶/۱۱	دل‌مشغولی‌ها
۱۲/۴۵	۹/۱۱	۵/۵۰	عدم سازگاری
۱۱/۶۹	۱۰/۰۴	۸/۹۳	اجتناب
۹/۱۶	۶/۹۱	۵/۱۳	خلق و خوی افسرده
۶/۰۳	۴/۸۵	۳/۲۴	اضطراب
۱۰/۱۳	۸/۰۹	۵/۰۲	آشفتگی ضربه‌ای

جدول شماره ۶) نتایج آزمون چند متغیری مقایسه سطوح شدت اختلال سازگاری در زیر مقیاس‌ها

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی	F	میزان	
۰/۰۰۱	۲۸۶	۱۲	۱۹/۹۹	۰/۹۱	آزمون پیلایی
۰/۰۰۱	۲۸۴	۱۲	۴۴/۸۳	۰/۱۱	لامبدای ویلکس
۰/۰۰۱	۲۸۲	۱۲	۸۳/۵۶	۷/۱۱	هاتلینگ
۰/۰۰۱	۱۴۳	۶	۱۶۸/۶۰	۷/۰۷	ریشه روی

در جدول ۵ سطوح شدت (کم^۱، متوسط^۲، زیاد^۳) برای هریک از زیر مقیاس به دست آمده است. همچنین برای اینکه مشخص شود بین سه سطح (کم، متوسط، زیاد) تفاوت معناداری وجود دارد تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد. در این آزمون نتیجه باکس ام، مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها را تأیید کرد ($p=۰/۱۵$ Box's M = ۵۴/۷۱). همچنین آزمون لون مفروضه برابری واریانس خطا را تأیید کرد. جدول ۶ نتایج آزمون چند متغیری را نشان می‌دهد. در نتیجه برای پیگیری اینکه این معناداری مربوط به تفاوت سطوح کدام زیر مقیاس است داده‌های تک متغیره و مقایسه‌های جفتی با شیوه LSD پیگیری شد. نتایج نشان داد بین همه سطوح و همه زیرمقیاس‌ها تفاوت معنادار است. نتایج آزمون تک متغیری در جدول شماره ۷ گزارش شده است.

جدول شماره ۷) نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مؤلفه‌های اختلال سازگاری

مؤلفه‌ها	میانگین مربعات	df	F	معناداری
دل‌مشغولی‌ها	۵۱۱/۸۴	۲	۱۲۹/۶	۰/۰۰۱
عدم سازگاری	۵۶۲/۷۸	۲	۱۶۷/۰۶	۰/۰۰۱
اجتناب	۹۱/۷۱	۲	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱
خلق و خوی افسرده	۱۹۲/۵۶	۲	۷۴/۳۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۹۰/۶۴	۲	۶۴/۴۹	۰/۰۰۱
آشفته‌گی ضربه‌ای	۳۰۴/۴۳	۲	۱۰۷/۱	۰/۰۰۱

بحث

مدل جدید اختلال سازگاری یک مقیاس برای ارزیابی علایم اختلال سازگاری طبق مدل استرس - پاسخ^۱ می‌باشد که به وسیله مرکز، اینسن و کلنر(۶) مطرح شد و بر پایه تعریف ویراست یازدهم طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها از اختلال سازگاری می‌باشد. بررسی‌های آماری داده‌های پژوهش نشان داد که مدل جدید اختلال سازگاری دارای اعتبار و پایایی مناسبی است. برای بررسی اعتبار همزمان پرسشنامه اختلال سازگاری همبستگی مؤلفه‌ها و نمره کل با متغیرهای رضایت از زندگی، استرس پس از سانحه، امید، سرزندگی، فهرست واری نشانگان، DASS و اضطراب ادراک شده محاسبه شد. مؤلفه‌های پرسشنامه اختلال سازگاری همبستگی مثبتی با DASS، اضطراب ادراک شده، فهرست واری نشانگان و استرس پس از سانحه داشتند. این نتایج با یافته‌های استرین^۲ (۲۴) و فابریگا^۳ و مزیح^۴ (۲۵) همخوان بودند. تغییرات شناختی و جسمانی (بی‌خوابی، خستگی، افکار خودکشی) و وجود خلق و افسرده و تهی که ظرفیت افراد را برای عملکرد بهینه به طرز چشمگیری تحت تأثیر قرار می‌دهند، از ویژگی‌های مشترک اختلالات افسردگی و اختلال سازگاری می‌باشند. اضطراب مزمن و رویدادهای استرس زای زندگی که غالباً از عوامل آغازگر اختلال سازگاری محسوب می‌شوند، معمولاً با تنش عضلانی که از ویژگی‌های بارز این اختلال می‌باشد و منجر به رفتار اجتنابی یا توأم با احتیاط می‌گردد، همراهی دارند. اختلال سازگاری و اختلال استرس پس از سانحه هر دو جز طیف اختلالات مربوط به سانحه و عوامل استرس می‌باشند و به نوعی ناشی از پاسخ‌های غیر انطباقی به محرک‌ها و محیط پیرامون می‌باشند. در واقع می‌توان اختلال استرس پس از سانحه را نوع وخیم‌تر اختلال سازگاری محسوب نمود. از

طرفی بین مؤلفه‌های پرسشنامه و مقیاس‌های رضایت از زندگی، امید و سرزندگی همبستگی منفی مشاهده شد. اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی و درجاتی از ناتوانی در انجام وظایف روزانه که توسط افراد با تشخیص اختلال سازگاری گزارش شده است (۲۶) با خلق بالا و کارکرد مناسب که از ویژگی‌های اصلی این سه مقیاس به شمار می‌رود، نامتناسب است. برای بررسی پایایی کل و عامل‌های پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که هر دو مؤلفه علایم اصلی از پایایی مناسبی برخوردار بودند. از بین مؤلفه‌های علایم فرعی، خلق‌وخوی افسرده و اضطراب پایایی پایینی داشتند که می‌تواند ناشی از ناهمسانی فرهنگی این دو زیر مقیاس در فرهنگ ما با فرهنگ مبدا باشد. در نمونه‌های خارجی (۱۲) این تفاوت مشاهده نشد. لذا توصیه می‌شود در استفاده از این مقیاس، این دو عامل با احتیاط تفسیر شوند. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ بود که از پایایی مطلوب کل پرسشنامه حکایت داشت. لذا الگوی جدید اختلال سازگاری (فرم بیست سؤالی) را می‌توان به عنوان یک آزمون مناسب برای سنجش اختلال سازگاری به کار برد. بررسی آماری داده‌های پژوهشی نیز نشان داد شاخص‌های برزندگی در محدوده پذیرش مدل قرار گرفته و می‌توان نتیجه گرفت که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بوده است. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم نمونه کم اشاره نمود. از طرفی گروه نمونه را افرادی که در خطر ابتلا به اختلال سازگاری بودند تشکیل م‌دهند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات و مداخلات بالینی برای ارزیابی وضعیت فعلی

1- stress-response

2- Strain

3- Fabrega

4- Mezzich

14- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behavior*. 1983; 24(4): 385-96.

15- Lovibond SH, Lovibond PF, Psychology Foundation of A. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney, N.S.W.: Psychology Foundation of Australia. 1995.

16- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*. 1998; 10(2): 176-81.

17- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Statistical With Life Scale. *Journal of personality assessment*. 1985; 49(1): 71-5.

18- Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PED. The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*. 1991; 47(2): 179-88.

19- Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal personality social psychology*. 1991; 60(4): 570-85.

20- Kermani Z, KHodapanahi MK, Heidari M. psychometric properties of Snyder hope scale. *Applied psychology*. Fall 2011; 3(19): 7-23. [persian].

21- Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*. 1997; 65: 529-65.

22- Bartone PT. Predictors of stress-related illness in city bus drivers. *Journal of occupational medicine : official publication of the Industrial Medical Association*. 1989; 31(8): 657-63.

23- Norris RL, Maguen S, Litz BT, Adler AB, Britt TW. Physical Health Symptoms in Peacekeepers: Has the Role of Deployment Stress Been Overrated? *Stress, Trauma, and Crisis*. 2005; 8(4): 251-65.

24- Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, McKenzie DP, Blumenfield M, Muskin P, et al. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*. 1998; 20(3): 139-49.

25- Fabrega HJ, Mezzich J. Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44: 567-72.

26- Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: Faultline in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 179: 479-81.

یک فرد با علایم اختلال سازگاری از این پرسش نامه استفاده شود.

منابع

1- Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2014; 10(1): 25-51.

2- Farber IJ. Transient Situational Personality Disorders. *Journal of the National Medical Association*. 1958; 50(5): 341-3.

3- American Psychiatric A, American Psychiatric A, Force DSMT. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 2013 [Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>].

4- Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Research*. 229(3): 940-8.

5- Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry*. 1971; 25(4): 340-7.

6- Maercker A, Einsle F, Köllner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*. 2007; 40(3): 135-46.

7- Looney JG, Gunderson EK. Transient situational disturbances: course and outcome. *The American Journal of Psychiatry*. 1978; 135(6): 660-3.

8- Reed GM, Correia JM, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry*. 2011; 10(2): 118-31.

9- Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer*. 2001; 92(10): 2609-22.

10- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2004; 55(6): 685-90.

11- Einsle F, Köllner V, Dannemann S, Maercker A. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorder. 2010; 584-95.

12- Lorenz L, Bachem RC, Maercker A. The Adjustment Disorder-New Module 20 as a screening instrument: Cluster analysis and cut-off values. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2016; 7: 215-20.

13- Einsle F, Koellner V, Dannemann S, Maercker A. Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*. 2010; 15(5): 584-95.