



ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی چک لیست وقایع زندگی (LEC) در بیماران درد مزمن

✉ محراب مفاخری: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) mehrabmafakheri72@gmail.com

کامیار منصور: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

علی صالحی: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

محسن اکبریان: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نرگس سعیدی: ارشد سلامت روان، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

روایی و اعتبار،
تحلیل عامل تاییدی،
چک لیست وقایع زندگی،
درد مزمن

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت تروما و شیوع بالایی آن در بیماران درد مزمن ساخت ابزاری مناسب برای غربالگری تجربه‌ی تروما در میان بیماران درد مزمن امری اساسی و ضروری به نظر می‌رسید. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین ویژگی‌های روانسنجی چک لیست وقایع زندگی در نمونه‌ی بیماران درد مزمن ایرانی بود.

روش کار: در این مطالعه ۳۰۹ نفر زن و مرد از بیماران درد مزمن شهر تهران که ۱۸ سال به بالا و توانایی درک زبان فارسی داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی روایی همگرا از پرسشنامه‌ی DASS-۲۱ و فاجعه‌آفرینی و برای بررسی روایی واگرا از پرسشنامه‌ی خودکارآمدی درد مزمن و مقیاس رضایت از زندگی استفاده شد. همچنین برای تعیین پایایی از روش همسانی درونی به شیوه‌ی آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی تاییدی به کمک نرم افزار لیزرل نسخه‌ی ۸/۸ و تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها: ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۶ درصد بدست آمده و همچنین نمره بازآزمایی آن در نمونه‌ی ۴۰ نفره به فاصله‌ی ۳ هفته برابر با ۰/۸۵ درصد بود. چک لیست وقایع زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری با پرسشنامه‌ی DASS-21 و پرسشنامه‌ی فاجعه‌آفرینی درد مزمن نشان داد و همبستگی منفی و معناداری با پرسشنامه‌ی خودکارآمدی درد مزمن و رضایت از زندگی داشت. همچنین نتایج تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل را شناسایی کرد و تحلیل عامل تاییدی نشان داد ساختار چهار عاملی از برازش مناسبی برخوردار است.

نتیجه‌گیری: تجربه‌ی تروما می‌تواند باعث مشکلات روانشناختی زیادی شود. نسخه‌ی ایرانی چک لیست وقایع زندگی اعتبار و روایی مطلوبی را نشان داد و می‌توان از آن به عنوان یک ابزار غربالگری کوتاه و معتبر برای سنجش تروما استفاده کرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mafakheri M, Mansori K, Salehi A, Akbarian M, Saeidi N. Assessment of Psychometric Properties of Life Events Checklist (LEC) in Patients with Chronic Pain. Razi J Med Sci. 2022;29(4):135-149.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

Assessment of Psychometric Properties of Life Events Checklist (LEC) in Patients with Chronic Pain

- Mehrab Mafakheri:** MSc Student in Health Psychology, Student Research Committee, Department of Health Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (* Corresponding author) mehrabmafakheri72@gmail.com
- Kamyar Mansori:** MSc Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- Ali Salehi:** MSc Student in Health Psychology, Student Research Committee, Department of Health Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- Mohsen Akbarian:** MSc Student in Health Psychology, Student Research Committee, Department of Health Psychology, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- Narges Saedi:** MSc in Mental Health, Department Mental Health, Faculty of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aims: Due to the international pain association, pain is usually defined as sensory and emotional experiences associated with actual or potential tissue damage. Chronic pain: pain with unknown etiology that lasts for more than 6 months after the lesion has healed and leads to emotional distress and increased use of resources in health care systems (1). Studies conducted among the Iranian population indicating that pain is a common phenomenon (2). and also, in some groups of patients, especially patients with experience of trauma and patients with post-traumatic stress disorder (3). The literature indicates that the experience of trauma can be considered as a predisposing factor in many diseases with chronic pain (4). In addition people who experienced trauma were more likely to develop physical, psychosomatic, and psychological disorders. And this issue, in the absence of the necessary precautions, leads to huge financial and psychological costs among the affected population for recovery and treatment (9,10). According to researches, in our country, Iran, less attention has been paid to the experience of trauma in the research. Also, there is no proper tools for screening these patients to use it for early assessment and identification of injured patients. In this regard, the Life Events Checklist (LEC) tool was developed and evaluated in accordance with the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (LEC). The tool consists of 17 items and is designed to assess exposure to potentially traumatic events based on diagnostic criterion A for PTSD in accordance with the DSM-5 (9). Therefore, the researcher had two options to build a new tool or translate existing tools from the original language into Persian and determine its validity and reliability and cultural adaptation to his country and society.

Methods: The method of study is a cross-sectional descriptive and validation research. The statistical population of the study consisted of all patients that suffer from chronic pain. The sample size was determined by considering at least 300 participants for studies based on confirmatory factor analysis (15) and also using Krejcie and Morgan chart (16). The sample size was 350 participants. Three chronic pain clinics (chronic pain clinic, chronic pain clinic of Imam Khomeini, chronic pain clinic of Dr. Shariati hospital) were selected in Tehran. Due to the prevalence of COVID-19 to reduce the risk of transmission of the disease, an online questionnaire was designed to send links to the participant's cellphones, and after the necessary explanations, the individuals completed the questionnaires if they were satisfied. Inclusion criteria include age over 18 years, diagnosis of chronic pain by a chronic pain specialist, literacy and exclusion criteria include disagreement with the research conditions and having any physical disability that prevents participation in the study. Data collection was done with a life events checklist that contains 17 phrases which scored on a 6-point scale. To prepare the

Keywords

Validity and Reliability,
Confirmatory Factor
Analysis,
Life Events Checklist,
Chronic Pain

Received: 07/05/2022

Published: 09/07/2022

tool, first, items of the questionnaire was translated into Persian by two master's degree students in psychology. The validity of the content was then assessed by a faculty member in psychology. In the next step, the items were returned to English by a senior English language expert who had not previously read the original version of the questionnaire, and then the original version and the translated version of the questionnaire were reviewed by psychologists to prevent semantic difference in it. After the final version was prepared, the questionnaire was distributed among 36 participants with chronic pain as a pilot and the desired problems in some items were resolved. All participants were given written letter consent including a brief explanation of the objectives, research method, and principle of confidentiality and anonymity. After obtaining consent, participants were asked to complete a package of self-report questionnaires including a life event checklist scale, a chronic pain catastrophe scale, chronic pain self-efficacy, and life satisfaction.

Data were analyzed by SPSS software version 25 and LISREL software version 8/8. In order to analyze the data from descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage) as well as Cronbach's alpha method and retest test to examine internal consistency, the correlation of life events checklist scale with DASS-21 questionnaires and chronic pain catastrophe To assess convergent validity and the correlation of this questionnaire with chronic pain self-efficacy and life satisfaction questionnaires was used to assess divergent validity. Confirmatory factor analysis of LISREL version 8/8 was used for construct validity. Exploratory factor analysis was also used to determine the frequency of factors.

Results: The results showed that the phrases had good internal consistency and diagnostic power, except for the seventeenth question, which was excluded from the questionnaire. The correlation of the phrases with the total score varied from 0.27 for phrase 16 to 0.66 for phrase 4 and 14, Cronbach's alpha for the whole scale was equal to 0.86, which indicates the acceptable internal consistency of this instrument. The rate of retesting the questionnaire with a sample of 40 individuals in a period of 3 weeks was equal to 0.85, which is an acceptable score. Also, by considering the KMO value equal to 0/85 and rejecting the null hypothesis in the Bartlett sphericity test ($p = 0.000$, $df = 136$, $\chi^2 = 1786.27$), The results showed that the conditions are ready for factor analysis. Primary analysis indicated four factors. The Scree diagram also supported the four-factor structure. The results related to factor loads show that all expressions have a common variance and a factor load greater than 0.46, in total, the four factors explain 0.56 variance. In the study, RMSEA between 0.8 and 0.10 indicates acceptable model and 0.95 $CFI \geq$ indicates good model fit (27). According to the obtained results and the number of indices after using CFI (comparative fit index) correction indices value 0.95 GFI (goodness of fit index) value 0.90 and (normed fit index) NFI value 0.93 and also index the standardized root error of the mean squares of the RMSEA approximation is 0.7 and the degree of freedom χ^2 / df is less than 3, all indicating the relative suitability of the model after reformation.

Conclusion: Findings of the study indicated that the Persian version of the scale has an acceptable internal consistency in a sample of chronic pain patients. The findings were consistent with the results of Matt Gray et al., in which Cronbach's alpha was reported in the study (18). The findings consistent with the study of Halip Bae et al., in whose study Cronbach's alpha was reported 0.66 (12). Another study conducted in South Korea were inconsistent with our findings. In explaining this issue, the concept of culturally oriented trauma can be well justified. In other words, the phenomenon of trauma has a cultural aspect and it is the cultural beliefs of a society that determine the traumatic nature of an event (29, 30). In general, according to the results it can be concluded that the checklist of life events in the Iranian sample with chronic pain is valid and the LEC scale has acceptable psychometric properties. Therefore, therapists and specialists in the field of mental health can use this screening tool in research to diagnose and evaluate trauma in order to prevent or reduce consequences and pathological symptoms.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Mafakheri M, Mansori K, Salehi A, Akbarian M, Saeidi N. Assessment of Psychometric Properties of Life Events Checklist (LEC) in Patients with Chronic Pain. *Razi J Med Sci.* 2022;29(4):135-149.

*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

مقدمه

طبق تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد معمولاً به عنوان تجربه‌ای حسی و هیجانی تعریف می‌شود که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه است. درد مزمن؛ دردی است با سبب‌شناسی نامشخص که اثر آن بعد از ترمیم ضایعه، برای مدت‌ها یا بیش از ۶ ماه باقی بماند و منجر به آشفتگی‌های هیجانی و افزایش استفاده از منابع موجود در سیستم‌های مراقبت بهداشتی گردد (۱). مطالعات انجام شده در ایران حاکی از آن است که در میان جمعیت ایرانی، درد پدیده‌ای شایع بوده و به عنوان یک مشکل قابل توجه در این جامعه است (۲). همچنین در برخی گروه‌های بیماران به ویژه افراد دارای تجربه تروما و افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه شیوع بسیار بالایی دارد (۳) ادبیات حاکی از آن است تجربه تروما می‌تواند عاملی زمینه‌ساز در بسیاری از بیماری‌های دارای درد مزمن تلقی شود. به طور خاص، شواهد قبلی نشان می‌دهد که یک ارتباط عصبی زیست‌شناختی بین آسیب دوران کودکی و درد متمرکز وجود دارد که می‌تواند با تغییر در آمیگدالا (Amygdala) و تالاموس (Thalamus) ایجاد شود (۴) و با توجه به ارتباط میان تجربه تروما و درد مزمن، اکثر افرادی که دارای تجربیات آسیب‌زا بوده‌اند محتمل است بیشتر به درد مزمن مبتلا گردند که همین عامل اهمیت تشخیص افرادی که تروما را تجربه کرده‌اند چند برابر می‌کند (۲). سازمان مطالعه‌ی همبودی ملی ایالات متحده بیان داشته که ۶۰٪ درصد از مردان و ۵۱٪ درصد از زنان در طول عمر خود حداقل یک رویداد آسیب‌زا را تجربه می‌کنند (۵). همچنین در مطالعه‌ای دیگر این رقم به ۷۵٪ می‌رسد (۶). تجربه تروما به معنای آن است که در آن واقعه، ترس شدید، ناتوانی و وحشت زیاد درگیر باشد و فرد آن‌ها را حس کند (۷)؛ به عبارت دیگر حادثه تروما زمانی اتفاق می‌افتد که فرد به صورت مستقیم و غیر مستقیم تهدید به مرگ شده یا خطر مرگ واقعی برای خود یا اعضای خانواده رخ می‌دهد (۸). همچنین قرار گرفتن در معرض تروما یک عامل خطر برای افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلال پانیک، اختلال وسواسی اجباری، اختلال شخصیت مرزی، اختلال خوردن و مشکلات جنسی می‌باشد؛ علاوه بر این کسانی که تروما را تجربه می‌کنند بیشتر از

خدمات و مراقبت‌های پزشکی استفاده کرده و شکایت‌های جسمانی بیشتری دارند (۷). با نظر به موارد گفته شده افرادی که تجربه تروما دارند به احتمال بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات جسمانی، سایکوسوماتیک و روانشناختی قرار گرفته و همین مسئله در صورت عدم پیشگیری‌های لازم باعث صرف هزینه‌های مالی و روانشناختی هنگفتی در میان جمعیت مبتلا در جهت بهبود و درمان می‌شود (۹، ۱۰).

از طرفی اختلال استرس پس از سانحه به طور رسمی در ویرایش سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱۹۸۰) شناخته شد، اما معیارهای تشخیصی آن در نسخه‌های بعدی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) بارها مورد بازنگری قرار گرفت (۱۱) و در این راستا ابزار چک لیست وقایع زندگی (LEC) مطابق با ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ساخته و مورد ارزیابی قرار گرفت، LEC شامل ۱۷ آیتم است و برای بررسی قرار گرفتن در معرض رویدادهای بالقوه آسیب‌زا بر اساس معیار تشخیصی A برای PTSD مطابق با DSM-5 طراحی شده است (۹) که این موارد شامل حوادث زندگی مانند بلایای طبیعی، تجاوز جسمی یا جنسی، صدمات شدید، مرگ خشونت آمیز (قتل یا خودکشی) و موارد دیگر است و برای هر موقعیتی، از پاسخ دهنده خواسته می‌شود نوع مواجهه را نشان دهد به عنوان مثال آیا او این رویداد را مستقیماً تجربه کرده یا شاهد رویداد یا موقعیتی بوده است که توسط بستگان نزدیک یا دوستان تجربه می‌شود و آیا مربوط به فعالیت‌های شغلی بوده است (۹).

LEC-5 همچنین دردناک‌ترین رویدادی را که تا کنون توسط فرد تجربه شده است، هنگام وقوع این رویداد و تعداد دفعاتی که وقایع مشابه در طول عمر پاسخ دهنده رخ داده است، مشخص می‌کند (۹).

هالیپ بانه و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی را برای بررسی روایی و پایایی پرسشنامه چک لیست وقایع زندگی در بین بیماران سرپایی بیمارستانی وابسته به دانشگاه در کره جنوبی انجام دادند. برای این بررسی نمونه‌ای ۱۵۷ نفری از بیماران روانپزشکی سرپایی در آن بیمارستان انتخاب گردید. بر اساس یافته‌ها مقدار متوسط کاپای این مقیاس ۰/۶۱ و آلفای کرونباخ آن

و پایایی و انطباق فرهنگی آن با کشور و جامعه خود، در دسترس پژوهشگر بود. از آنجا که طراحی پرسشنامه جدید فرایندی زمان بر است، می‌توان با استفاده از فرآیند ترجمه ابزار موجود از کشورهای دیگر به این مهم دست یافت. لذا هدف اصلی پژوهش حاضر ترجمه و اعتباریابی چک لیست وقایع زندگی به زبان فارسی در میان جمعیت بیماران دارای درد مزمن بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های توصیفی مقطعی و اعتباریابی است. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران دارای درد مزمن شهر تهران در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. حجم جامعه آماری بر اساس شیوع این بیماری حدود ۵۰/۰۰۰ تا ۶۰/۰۰۰ می‌باشد که جهت تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن حداقل ۳۰۰ نفر برای مطالعات مبتنی بر تحلیل عاملی تاییدی (۱۵) و نیز با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۶) حجم نمونه ۳۵۰ نفر تعیین شد، همچنین کامری و لی پیشنهاد داده اند که حجم نمونه ۱۰۰ ضعیف، ۲۰۰ نسبتاً خوب، ۳۰۰ خوب، ۵۰۰ خیلی خوب و ۱۰۰۰ و بالاتر عالی در نظر گرفته می‌شود (۱۷). بعد از جمع‌آوری داده‌ها ۴۱ نفر از نمونه‌ها به دلیل ناقص بودن پرسشنامه آن‌ها از پژوهش حذف شد و ۳۰۹ نفر دیگر برای تحلیل نهایی باقی ماندند. انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. به این ترتیب که ۳ کلینیک درد مزمن (کلینیک درد مزمن آسا، کلینیک درد مزمن امام خمینی، کلینیک درد مزمن بیمارستان دکتر شریعتی) در تهران انتخاب گردید. به دلیل شیوع کرونا و خطر انتقال این بیماری از پرسشنامه اینترنتی به صورت ارسال لینک برای تلفن همراه افراد استفاده شد و بعد از توضیحات لازم، افراد در صورت رضایت کامل پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کرده و در صورت ابهام سوالات نیز فضای پاسخگویی برای شرکت کنندگان فراهم بود. همچنین برای تعدادی از افراد دارای درد مزمن که سواد کافی نداشتند سوالات خوانده شد و سپس پس از تفهیم کامل به سوالات پاسخ دادند. در این پژوهش سطح سواد بیماران تاثیری بر روند آن نمی‌گذاشت و همین که

۰/۶۶ درصد گزارش شد و ثبات آزمون-بازآزمون در این مقیاس که بیشتر از یک سال طول کشید از ۰/۶۴ درصد تا ۰/۸۸ درصد گزارش شده است (۱۲). لیما و همکاران (۲۰۱۶) تحقیقی را با هدف بررسی ویژگی‌های روانسجی چک لیست وقایع زندگی در بین شهروندان پرتغالی زبان برزیل انجام دادند که نتایج نشان داد این مقیاس (LEC- life events checklist) از اعتبار و روایی خوبی برای جامعه پرتغالی زبان برزیل برخوردار است که می‌توان از آن در سرزندگی کردن تجربه وقایع تروماتیک استفاده کرد (۱۳). مارسین روزوتک و همکاران (۲۰۱۸) مطالعه‌ای با انجام بررسی روایی و پایایی مقیاس چک لیست وقایع زندگی در شهر ورشو لهستان صورت دادند. پس از اخذ مجوز از نویسندگان (LEC) از مرکز ملی حوادث پس از سانحه سه مترجم دو زبانه نسخه اصلی را به لهستانی ترجمه و سپس مترجمان دو زبانه مستقل دیگری آن را به انگلیسی بک ترانسلیت کردند و پس از انطباق این دو نسخه به پرسشنامه نهایی رسیدند. این مطالعه روی ۱۷۲ دانشجوی دانشگاه دارای و مدیریت ورشو (۶۸ زن و ۱۰۴ مرد) در سنین ۱۷ تا ۴۹ سال انجام شد. ضریب همبستگی آن در مقیاس تجربه کردن ۰/۹۴ درصد و در مقیاس شاهد اتفاق بودن ۰/۹۳ درصد و در یادگیری آموخته شده ۰/۹۴ درصد بود و اعتبار بازآزمون این مقیاس ۰/۸۴ درصد گزارش شد (۱۴). با توجه به بررسی‌های انجام گرفته نتیجه گرفته می‌شود در برخی کشورها از جمله ایران در تحقیقات انجام شده کمتر به مقوله تجربه تروما پرداخته شده است و ابزار مناسبی برای غربالگری این افراد وجود ندارد و در صورت وجود برای بزرگسالان مناسب نبوده تا از طریق غربالگری و ارزیابی به موقع اقدامات لازم در جهت شناسایی افراد آسیب‌دیده صورت گیرد. چرا که پیشگیری از مشکلات آسیب‌شناختی بالقوه در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی و روانشناختی و همچنین ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان در جامعه کنونی ایران، امری غیرقابل اجتناب و ضروری به نظر می‌رسد.

از این رو دو گزینه ساخت ابزاری جدید و یا ترجمه ابزارهای موجود از زبان اصلی به فارسی و تعیین روایی

بیمار توانایی درک زبان فارسی را داشته باشد کافی بود. ملاک ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، تشخیص درد مزمن توسط متخصص درد مزمن، سواد کافی و ملاک خروج شامل عدم امضای رضایت نامه آگاهانه و داشتن هرگونه ناتوانی فیزیکی که مانع از شرکت در مطالعه شود.

گردآوری داده‌ها با چک لیست وقایع زندگی انجام گرفت. این مقیاس دارای ۱۷ عبارت است که یک طیف ۶ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته و به تایید رسیده است (۹، ۱۱، ۱۲). جهت آماده‌سازی ابزار، ابتدا گویه‌های پرسشنامه چک لیست وقایع زندگی توسط دو نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی به فارسی ترجمه شد. سپس صحت روایی محتوایی توسط یک عضو هیئت علمی روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله بعد گویه‌ها توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی که قبلاً نسخه اصلی پرسشنامه را مطالعه نکرده بود، آیت‌های پرسشنامه فارسی را به انگلیسی بازگردانده و بعد نسخه اصلی و نسخه ترجمه شده پرسشنامه توسط متخصصین روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت تا از جهت معنایی تفاوتی در آن نباشد. بعد از اینکه نسخه ی نهایی تهیه گردید این پرسشنامه در بین ۳۶ نفر از افراد دارای درد مزمن به عنوان پایلوت توزیع شد و اشکالات مورد نظر در بعضی آیت‌ها برطرف گردید. رضایت آگاهانه کتبی که در آن اهداف و روش پژوهش توصیف گردیده بود، از تمامی بیماران درد مزمن کسب و اصل رازداری و گمنامی تایید گردید. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد تا پکیج ابزارهای خودگزارش‌دهی شامل مقیاس چک لیست وقایع زندگی، مقیاس فاجعه‌آفرینی دردمزمن، خودکارآمدی درد مزمن و رضایت از زندگی را تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۵ و نرم افزار لیزرل نسخه ۸/۸ تحلیل شدند. به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و همچنین از روش آلفای کرونباخ و آزمون بازآزمون برای بررسی همسانی درونی، از همبستگی مقیاس چک لیست وقایع زندگی با

پرسشنامه های ۲۱-DASS و فاجعه آفرینی درد مزمن برای بررسی روایی هم‌گرا و از همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه های خودکارآمدی درد مزمن و رضایت از زندگی برای بررسی روایی واگرا استفاده شد. برای روایی سازه نیز تحلیل عاملی تاییدی نرم افزار لیزرل نسخه ۸/۸ مورد استفاده قرار گرفت؛ و همچنین برای تعیین تعداد عامل‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد.

چک لیست وقایع زندگی (LEC): چک لیست وقایع زندگی (LEC) که برای اندازه‌گیری میزان گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا در مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه همزمان با مقیاس PTSD برای تسهیل در تشخیص PTSD توسط مت‌گری و همکاران ساخته شد. چک لیست وقایع زندگی شامل ۱۷ آیت‌ها که شامل موارد فاجعه طبیعی، آتش یا انفجار، تصادف با وسیله نقلیه (موتور)، تصادفات جدی دیگر، قرار گرفتن در معرض مواد سمی، ضرب و شتم بدنی، حمله با سلاح، تجاوز جنسی، تجربه ی جنسی ناخواسته، مبارزه، اسارت، آسیب یا بیماری که تهدید کننده زندگی، رنج کشیدن شدید، مرگ وحشتناک، مرگ ناگهانی و غیر منتظره یک فرد عزیز، صدمه جدی یک فرد عزیز، سایر رویدادهای استرس‌زا می باشد. از این ۱۷ آیت ۱۶ آیت آن به وقایع اختصاصی مربوط است و ۱ آیت برای سایر وقایع تروماتیک در نظر گرفته شده است. پاسخ افراد در یک طیف ۶ قسمتی که گزینه ی اول این است؛ شخصا برای شما اتفاق افتاده است، گزینه ی دوم؛ شما شاهد بوده اید که برای شخص دیگری اتفاق افتاده است، گزینه سوم؛ شنیده اید که برای یکی از نزدیکانتان (اعضای خانواده یا دوست نزدیک) اتفاق افتاده است، گزینه ی چهارم؛ شما به علت شغلتان در معرض آن قرار گرفتید (شغل‌هایی مثل پیراپزشکی، پلیس، ارتش، نیروهای امداد)، گزینه پنجم؛ مطمئن نیستید ارتباطی با این واقعه داشته باشید و گزینه آخر این است که برای شما اتفاق نیفتاده است. شرکت کننده برای هر رویداد یک یا چند گزینه را می‌توانند علامت بزنند، در پاسخ دادن به پرسشنامه، کل عمرش (از خردسالی تا بزرگسالی) را مد نظر قرار دهد. آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۸۷٪ گزارش شده است و بر اساس این

ای مرکب از ۲۰ بیمار بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ ذکر کرده‌اند. ساختار سه عاملی مقیاس‌های DASS در مطالعات مختلف مورد حمایت قرار گرفته است (۲۱).

پرسشنامه خودکارآمدی مربوط به درد (PSEQ- Pain self-efficacy questionnaire): این پرسشنامه ۱۰ سوالی بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا و توسط Nicholas (۱۹۸۹) ساخته شد و کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند. پاسخگویی به پرسشنامه، در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از (اصلاً نمی‌توانم = ۰) تا (کاملاً می‌توانم = ۶) بوده و دامنه نمرات آن از صفر تا ۶۰ است. نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمندتر بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره با وجود درد است (۲۲). نیکولاس در پژوهش خود اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد نمود. بعلاوه، اصغری مقدم و نیکولاس ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تصنیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ بدست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است (۲۳). از آنجایی که پرسشنامه خودکارآمدی درد یک مقیاس تک عاملی است، برای به دست آوردن نمره آن کافی است امتیاز همه ۱۰ عبارت با هم جمع شود. دامنه نمرات آن از صفر تا ۶۰ بوده و بدیهی است نمره بالاتر بیان‌کننده احساس خودکارآمدی بالاتر در مواجهه با درد مزمن است.

مقیاس فاجعه آفرینی درد (Pain-PCS-catastrophizing scale): این مقیاس ۱۳ سوالی توسط Sullivan و همکاران در سال ۱۹۹۵ جهت ارزیابی فاجعه آفرینی درد بیماران طراحی شد، که آن‌ها پاسخ‌های خود را با جملات در دامنه ۰ (اصلاً) تا ۴ (همیشه) اعلام می‌دارند. این مقیاس سه زیر مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی را در بر می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده است. این پرسش‌نامه توسط سجادیان و همکاران به فارسی ترجمه و اجرا شده و ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۹۳ بدست آمده است (۲۴).

مقیاس رضایت از زندگی (SWLS - Satisfaction with Life Scale): این مقیاس توسط Diener و

پژوهش ضریب کاپای بیشتر آیت‌ها بالای ۰/۵ بودند و میانگین ضریب کاپای کل مقیاس‌ها برابر با ۰/۶۱ است، علاوه بر این همبستگی بازآزمایی بعد از یک هفته ۰/۸۲ می‌باشد (۱۸، ۱۹).

فرم کوتاه مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (Stress Scale Anxiety Depression - ۲۱): مقیاس‌های DASS از ۲۱ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب دارای عباراتی است که می‌کوشد تا بیش برانگیختگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی را مورد ارزیابی قرار دهد و خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک پذیری و بی‌قراری را در بر می‌گیرد. لازم به ذکر است که علائمی که در DASS مقیاس استرس را شکل می‌دهد شباهت بسیاری به علائم همراه با اختلال اضطراب منتشر دارد (۲۰). آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت شدت فراوانی علامت مطرح شده در عبارت مذکور را که در طول هفته گذشته تجربه کرده است با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا سه) درجه بندی کند. هریک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس دارای ۷ پرسش است و نمره آزمودنی در هریک از سه خرده مقیاس با جمع عبارات متعلق به کلیه عبارات آن خرده مقیاس حاصل می‌آید. مطالعات مختلف نشان داده است که خرده مقیاس‌های ۲۱-DASS دارای ویژگی‌های روانسنجی مطلوب است. در یک مطالعه با جمعیت غیربالیینی، ضرایب همسانی درونی سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۸۳ و در (مطالعه‌ای با جمعیت بالینی مرضی) ضرایب همسانی درونی همین سه خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۹، ۰/۹۳ گزارش شده است. براون و همکاران ضرایب بازآزمایی سه خرده مقیاس ۴۲-DASS را با فاصله زمانی دو هفته در نمونه

همکاران در سال ۱۹۸۵، به منظور اندازه گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی که بطور نظری بر اساس مقایسه شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین شده، پیش بینی می شود، طراحی شده است. این مقیاس در ابتدا ۴۸ سوال بود که بعد از تحلیل عاملی به ۱۰ سوال کاهش یافت. بخاطر شباهت معنایی بین ۱۰ سوال نسخه نهایی، تعداد سوالات این مقیاس به ۵ سوال کاهش یافت. مقیاس پاسخگویی به سوالات مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم است. داینر و همکارانش پایایی بازآزمایی این مقیاس را با فاصله زمانی دو ماه، ۰/۸۴ گزارش نمودند. شیخی و همکاران در سال ۱۳۹۰ ضریب همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۵ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۷ به دست آوردند (۲۵، ۲۶).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر را ۱۶۵ زن (۵۳/۳۹٪) و ۱۴۴ نفر مرد (۴۶/۶۱٪) تشکیل داده بودند که ۹۱ نفر مجرد (۲۹/۴۴٪) و ۲۱۸ نفر (۷۰/۵۶٪) متاهل بودند و از این میان ۲۵ نفر ۱۸ تا ۳۰ سال سن داشتند (۸/۰۹٪)، ۷۶ نفر ۳۱ تا ۴۰ سال (۲۴/۵۹٪)، ۱۳۹ نفر ۴۱ تا ۶۰ (۴۴/۹۸٪) و ۶۹ نفر ۶۱ تا ۹۰ سال داشتند (۲۲/۳۴٪). از این میان ۱۸ نفر از بیماران یک سال بود که به درد مزمن مبتلا شده بودند (۵/۸۲٪)، ۲۸ نفر دو سال (۹/۰۸٪)، ۱۸ نفر سه سال (۵/۸۲٪)، ۵۲ نفر حدود چهار سال (۱۶/۸۲٪)، ۱۰۱ نفر حدود پنج سال و بیشتر (۳۲/۶۸٪) و ۹۲ نفر حدود ده سال و بیشتر (۲۹/۷۸٪) به درد مزمن مبتلا بودند.

پلیایی: عبارتها از حیث همسانی درونی و قدرت تشخیص مورد بررسی قرار گرفتند. بدین ترتیب که

جدول ۱- بررسی تحلیل گویه‌های چک لیست وقایع زندگی

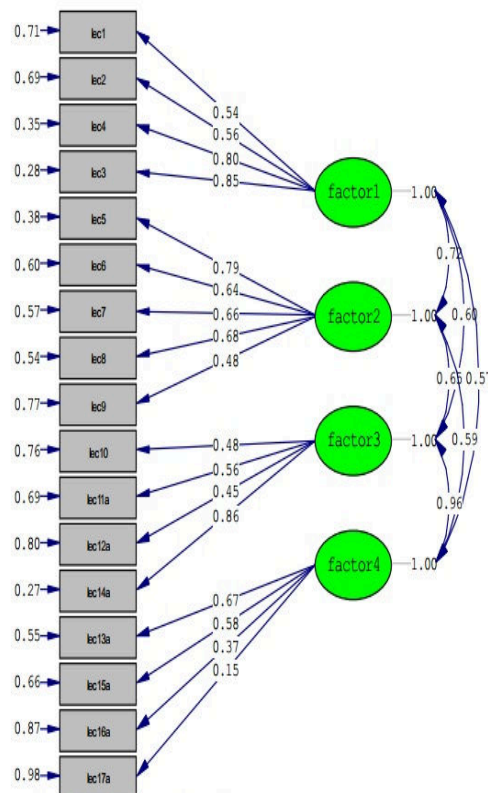
گویه‌ها	میانگین مقیاس در صورت حذف گویه	واریانس مقیاس در صورت حذف گویه	همبستگی گویه ها با نمره کل	آلفای کرونباخ در صورت حذف گویه ها
بالای طبیعی (مثلا سیل، طوفان، گردباد، زلزله)	۷۲/۸۴	۱۰۳۱/۵۱	۰/۳۹	۰/۸۶
آتش سوزی یا انفجار	۷۵/۱۶	۱۰۳۲/۷۳	۰/۴۹	۰/۸۵
تصادف وسایل حمل و نقل (به عنوان مثال تصادف ماشین، تصادف قایق، خراب شدن قطار، سقوط هواپیما)	۷۳/۰۵	۹۱۸/۹۵	۰/۶۴	۰/۸۴
رخ دادن سازه‌های خطرناک در محل کار، خانه و یا حین فعالیت تفریحی	۷۴/۳۶	۹۴۵/۸۱	۰/۶۶	۰/۸۴
قرار گرفتن در معرض مواد سمی (به عنوان مثال مواد شیمیایی خطرناک یا اشته)	۷۵/۹۳	۹۸۴/۶۴	۰/۶۵	۰/۸۴
مورد حمله ی جسمی قرار گرفتن (مثلا مورد حمله، ضربه، سیلی، لگد و کتک خوردن قرار گرفتن)	۷۵/۱۰	۹۹۷/۶۴	۰/۵۴	۰/۸۵
با اسلحه مورد حمله قرار گرفتن (مثلا تیراندازی، زخمی شدن با چاقو، تهدید شدن با چاقو، اسلحه و بمب)	۷۶/۰۲	۱۰۰۵/۴۴	۰/۴۹	۰/۸۵
تجاوز جنسی (مثلا تجاوز، تلاش برای تجاوز، انجام هر نوع عمل جنسی از طریق زور، تهدید یا آسیب زدن)	۷۶/۲۸	۱۰۲۴/۶۰	۰/۵۵	۰/۸۵
سایر تجربه های جنسی ناخواسته یا ناراحت کننده	۷۶/۳۶	۱۰۵۷/۴۲	۰/۴۱	۰/۸۵
مبارزه کردن یا قرار گرفتن در یک منطقه جنگی (چه به عنوان فردی نظامی و یا شهروندی عادی)	۷۵/۸۶	۱۰۲۹/۴۳	۰/۴۳	۰/۸۵
اسیر بودن (مثلا در کودکی مورد آدم ربایی قرار گرفتن، دزدیده شدن در بزرگسالی، مورد گروگان گیری قرار گرفتن، زندانی جنگی بودن)	۷۷/۱۱	۱۰۵۵/۱۵	۰/۴۵	۰/۸۵
بیماری یا جراحی که تهدید کننده ی زندگی است	۷۶/۱۳	۱۰۵۳/۴۵	۰/۴۰	۰/۸۶
عذاب کشیدن شدید یک انسان	۷۶/۵۱	1018/36	۰/۵۴	۰/۸۵
مرگ ناگهانی خسونت آمیز (به عنوان مثل قتل یا خودکشی کردن)	۷۶/۹۱	۹۹۰/۲۱	۰/۶۶	۰/۸۴
مرگ ناگهانی غیرمنتظره	۷۴/۸۹	۱۰۳۵/۳۲	۰/۴۱	۰/۸۶
مقصر بودن در به وجود آوردن جراحات و آسیب‌های جدی و یا مرگ شخصی دیگر	۷۷/۵۴	۱۰۸۹/۳۱	۰/۲۷	۰/۸۶
هر رویداد یا تجربه بسیار استرس زای دیگر	۷۸/۲۰	۱۱۳۰/۶۲	۰/۰۶	۰/۸۶

جدول ۲- همبستگی چک لیست وقایع زندگی با پرسشنامه DASS-21، پرسشنامه ی فاجعه آفرینی، پرسشنامه خودکارآمدی درد مزمن و پرسشنامه ی رضایت از زندگی

متغیرها	مقدار همبستگی				
	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	نمره کل LEC
افسردگی، اضطراب و استرس	۰/۲۴ **	۰/۲۴ **	۰/۳۱ **	۰/۲۴ **	۰/۳۳ **
افسردگی	۰/۲۶ **	۰/۲۳ **	۰/۳۱ **	۰/۲۴ **	۰/۳۴ **
اضطراب	۰/۳۱ **	۰/۳۲ **	۰/۳۷ **	۰/۲۴ **	۰/۴۰ **
استرس	۰/۰۹	۰/۱۳ *	۰/۲۰ **	۰/۱۹ **	۰/۱۹ **
فاجعه آفرینی	۰/۳۰ **	۰/۱۶ **	۰/۱۷ **	۰/۲۲ **	۰/۲۸ **
نشخوار فکری	۰/۱۷ **	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۱۵ **	۰/۱۴ **
بزرگنمایی	۰/۲۰ **	۰/۱۲ **	۰/۱۴ **	۰/۲۱ **	۰/۲۱ **
درماندگی	۰/۳۸ **	۰/۲۰ **	۰/۲۳ **	۰/۲۲ **	۰/۳۴ **
خودکارآمدی درد مزمن	۰/۱۸ **	۰/۲۲ **	۰/۲۵ **	۰/۲۲ **	۰/۲۸ **
رضایت از زندگی	۰/۱۷ **	۰/۲۷ **	۰/۲۸ **	۰/۱۰	۰/۲۷ **

** Significant level less than 0.01

* Significant level less than 0.05

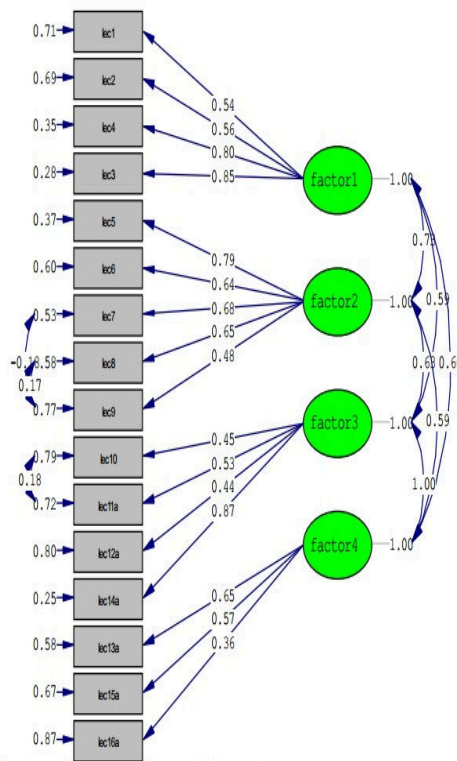


Chi-Square=358.58, df=113, P-value=0.00000, RMSEA=0.084

تصویر ۱- تحلیل عامل تاییدی چک لیست وقایع زندگی قبل از اصلاح

همبستگی هر عبارت با نمره کل مقیاس بررسی شد. نتایج اولیه نشان می داد که عبارت ها دارای همسانی درونی و قدرت تشخیصی مناسبی هستند البته به جز سوال هفدهم که از پرسشنامه کنار گذاشته شد. همبستگی عبارت ها با نمره ی کل از ۰/۲۷ برای عبارت

۱۶ تا ۰/۶۶ برای عبارات ۴ و ۱۴ در تغییر بود، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ بدست آمد که نشان از همسانی درونی قابل قبول این ابزار است. همانطور که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است همه ی آیتیم ها در صورت حذف باعث کاهش میزان آلفا



Chi-Square=271.44, df=95, P-value=0.00000, RMSEA=0.078

تصویر ۲- تحلیل عامل تاییدی چک لیست وقایع زندگی بعد از اصلاح

جدول ۳- شاخص‌ها برازندگی مدل ۴ عاملی چک لیست وقایع زندگی

مقدار مورد انتظار	مقدار مشاهده شده مدل اولیه	مقدار مشاهده شده مدل اصلاح شده	مولفه ها
کمتر از ۳	۳/۱۷	۲/۸۵	X ² /df
بزرگ تر از ۰/۹۰	۰/۸۸	۰/۹۰	GFI
بزرگ تر از ۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۳	NFI
بزرگ تر از ۰/۹۰	۰/۹۳	۰/۹۵	CFI
کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۷	RMSE

GFI=شاخص برازندگی، CFI=شاخص برازندگی تطبیقی، RMSEA=ریشه دوم واریانس خطای تقریب

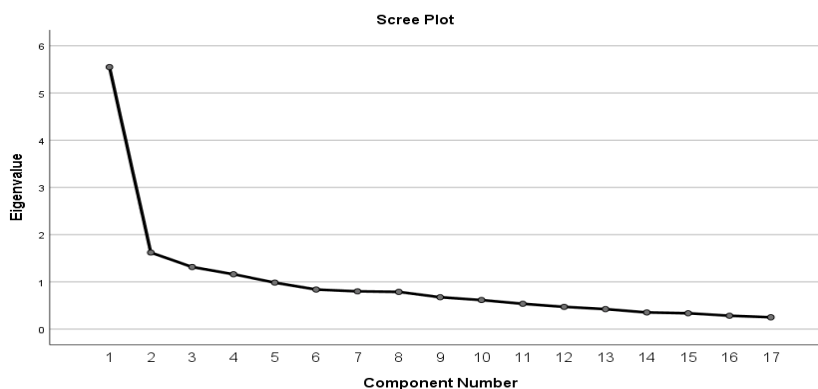
روایی: روایی چک لیست وقایع زندگی با روش روایی همگرا (اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب، استرس ۲۱ و فاجعه آفرینی درد) و روایی واگرا (اجرای همزمان پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد مزمن و رضایت از زندگی) مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره ۲ همبستگی بین مقیاس‌ها نشان داده شده است. الگوی ضرایب همبستگی بین چک لیست وقایع زندگی با پرسشنامه‌های واگرا و همگرا بیانگر روایی ملاکی همزمان مطلوب نسخه ی فارسی چک

می شوند که نشان دهنده ی این است که آیت‌ها مناسب هستند. همچنین میزان بازآزمایی پرسشنامه با نمونه ی ۴۰ نفره در بازه ی زمانی ۳ هفته برابر با ۰/۸۵ بود که نمره قابل قبولی می باشد.

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که ضرایب آلفای کرونباخ رضایت بخش بوده و همچنین داده های بازآزمایی معنادار هستند. بنابراین می توان گفت که نسخه ی فارسی چک لیست وقایع زندگی از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است.

جدول ۴- بار عاملی سوالات پرسشنامه چک لیست وقایع زندگی

شماره سوال	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم
LEC-۵	۰/۶۵			
LEC-۶	۰/۶۱			
LEC-۷	۰/۶۴			
LEC-۸	۰/۷۹			
LEC-۹	۰/۶۳			
LEC-۱		۰/۷۹		
LEC-۲		۰/۶۲		
LEC-۳		۰/۷۹		
LEC-۴		۰/۶۳		
LEC-۱۰			۰/۶۷	
LEC-۱۱			۰/۷۶	
LEC-۱۲			۰/۵۱	
LEC-۱۴			۰/۶۴	
LEC-۱۳				۰/۴۶
LEC-۱۵				۰/۵۳
LEC-۱۶				۰/۶۷
LEC-۱۷				۰/۵۸



تصویر ۳- نمودار Scree plot چهار عاملی چک لیست وقایع زندگی

کیروز-میر-الکین (Keiser-Mayer-Olkin-KMO) برای بررسی کفایت نمونه برداری و آزمون کرویت بارتلت (bartlett sphericity test) پرداخته شد. نتایج نشان داد که با مقدار KMO برابر با ۰/۸۵ و رد فرض صفر در آزمون کرویت بارتلت ($p=۰/۰۰۰$, $df=۱۳۶$)، شرایط برای تحلیل عاملی وجود دارد. تحلیل اولیه چهار عامل را نشان داد که نمودار اسکری نیز از ساختار چهار عاملی حمایت می‌کرد (تصویر شماره ۳). بارهای عاملی مربوط به هر عبارت در جدول ۴

لیست وقایع زندگی است. **تحلیل عاملی:** به منظور بررسی ساختار مجموعه سوال‌ها از تحلیل عاملی اکتشافی (Exploratory factor analysis) و تحلیل عاملی تاییدی (Confirmatory factor analysis) استفاده شد. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش‌های مختلف و با استفاده از تحلیل مولفه‌ی اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. در ادامه به عنوان پیش فرضی برای تحلیل عاملی اکتشافی با الگوی مولفه‌های اصلی، به محاسبه شاخص

در پژوهش آن‌ها الفای کرونباخ $0/66$ گزارش شده بود (۱۲). مارسین روزوتک و همکاران نیز اعتبار بازآزمون چک لیست وقایع زندگی را $0/84$ گزارش نمودند (۲۸). در این راستا در هنجاریابی که در کره جنوبی انجام شد، شش عامل را به دست آوردند که این نتایج با پژوهش ما همسو نبود. به عبارتی در تحلیل عاملی اکتشافی پژوهش حاضر ۴ عامل به دست آمد که در تبیین این یافته و عدم همسویی با مطالعه‌ای که در کره جنوبی انجام گرفت می‌توان با نظر به مفهوم فرهنگ محور بودن تروما به نحو مطلوبی به توجیه این مهم پرداخت. به عبارتی پدیده تروما دارای جنبه‌ای فرهنگی بوده و اعتقاد و باورهای فرهنگی یک جامعه است که تروماتیک بودن یک واقعه را تعیین می‌کند. همچنین ترومای فرهنگی دارای دو بعد تجربه عاطفی و بازخورد تفسیری است و نحوه واکنش جامعه به تروما و آسیب؛ ابعاد و وسعت ترومای فرهنگی را مشخص می‌کند که در این راستا نیلاسملسر بیان می‌دارد که ترومای فرهنگی ایجاد می‌شود نه اینکه متولد شود (۲۹، ۳۰)؛ بنابراین ضرورت دارد تفاوت‌های فرهنگی میان فرهنگ‌های شرقی و غربی با فرهنگ ایرانی قابل توجه قرار گیرد، به این دلیل که این پرسشنامه در یک فرهنگ متفاوت با فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است. پژوهش‌ها نیز نشان داده است که تروما در فرهنگ‌های مختلف به طور متفاوتی طبقه‌بندی می‌شود (۲۹). در این مطالعه که به منظور بررسی همگرایی از پرسشنامه DASS-۲۱ استفاده شد، نتایج نشان داد تجربه تروما با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت معناداری دارد که نشان‌دهنده آن است کسانی که ترومای بیشتری را تجربه می‌کنند در معرض افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری قرار دارند (۳۱، ۳۲). در مطالعه‌ای که شاراین سلیمان و همکاران انجام دادند داده‌های آن‌ها حاکی از این بود افراد دارای تجربیات تروماتیک بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب، استرس و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند. در نتیجه این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسویی و مطابقت دارد (۳۳). از طرف دیگر چندین مطالعه نشان داده است که تجربه ی تروما با افزایش نشانه‌های روانپزشکی همراه است (۳۴). از

آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد تمامی عبارت‌ها دارای واریانس مشترک و بار عاملی بزرگتر از $0/46$ هستند، در مجموع ۴ عامل مذکور $0/56$ واریانس را تبیین می‌کند. به منظور تایید ساختار عاملی به دست آمده، تحلیل عاملی تاییدی با نرم افزار لیزرل $8/8$ اجرا شد. نمودار مسیر تحلیل عاملی تاییدی همراه ضرایب مسیر و همچنین شاخص T در شکل ۱ و ۲ قبل و بعد از اصلاح نشان داده شده است. در نهایت شاخص‌های برازش به منظور بررسی مطلوب بودن برازش الگو محاسبه شد. در پژوهش حاضر از معتبرترین نمرات برش برای ارزیابی برازش مدل استفاده شد. RMSEA بین $0/8$ و $0/10$ نشان دهنده مدل قابل قبول است؛ و $CFI \geq 0/95$ نشان دهنده برازش خوب مدل است (۲۷). با توجه به نتایج حاصله و میزان شاخص‌ها بعد استفاده از شاخص‌هایی اصلاح CFI (Comparative fit index) مقدار $0/95$ و GFI (Goodness of fit index) مقدار $0/90$ و NFI (normed fit index) مقدار $0/93$ و همینطور شاخص استاندارد شده ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA برابر با $0/7$ بوده و درجه آزادی x^2/df کمتر از ۳ را داراست همگی دلالت بر مناسب بودن نسبی مدل بعد از اصلاحات را نشان می‌دهند (تصویر شماره ۱ و ۲ و جدول شماره ۳).

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی مقیاس چک لیست وقایع زندگی (LEC) بود. یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که نسخه فارسی مقیاس چک لیست وقایع زندگی (LEC) در نمونه‌ای از بیماران درد مزمن همسانی درونی قابل قبولی دارد. یافته‌های بدست آمده با نتایج مت‌گری و همکاران همسو بود که الفای کرونباخ در آن مطالعه $0/87$ گزارش شده است.

همچنین تمامی سوالات دارای روایی قابل قبولی بودند به جز سوال هفدهم که به دلیل همبستگی پایین با نمره کل در اصلاح از مدل حذف شد (۱۸). نتایج این پژوهش با مطالعه هالیپ بائه و همکاران همسو بود که

ایرانی مبتلا به درد مزمن قابل تایید است و مقیاس LEC از ویژگی‌های روانسجی قابل قبولی برخوردار است؛ بنابراین درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان می‌توانند در پژوهش‌ها از این ابزار غربالگری برای تشخیص و ارزیابی تروما استفاده نمایند تا در جهت پیشگیری و کاهش سایر پیامدها و علائم آسیب‌شناختی و همچنین ارتقای سطح سلامت روانی جامعه برنامه‌ریزی‌های لازم محقق گردد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز بود؛ نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد که قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. همچنین این مطالعه با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی و آنلاین و از طریق تلفن همراه انجام گرفت که ممکن است باعث سوگیری در پاسخدهی شده باشد. این مطالعه بر روی نمونه درد مزمن انجام شد و پیشنهاد می‌شود محققان این پژوهش را بر روی نمونه‌هایی دیگر مانند بیماران قلبی، سرطان و سایر بیماری‌های مزمن انجام دهند. همچنین بهتر است در مطالعات بعدی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد و پژوهش‌های آتی ضمن پوشش این محدودیت‌ها، گستردگی بیشتری را در نمونه‌گیری خود داشته باشند تا اعتبار نتایج این پژوهش بیشتر شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه به شماره طرح ۹۹۲۱۵۱۷۸۶۱ با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا شده است همچنین کد اخلاق این پژوهش IR.IUMS.REC.۱۳۹۹،۱۲۲۶ می‌باشد. بدین وسیله از حمایت‌های مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. هم‌چنین از تمامی آزمودنی‌های مشارکت‌کننده در این طرح تحقیقاتی صمیمانه تشکر می‌کنیم.

References

1. Crombie PRC K, Linton SJ, LeResche L, von Korff M (editors). IASP Press. A Report of the Task Force on Epidemiology of the International Association for the Study of Pain. Br J Anaesth. 1999;83(6):976-7.

جمله مقیاس دیگری که جهت بررسی همگرایی استفاده شد مقیاس فاجعه آفرینی درد مزمن بود. ایس فاجعه آفرینی را به معنای تمایل به بزرگنمایی یک تهدید ادراک شده و بیش از حد جدی پنداشتن پیامدهای احتمالی آن توصیف کرد. مولفه فاجعه آفرینی، مشخصه انواع گسترده‌ای از اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و تجربه تروما، درد و ناتوانی جسمی می‌باشد. ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که تفکر فاجعه بار نقش مهم و پیش‌بینی‌کننده‌ای در بسیاری از اختلالات مانند پانیک، اضطراب بیماری، اختلال وسواسی جبری، اختلال استرس پس از سانحه، درد و ترومای ناشی از جراحی دارد (۳۵). در مطالعه‌ای که ون لوی و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد کسانی که فاجعه آفرینی بالایی داشتند تجارب تروماتیک بیشتر و علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان داده و همچنین درد خود را بیشتر از افراد دیگر ارزیابی می‌کردند (۳۶). به منظور روایی و اگر نیز از پرسشنامه خودکارآمدی درد مزمن استفاده گردید. ادبیات حاکی از آن است که خودکارآمدی ارتباط معناداری با ناتوانی درد مزمن و راهبردهای مقابله‌ای مختلف دارد (۳۷). همچنین یافته‌های حاصل از پژوهش دیگری نشان از آن داشت افراد دارای تجارب تروماتیک و اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از ترس‌هایشان اجتناب کرده و همچنین خودکارآمدی درد در این افراد پایین‌تر است (۳۸). علاوه بر این در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی و اگر از مقیاس رضایت از زندگی استفاده شد که رضایت از زندگی را ارزیابی شناختی تناسب بین اهداف ایده‌ال در زندگی و نتایج بدست آمده در زندگی تعریف می‌نمایند. در این راستا نتایج پژوهش نیل کاروس (۳۹) و دیوید روز و همکاران (۴۰) با پژوهش حاضر همسو بود به این معنا که افرادی که تجربه تروما دارند نسبت به افراد فاقد این تجارب، از زندگی خویش رضایت کمتری دارند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت چک لیست وقایع زندگی در نمونه

2. Asadi-Piri Z, Harvey IS, Imani-Nasab M-H, Zare S, Nouraei Motlagh S, Cheraghi N. Spirituality and pain self-efficacy in older adults with chronic pain: evidence from Iran. *J Relig Spiritual Aging*. 2021;33(3):298-310. (Persian)
3. Epidemiology IAftSoPTFo ,Crombie IK. Epidemiology of pain: a report of the Task Force on Epidemiology of the International Association for the Study of Pain: IASP press; 1999.
4. Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ. When emotional pain becomes physical: adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *J Clin Psychol*. 2017;73(10):1403-28.
5. Shepherd JC, Maguen S, Skidmore WC, Abramovitz SM. Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology*. 2011;17(2):56-67.
6. McCall-Hosenfeld JS, Winter M, Heeren T, Liebschutz JM. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: Exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *J Psychosom Res*. 2014;77(3):196-204.
7. Kubany ES, Leisen MB, Kaplan AS, Watson SB, Haynes SN, Owens JA, et al. Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol Assess*. 2000;12(2):210.
8. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV [Internet]. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994 [cited 2010 Mar 8]. 866 p.
9. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The ptsd checklist for dsm-5 (pcl-5). Scale available from the National Center for PTSD at: www.ptsd.va.gov. 2013;10.
10. Flannery DJ, Singer MI, Wester K. Violence exposure, psychological trauma, and suicide risk in a community sample of dangerously violent adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4):435-42.
11. Lima EdP, Vasconcelos AG, Berger W, Kristensen CH, Nascimento Ed, Figueira I, et al. Cross-cultural adaptation of the posttraumatic stress disorder checklist 5 (PCL-5) and life events checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*. 2016;38:207-15.
12. Bae H, Kim D, Koh H, Kim Y, Park JS. Psychometric properties of the life events checklist-Korean version. *Psychiatry Invest*. 2008;5(3):163.
13. Lima EdP, Vasconcelos AG, Berger W, Kristensen CH, Nascimento Ed, Figueira I, et al. Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*. 2016;38(4):207-15.
14. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5) for PTSD criteria from DSM-5. *Psychiatr Pol*. 2017:1-12.
15. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation .2nd ed. California: SAGE Open; 2016:447-449.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 1970;30(3):607-10.
17. Mundfrom DJ, Shaw DG, Ke TL. Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *Int J Test*. 2005;5(2):159-68.
18. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*. 2004;11(4):330-41.
19. Brown MJ, Harrison SE, Li X. Gender disparities in traumatic life experiences and antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in South Carolina. *AIDS Behav*. 2019;23(11):2904-15.
20. Summerfeldt L J, Antony MM. Structured and semistructured diagnostic interviews. *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. 2002:3-37.
21. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behav Res Ther*. 1997;35(1):79-89.
22. Poladi Rohimhari A, Najarian B, Shekarkan H, Jalali Artman S. Evaluation of the effectiveness of cognitive, relaxation and behavioral treatment methods in improving chronic back pain in male high school teachers in Ahvaz. *J Educ Psychol Shahid Chamran University of Ahvaz*. 2001;1(2):49-72. (Persian)
23. Haghghat F. The relationship between pain self-efficacy and pain intensity in multiple sclerosis patients. *IJBS*. 2011;5(1):47-54.
24. Ghadiri ZS, Abolghasemi A, Aghajani S. A comparison of behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma. *Quarterly J Sch Psychol*. 2015;4(2):69-88. (Persian)
25. Sheikhi M, Ali HH, Ahadi H, Sepah MM. Psychometric properties of satisfaction with life scale. *JTBSP*. 2011;5(19):15-26. (Persian)
26. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The life satisfaction scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71-5.
27. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6(1):1-55.
28. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5) for PTSD criteria from DSM-5. *Psychiatr Pol*. 2018;52(3):499-510.
29. Bryant-Davis T. The cultural context of trauma recovery: Considering the posttraumatic stress

disorder practice guideline and intersectionality. *Psychotherapy*. APA. 2019;56(3):400.

30. Eyerman R. Soc Theory and trauma. *Acta Sociol*. 2013;56(1):41-53.

31. Castillo RC, Wegener ST, Heins SE, Haythornthwaite JA, MacKenzie EJ, Bosse MJ, et al. Longitudinal relationships between anxiety, depression, and pain: results from a two-year cohort study of lower extremity trauma patients. *Pain*. 2013;154(12):2860-6.

32. Monsen K, Monsen JT, Svartberg M, Havik OE. Chronic pain patients: Patterns of change in interpersonal problems, pain intensity, and depression-anxiety. *Psychother Res*. 2002;12(3):339-54.

33. Suliman S, Mkabile SG, Fincham DS, Ahmed R, Stein DJ, Seedat S. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Compr Psychiatry*. 2009;50(2):121-7.

34. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: *Int J Low Extrem Wounds*. 1997;277(17):1362-8.

35. Gellatly R, Beck AT. Catastrophic thinking :A transdiagnostic process across psychiatric disorders. *Cognit Ther Res*. 2016;40(4):441-52.

36. Van Loey N, Klein-König I, De Jong A, Hofland H, Vandermeulen E, Engelhard I. Catastrophizing, pain and traumatic stress symptoms following burns: A prospective study. *Eur J Pain*. 2018;22(6):1151-9.

37. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *Eur J Pain*. 2007;11(2):153-63.

38. Luszczynska A, Benight CC, Cieslak R. Self-efficacy and health-related outcomes of collective trauma: A systematic review. *Eur Psychol*. 2009;14(1):51-62.

39. Krause N. Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *Gerontologist*. 2004;44(5):615-23.

40. Royse D, Rompf BL, Dhooper SS. Childhood trauma and adult life satisfaction in a random adult sample. *Psychol Rep*. 1991;69(3 Suppl):1227-31.