



Research Article

Cross-validation of the Persian Version of the Revised Scale of Prolonged Grief Disorder

Authors

Rahim Yousefi^{1*}, Armin Haghazari Esfahlan²

 1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

 2. M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education & Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. haghazariarmin@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
15/11/2023

Accept Date:
23/04/2024



Introduction: Prolonged Grief Disorder is a newly established diagnostic category included in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The present study aimed to introduce and psychometrically validate the Persian version of the Revised Prolonged Grief Scale.

Method: The study employs a descriptive-survey design. For this purpose, 400 undergraduate students from Shahid Madani University of Azerbaijan were selected through purposive sampling and assessed using the Persian version of the Revised Prolonged Grief Scale and the Grief Experience Questionnaire.

Results: Exploratory factor analysis indicated that a general factor can be extracted, accounting for 52% of the total variance in the scores. Confirmatory factor analysis demonstrated that the extracted single factor exhibits a good fit. The item homogeneity coefficient was 0.89 when calculated using Cronbach's alpha and 0.88 when determined through the split-half method. The positive and significant correlation coefficient between the scores of prolonged grief disorder and the experience of grief indicates the convergent validity of the prolonged grief disorder scale. The diagnostic validity of the Prolonged Grief Disorder Scale was confirmed by comparing two groups: subjects diagnosed with prolonged grief disorder and their normal counterparts, revealing a significant difference between the two groups.

Discussion and conclusion: The Persian version of the Prolonged Grief Disorder Scale demonstrates adequate validity for the local sample and can be utilized as a reliable and effective tool for both clinical and research purposes.

Keywords

Complex Grief, Prolonged Grief, Validation, Psychometry.

Corresponding Author's E-mail

yousefi@azaruniv.ac.ir

اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت

نویسندگان

رحیم یوسفی^{۱*}، آرمین حق نظری اسفهان^۲

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.
(نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی
آذربایجان، تبریز، ایران. hagnazariarmin@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلال سوگ طولانی‌مدت، مقوله تشخیصی جدیدی است که در متن نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی گنجانده شده است. پژوهش حاضر باهدف معرفی و اعتباریابی روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی‌مدت انجام شد.

روش: پژوهش از نوع توصیفی - پیمایشی است. برای این منظور تعداد ۴۰۰ دانشجوی کارشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌وسیله ابزارهای نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت و پرسشنامه تجربه سوگ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج: تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد، یک عامل کلی قابل استخراج است و در مجموع ۵۲ درصد از واریانس نمرات را تبیین می‌کند. تحلیل عاملی تأییدی آشکار کرد عامل یگانه استخراج شده از برازش مطلوبی برخوردار است. بررسی ضریب همسانی گویه‌ها از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و از طریق محاسبه ضریب دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمد. ضریب همبستگی مثبت و معنادار بین نمرات اختلال سوگ طولانی‌مدت با تجربه سوگ، نشانگر روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت بود. همچنین اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق مقایسه دو گروه از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت با هم‌تایان عادی و مشاهده تفاوت معنادار مورد تأیید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری: نسخه فارسی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت از اعتبار لازم و کافی برای نمونه بومی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر و سودمند برای اهداف بالینی و پژوهشی به کار گرفته شود.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۲/۰۸/۲۴

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۰۲/۰۴



کلیدواژه‌ها

سوگ پیچیده، سوگ طولانی‌مدت، اعتباریابی، روان‌سنجی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

yousefi@azaruniv.ac.ir

مقدمه

کاهش می‌یابد. علاوه بر این، یک زیر گروه کوچک از افراد (حدوداً ۱۰ درصد افراد) ممکن است بعد از فقدان، دچار غم و اندوهی بشوند که در ابتدا اندک بوده؛ ولی در شش ماه پس از فقدان شدیدتر می‌شود [۵]. تعداد اندکی از افراد (در حدود ۷ تا ۱۰ درصد) دوره‌های طولانی‌تری از غم و اندوه ناشی از فقدان را نشان می‌دهند و این زیرگروه به احتمال زیاد نشان‌دهنده جمعیتی است که علائم غم و اندوه آنها در طول زمان کاهش نمی‌یابد و ممکن است با پریشانی شخصی یا اختلال در عملکرد همراه باشد و نیاز به مداخله را ضروری نماید [۶].

به طور سنتی پدیده سوگ پیچیده^۲، آسیب‌زا یا حل نشده، واکنش سوگ بی‌وقفه و پایداری است که منجر به اختلال در عملکردهای شخصی، شغلی یا خانوادگی فرد شده و فراتر از هنجارهای فرهنگی است. به عنوان در فرمول‌بندی‌های جدیدتر این وضعیت بالینی با ویژگی، اختلال سوگ طولانی‌مدت^۳ نام گرفته است که با اشتیاق شدید و اشتغال ذهنی پایدار با فرد از دست رفته جلوه‌گر شده و با پریشانی هیجانی پایدار و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود [۴]. اخیراً، نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴، اختلال سوگ طولانی‌مدت را به عنوان یک مقوله تشخیصی جدید در متن خود و در زیرمجموعه طبقه اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا^۵ گنجانده است. اختلال سوگ طولانی‌مدت، نشان‌دهنده یک واکنش طولانی‌مدت است که فقط پس از گذشت حداقل ۱۲ ماه (۶ ماه در کودکان و نوجوانان) از مرگ فردی که سوگوار با او رابطه نزدیک داشته است، قابل تشخیص است. نشانه‌های کلیدی دیگر این اختلال عبارتند از: اشتیاق شدید^۶، اشتغال ذهنی^۷ با افکار و خاطرات فرد از دست رفته که منجر به پریشانی یا اختلال قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه‌های مهم در فرد سوگوار می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲م). اختلال سوگ طولانی‌مدت با پریشانی

از دست دادن افراد مهم زندگی یکی از چالش برانگیزترین و در عین حال رایج‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی است که منجر به مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی، شناختی و رفتاری می‌شود که آن را سوگ^۱ می‌نامند [۱]. سوگ پدیده‌ای جهانی، اجتناب‌ناپذیر و دردناک در زندگی است و منشأ آن در قطع رابطه با هر ابژه‌ای مهم و معنادار برای افراد است [۲]. واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی که به دنبال از دست دادن یکی از عزیزان رخ می‌دهد، در مجموع به عنوان سوگ شناخته می‌شوند. اکثر افراد یک فرایند دردناک، اما طبیعی سوگواری را از سر می‌گذرانند که در آن شدت ناراحتی ناشی از غم معمولاً به تدریج در طول زمان کاهش می‌یابد [۳]؛ بنابراین اگرچه سوگ می‌تواند در زندگی به عنوان یک تجربه بسیار پر استرس و قابل توجه ادراک شود، ولی اکثر افراد از منابع درون‌فردی و حمایت‌های بین‌فردی لازم برای کنار آمدن با سوگ برخوردار هستند و به تدریج و با گذر زمان با زندگی بدون فرد از دست رفته کنار آمده و انطباق می‌یابند [۴]. با این حال، برای برخی افراد که دچار سوگ می‌شوند، این جریان راینده بسیار پیچیده است. در این افراد به جای کاهش شدت ناراحتی ناشی از فرایند سوگ، واکنش‌های غم و اندوه شدیدی تجربه می‌شود که به طور غیرعادی پایدار و در طول زمان به طور فزاینده‌ای ناتوان‌کننده می‌شوند [۳]. در اغلب موارد، غم و اندوه ناشی از فقدان بلافاصله پس از فقدان، شدیدتر است و پس از آن در یک دوره چند ماهه فروکش می‌کند. برای برخی افراد، غم و اندوه شدید ممکن است برای سال‌ها ادامه داشته باشد و به صورت ناسازگارانه جلوه‌گر شده و یا حتی خطرناک شود و افراد مبتلا را در معرض خطر قابل توجه آسیب‌رساندن به خود قرار دهد [۲].

متداول‌ترین واکنش پس از بروز فقدان و تجلی سوگ، نشانه‌های کم‌وبیش پایدار و البته خفیف غم و اندوه است. این واکنش تقریباً در ۲۶ تا ۴۵ درصد از افراد داغدار مشاهده می‌شود. همچنین، بسیاری از افراد بلافاصله پس از فقدان درجات متوسط (۳۰ تا ۳۳ درصد افراد) و نیز نسبتاً بالایی (۱۶ تا ۲۰ درصد افراد) از غم و اندوه ناشی از فقدان را تجربه می‌کنند که در گذر زمان و اغلب بدون مداخله

2. Complicated Grief.
3. Prolonged Grief Disorder (PGD).
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-Text Revised (DSM-5-TR).
5. Trauma- and Stressor-Related Disorders.
6. Intense Yearning.
7. Preoccupation.

1. Grief.

دوستان، ارتباط مستقیم با اختلال سوگ طولانی مدت و شیوع بیشتری دارد [۱۱،۱۴].

کارگروه نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها^۲، در زمینه اختلال های مرتبط با سوگ، شواهد پژوهشی و بالینی موجود برای اختلال سوگ طولانی مدت را به اندازه کافی قانع کننده یافت تا تشخیص آن را به عنوان یک اختلال روانی جدید توصیه کند. نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، اختلال داغدیگی پیچیده پایدار^۳ را در بخش سوم یعنی مدل های در حال ظهور گنجانده بود. در واکنش به گنجاندن اختلال سوگ طولانی مدت در ویرایش یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها و شواهد جمع آوری شده، کمیته راهبری راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی در ژوئن ۲۰۱۹ م جلسه ای را با پژوهشگران و متخصصان این حوزه تشکیل داد و پس از جمع بندی پیشنهادهای شرکت کنندگان نتیجه گیری شد که این داده ها از انتقال اختلال سوگ طولانی مدت به بخش دوم نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی پشتیبانی می کنند؛ در نتیجه مجموعه معیارهای موقت برای تشخیص گذاری این اختلال تدوین شد تا متخصصان بالینی از الگوریتم تعیین شده برای تشخیص گذاری اختلال استفاده کنند. گزارش های ارائه شده به کمیته راهبری، اعتبار الگوریتم تشخیصی اختلال سوگ طولانی مدت را تأیید کرد و در نهایت در ماه نوامبر ۲۰۲۰ م، انجمن روان پزشکی آمریکا تصویب کرد که اختلال سوگ طولانی مدت در متن اصلی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی قرار گیرد [۲].

سوگ و جنبه های مرضی آن به وسیله ابزارهای مختلفی مانند پرسش نامه سوگ پیچیده [۱۵]، مقیاس شدت سوگ پیش تولد^۴ [۱۶]، پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷]، مقیاس نگرش بزرگسالان به سوگ^۵ [۱۸]، پرسشنامه سوگ آسیب زا^۶ [۱۹] و مقیاس سوگ پاندمی^۷ [۲۰] سنجیده شده است.

روانی بالا و مداوم پس از فقدان فرد نزدیک مشخص می شود. عواملی که ممکن است در واکنش سوگ طولانی مدت نقش داشته باشند؛ شامل افکار ناکارآمد (مانند سرزنش)، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی در مدیریت هیجان های دردناک، تفاوت های فردی از لحاظ سلامتی، وضعیت اجتماعی و نیز فقدان حمایت های اجتماعی است که انطباق با فقدان فرد از دست رفته را دشوار می سازد [۷].

پژوهش ها در ۲۰ سال گذشته نشان داده اند، نه تنها بخش کوچک اما قابل توجهی از واکنش های سوگ می تواند شدید، ناتوان کننده و فراتر از انتظارات فرهنگی باشد، بلکه ممکن است تنها از طریق مداخله تخصصی بهبود یابد. مطالعات به طور خاص نشان داده اند، برخی از نشانه های اختلال سوگ، از علائم افسردگی مرتبط با سوگ متفاوت است [۸] و می توانند ماه ها یا حتی سال ها بدون کاهش تداوم یابند و فقط به مداخله تخصصی هدفمند پاسخ دهند؛ بنابراین شواهد بالینی قابل توجه و فزاینده ای در حمایت از سندرم روان پزشکی سوگ طولانی مدت به عنوان یک اختلال تشخیصی مجزا وجود دارد [۹].

شواهد پژوهشی و بالینی حاکی از تأثیرات منفی اختلال سوگ طولانی مدت بر سلامت جسمانی و روان شناختی به ویژه کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به سرطان، فشارخون بالا، بیماری های قلبی، اختلال خواب، سوء مصرف مواد، داروها، همایندی با افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلال های اضطرابی است [۱۰]. همچنین پیامدهای عملکردی اختلال سوگ طولانی مدت با اختلال در عملکردهای اجتماعی، خانوادگی، شغلی و رفتارهای بهداشتی آسیب رسان مانند افزایش مصرف دخانیات و الکل همراه است [۱۱].

یک مطالعه فرا تحلیل^۱، شیوع اختلال سوگ طولانی مدت را که در پی فقدان های طبیعی اتفاق می افتد را حدود ۱۰ درصد تخمین زده است [۱۲]. پژوهش ها نشان می دهد افرادی که با فقدان های غیرطبیعی مانند خودکشی، قتل یا تصادفات رانندگی عزیزی را از دست می دهند، در ۴۹ درصد موارد نشانه های سوگ را تجربه می کنند [۱۳]. یک متغیر مرتبط با نشانه ها که به خوبی مطالعه شده است، رابطه شخصی با فرد متوفی است. بیشتر یافته ها نشان می دهد که از دست دادن فرزند یا شریک زندگی در مقایسه با از دست دادن سایر بستگان (والدین، خواهر و برادر) یا

1. Meta-Analysis

2. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11).
3. Persistent Complex Bereavement Disorder.
4. Perinatal Grief Scale.
5. Adult Attitude to Grief Scale.
6. Traumatic Grief Inventory.
7. Pandemic Grief Scale.

نسخه هلندی [۲۴]، نسخه چینی [۲۵] نیز قابل استخراج بوده است. از آنجا که گویه‌ها مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت برگرفته از پرسشنامه سوگ پیچیده [۱۶] و پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷] بود، با ساختار تک عاملی این پرسش‌نامه نیز همسویی داشت.

با در نظر گرفتن پیشینه نظری و پژوهشی بحث شده و با توجه به این که اختلال سوگ طولانی‌مدت به عنوان یک اختلال جدید در طبقه اختلال‌های مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا در متن اصلی پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی گنجانده شده است و نیز با توجه به اینکه اعتباریابی معیارهای تشخیصی اختلال سوگ طولانی‌مدت در نمونه بومی از اهمیت خاصی برخوردار بوده و در نهایت به منظور معرفی ابزاری برای ارزیابی بالینی دقیق اختلال سوگ طولانی‌مدت، پژوهش حاضر با هدف انطباق و اعتباریابی متقاطع نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت بر اساس پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجام گرفته است. در این راستا پژوهش در صدد پاسخگویی به پرسش‌های زیر بوده است: ۱. ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت در نمونه بومی چگونه است؟ ۲. آیا ساختار عاملی استخراج شده براساس داده‌های پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد؟ ۳. آیا نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت از روایی همگرا برخوردار است؟ ۳. آیا نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده اختلال سوگ طولانی‌مدت از اعتبار تشخیصی لازم برخوردار است؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - پیمایشی بود و به اعتباریابی یک مقیاس پرداخته است. جامعه آماری پژوهش شامل؛ دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که برابر با ۶۳۰۰ نفر بودند. از جامعه فوق همسو با جدول تعیین حجم نمونه مورگان تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ به این صورت که از طریق فراخوان برای شرکت در پژوهش و غربال دانشجویانی که به واسطه فوت یک فرد مهم در زندگی، سوگ را تجربه کرده بودند، اقدام شد. ملاک‌های ورود شامل تحصیل در

نسخه تجدیدنظر شده مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت، در فرایند توسعه معیارهای تشخیصی اختلال سوگ طولانی‌مدت برای گنجاندن در نسخه پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و ویرایش یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها توسط پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] معرفی شد. این مقیاس شامل ۱۳ گویه است که می‌تواند برای اهداف دوگانه ارزیابی شدت و مدت سوگ مورد استفاده قرار گیرد. گویه‌های مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت ۱۳- نسخه تجدیدنظر شده از پرسشنامه سوگ پیچیده - نسخه تجدیدنظر شده [۱۷] اقتباس شده است [۲۱]. ده گویه این مقیاس نشانه‌های موجود در معیارهای تشخیصی پنجمین نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال سوگ طولانی‌مدت (شامل اشتیاق، اشتغال ذهنی، اختلال هویت^۱، ناباوری^۲، اجتناب^۳، درد هیجانی شدید^۴، مشکل در بازگشت مجدد^۵، بی‌حسی هیجانی^۶، احساس تنهایی^۷ شدید و بی‌معنایی^۸ زندگی) را ارزیابی می‌کند. این نشانه‌ها، گویه‌های شماره ۳ تا ۱۲ در مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت را در برمی‌گیرد با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «۱ = اصلاً» تا «۵ = بسیار زیاد» درجه‌بندی می‌شود. گویه نخست در این مقیاس مربوط به این است که آیا آزمودنی مرگ یک فرد نزدیک را تجربه کرده است، گویه دوم مربوط به این است که مرگ فرد نزدیک چه زمانی اتفاق افتاده است و در نهایت گویه ۱۳ به پرسش از این موضوع می‌پردازد که آیا این فقدان با اختلال عملکرد در زندگی فرد همراه بوده است [۲۱].

نتایج تحلیل عاملی سازندگان اصلی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت، نشانگر ساختار تک عاملی مقیاس بود [۲۱]. ساختار تک عاملی مقیاس سوگ طولانی‌مدت در نسخه نروژی [۲۲] و نسخه ترکی [۲۳] مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین بررسی پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داد، ساختار تک عاملی مقیاس سوگ طولانی‌مدت در

1. Identity Disruption.
2. Disbelief.
3. Avoidance.
4. Intense Emotional Pain.
5. Reintegrating.
6. Emotional Numbness.
7. Loneliness.
8. Meaningless.

کسب اجازه از سازندگان، مقیاس توسط مؤلفان به فارسی برگردانده شد؛ سپس از یک متخصص زبان انگلیسی خواسته شد تا نسخه فارسی ترجمه شده را مجدد به زبان انگلیسی برگرداند و از این طریق نسخه فارسی اصلاح شد. از سه نفر متخصص روان‌شناسی خواسته شد تا روایی ظاهری پرسش‌نامه را بررسی کنند. پس از تأیید روایی ظاهری، پرسش‌نامه قبل از اجرا بر روی نمونه اصلی، به صورت محدود روی یک نمونه ۳۰ نفری از دانشجویان تحصیلات تکمیلی روان‌شناسی که زبان مادری آنها فارسی بود، اجرا و اشکالات موجود در متن از لحاظ روان و گویا بودن رفع شد. نسخه فارسی مقیاس بر روی دو گروه اجرا شد و سپس از تحلیل عاملی اکتشافی و نیز تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی ساختار عاملی آن استفاده شد. همچنین همسانی درونی مقیاس به دو روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب دو نیمه کردن و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفت.

۲. پرسش‌نامه تجربه سوگ^۳: این پرسش‌نامه توسط بارت و اسکات [۲۶] ساخته شده است. در این پرسش‌نامه ۳۴ سؤال از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا پاسخ‌های خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای، گزارش کنند. نسخه اصلی این پرسش‌نامه دارای هشت عامل بود. در بارت و اسکات [۲۶] ضریب همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۷ و برای عامل‌ها در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۹ به دست آمده است. در ایران، مهدی‌پور، شهیدی، روشن و دهقانی [۲۷] نسخه فارسی آن را پس از بررسی ساختار عاملی به صورت هفت مؤلفه‌ای گزارش کردند که شامل مؤلفه‌های احساس گناه، تلاش برای توجیه و کنار آمدن، واکنش‌های بدنی، احساس ترک شدن، قضاوت در مورد دلیل فوت، خجالت/شرمندگی و بدنامی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط مهدی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب باز آزمایی پرسش‌نامه پس از ۴ هفته برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمده بود. همسانی درونی پرسش‌نامه از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و از روش دو نیمه کردن ۰/۷۲ گزارش شده بود. همچنین روایی همگرایی پرسش‌نامه تجربه سوگ با استفاده از پرسش‌نامه سلامت

مقطع کارشناسی، تجربه سوگ، سپری شدن حداقل یکسال از فوت فرد مهم زندگی، مبتلا نبودن به اختلال روانی دیگر براساس مصاحبه روان‌شناس بالینی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. فرایند نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها در اردیبهشت و خرداد ماه سال ۱۴۰۱ تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. تعداد دختران ۲۱۳ نفر و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها $21/44 \pm 2/95$ بود. تعداد پسران ۱۸۷ نفر و میانگین و انحراف استاندارد سن آنها $22/07 \pm 2/23$ بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از ابزارهای زیر گردآوری شدند:

۱. نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی‌مدت^۱: این مقیاس توسط پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] به منظور پوشش ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای اختلال سوگ طولانی‌مدت ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۳ پرسش و یک عامل است؛ پرسش نخست (آیا کسی را از دست داده‌اید که برایتان مهم بوده است؟) به تجربه سوگ و پرسش دوم (از مرگ این شخص مهم چند ماه می‌گذرد؟) به مدت سوگ مربوط است. پرسش‌های ۳ تا ۱۲ به ارزیابی ملاک B و C اختلال سوگ طولانی‌مدت براساس DSM-5-TR یعنی اشتیاق، اشتغال ذهنی، آشفتگی هویت، ناباوری، اجتناب، درد هیجانی شدید، مشکل در بازگشت مجدد به زندگی، بی‌حسی هیجانی، بی‌معنی بودن زندگی و تنهایی شدید می‌پردازد و در نهایت پرسش ۱۳ (آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟) به ارزیابی سطح عملکرد فرد مربوط است. مقیاس پاسخ‌دهی به پرسش ۱ و ۱۳ به صورت بلی یا خیر و پاسخ به پرسش ۲ بر اساس ماه است و پرسش‌های ۳ تا ۱۲ براساس لیکرت ۵ درجه‌ای اصلاً، ۱، اندکی، ۲، تاحدی، ۳، زیاد، ۴ و شدیداً، ۵ درجه‌بندی می‌شوند. پریگرسون و همکاران (۲۰۲۱م) بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی^۲ انجام شده، مقیاس را تک عاملی معرفی کردند. در پژوهش سازندگان اصلی، ضریب همسانی درونی گویه‌های مقیاس به روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمده بود. برای آماده‌سازی نسخه فارسی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت، ضمن

1 . Prolonged Grief Disorder(PGD-13-R) Scale.

2 . Exploratory Factor Analysis.

3 . Grief Experience Questionnaire (GEQ).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی گویه‌ها، بارهای عاملی و ضریب همسانی درونی مقیاس

گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	همبستگی گویه با نمره کل	بار عاملی	دو نیمه کردن		ضریب همسانی درونی	آلفای کرونباخ	آلفا در صورت حذف گویه
							اسپیرمن - براون	ضریب گاتمن			
گویه ۳	۳/۰۸	۱/۴۶	۰/۲۴	۰/۳۳	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۸۸	۰/۸۸	۰/۷۳	۰/۸۹	۰/۸۹
گویه ۴	۱/۸۸	۱/۰۷	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۷۳	۰/۷۴					
گویه ۵	۱/۹۹	۱/۲۱	۰/۳۱	۰/۳۶	۰/۶۹	۰/۶۸					
گویه ۶	۱/۸۱	۱/۰۹	۰/۶۸	۰/۱۹	۰/۷۵	۰/۷۷					
گویه ۷	۱/۸۶	۱/۱۶	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۷۰	۰/۷۱					
گویه ۸	۲/۳۲	۱/۱۹	۰/۷۷	۰/۳۷	۰/۷۴	۰/۷۲					
گویه ۹	۱/۵۸	۰/۹۵	۰/۲۷	۰/۴۶	۰/۷۲	۰/۷۳					
گویه ۱۰	۱/۷۲	۰/۹۹	۰/۸۲	۰/۵۵	۰/۶۳	۰/۶۴					
گویه ۱۱	۱/۶۳	۰/۹۸	۰/۴۳	۰/۷۴	۰/۷۷	۰/۷۸					
گویه ۱۲	۱/۸۷	۱/۱۳	۰/۲۳	۰/۳۹	۰/۷۶	۰/۷۶					

اختلال سوگ طولانی مدت

کفایت و بسندگی مطلوب نمونه پژوهش بود. هم‌چنین، آزمون کرویت بارتلت^۵ نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود (۰/۰۰۱/۰۰۱، $p=0/001$) که از قابلیت اجرای تحلیل عاملی بر روی داده‌ها پشتیبانی کرد. در جریان تحلیل عاملی از روش چرخش متعامد واریماکس استفاده شد و گویه‌هایی در زیرمجموعه عامل‌ها حفظ شدند که وزن عاملی آنها بالاتر از ۰/۵ بود. در مجموع یک مؤلفه ارزش ویژه بالاتر از یک داشت که ۵۱/۲۳ درصد از واریانس کل را تبیین کرد.

در جدول شماره ۱ عامل استخراج شده و گویه‌های مربوط به آن ارائه شده است. از آنجا که گویه‌های شماره «۱. آیا کسی را از دست داده‌اید که برایتان مهم بوده است؟»، «۲. چند ماه از مرگ این شخص مهم می‌گذرد؟» و «۱۳. آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد تحصیلی، خانوادگی، اجتماعی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟»، جز گویه‌های مربوط به وجود تجربه فقدان، مدت فقدان و ارزیابی عملکرد فرد بوده و به صورت لیکرت چند درجه‌ای نمره‌گذاری نمی‌شوند، وارد تحلیل عاملی نشدند. ضریب همسانی درونی برای مؤلفه استخراج شده از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و از طریق دو نیمه کردن ۰/۸۸ به دست آمد. هم‌چنین ضریب بازآزمایی مقیاس بر روی یک نمونه ۵۰ نفری انتخاب شده از نمونه اصلی پژوهش ۰/۷۳ به دست آمد (جدول ۱).

عمومی^۱ ۰/۶۳ و از طریق مقیاس‌های افسردگی و جسمانی‌سازی نسخه ۲۵ سؤالی پرسش‌نامه فهرست نشانه‌ها^۲ به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۵۸ به دست آمد که نشانگر روایی همگرای بالا بود [۲۷]. در پژوهش حاضر مقادیر آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه تجربه سوگ ۰/۷۸ و برای مؤلفه‌ها در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ قرار داشت.

داده‌های پژوهش به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مانند ضریب همبستگی، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی و با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و LISREL تحلیل شد.

نتایج

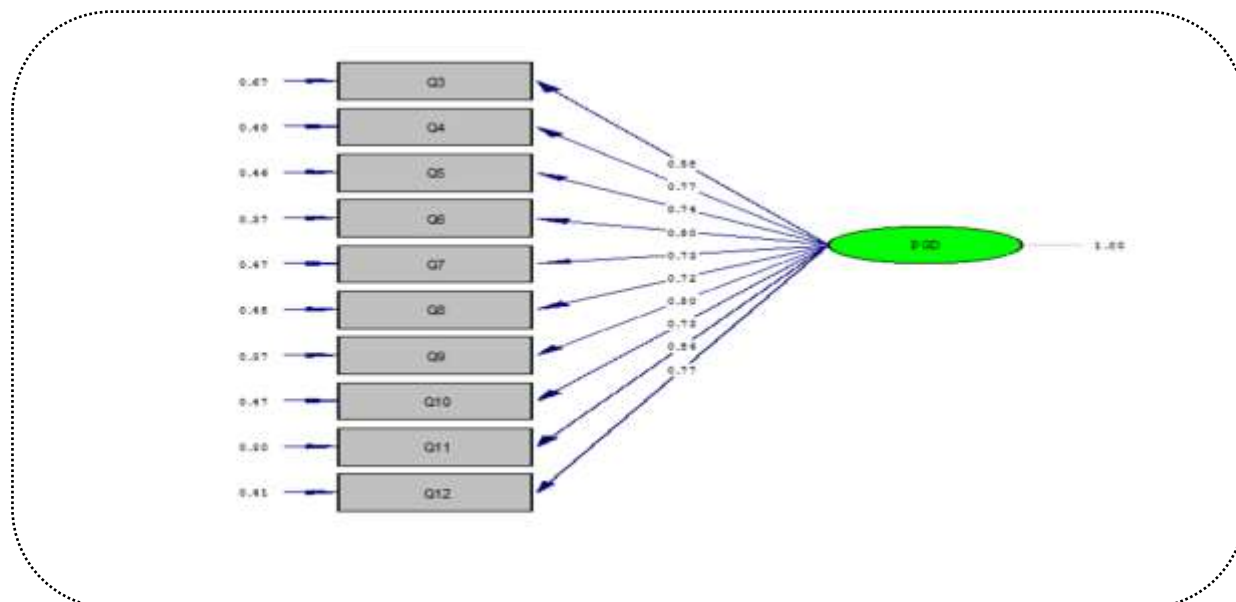
برای بررسی ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی‌مدت از روش اعتباریابی متقاطع^۳ استفاده شد، به این صورت که نمونه پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰۰ نفری تقسیم شد؛ گروه نخست شامل ۱۱۰ زن و ۹۰ مرد و گروه دوم شامل ۱۰۳ زن و ۹۷ مرد بود. بر روی گروه نخست از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه تحلیل مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری^۴ برابر با ۰/۸۴ بود که نشان دهنده

1. General Health Questionnaire.
2. Symptom Checklist.
3. Cross-Validation.
4. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.

5. Bartlett's Test of Sphericity.

منطقی گروه نمونه که تعداد ۲۰۰ نفر را نسبتاً مناسب می‌داند [۲۸]، نرمال بودن توزیع داده‌ها (دامنه مقادیر کجی و کشیدگی بین +۱ تا -۱) و خطی بودن رابطه متغیرها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

به منظور آزمون برازش مدل استخراج شده، تحلیل عاملی تأییدی مرتبه نخست بر روی داده‌های گروه دوم انجام شد که نتایج آن در ادامه گزارش می‌شود. پیش‌فرض‌های عمده تحلیل عاملی تأییدی مانند حجم



شکل ۱. مدل تک عاملی برازش یافته اختلال سوگ طولانی مدت

جدول ۲. ضرایب استاندارد شده و مقادیر t در مدل اندازه‌گیری اختلال سوگ طولانی مدت

مقدار t	ضرایب استاندارد	گویه‌ها
۷/۷۳	۰/۵۸	۳ آیا احساس می‌کنید که در حسرت یا آرزوی کسی هستید که فوت شده است؟
۱۱/۳۵	۰/۷۷	۴ آیا فکر کردن به کسی که فوت شده است، باعث شده که در انجام کارهای معمول خودتان با مشکل مواجه شوید؟
۱۰/۵۶	۰/۷۴	۵ آیا در مورد نقش‌تان در زندگی احساس سردرگمی می‌کنید یا احساس می‌کنید که دیگر نمی‌دانید چه کسی هستید (احساس می‌کنید که بخشی از وجود شما مرده است)؟
۱۱/۸۳	۰/۸۰	۶ آیا در پذیرش این موضوع که فرد فوت شده، واقعاً مرده است، با مشکل مواجه هستید؟
۱۰/۴۱	۰/۷۳	۷ آیا از یادآوری این موضوع که فرد فوت شده واقعاً مرده است، اجتناب می‌کنید؟
۱۰/۲۱	۰/۷۲	۸ آیا درد هیجانی (خشم، تلخی، اندوه) ناشی از مرگ فرد موردنظر را احساس می‌کنید؟
۱۱/۸۰	۰/۸۰	۹ آیا احساس می‌کنید که برای بازگشت مجدد به زندگی با مشکل مواجه هستید (مشکل در تعامل با دوستان، دنبال کردن علایق، برنامه‌ریزی برای آینده)؟
۱۰/۴۷	۰/۷۳	۱۰ آیا از نظر هیجانی دچار کرحتی یا گسستگی از دیگران شده‌اید؟
۱۲/۷۸	۰/۸۴	۱۱ آیا احساس می‌کنید زندگی بدون شخصی که فوت شده، بی‌معنی است؟
۱۱/۲۶	۰/۷۷	۱۲ آیا در غیاب شخص فوت شده، احساس تنهایی و بی‌کسی می‌کنید.

برازش مدل محاسبه و در جدول شماره ۳ گزارش شد. اگرچه شاخص مجذور کای معنادار بود، ولی با توجه به معناداری این شاخص در مواردی که حجم نمونه بالاست، می‌توان به جای آن از شاخص دیگری به نام نسبت مجذور کای بر درجه آزادی استفاده کرد. حاصل تقسیم شاخص مجذور کای بر درجه آزادی برابر با ۲/۸۸ است که پایین‌تر از مقدار بحرانی ۳ است [۲۹، ۳۰]. شاخص ریشه میانگین

در جدول شماره ۲ ضرایب استاندارد شده و مقادیر t گویه‌های مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت ارائه شده است. آن‌گونه جدول ۲ نشان می‌دهد ضرایب گزارش شده مطلوب هستند و مقادیر t مربوط به آنها از مقدار بحرانی بالاتر است و در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. به‌منظور بررسی نیکویی برازش مدل اختلال سوگ طولانی مدت با داده‌های پژوهش، شاخص‌های مربوط به

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اختلال سوگ طولانی مدت

شاخص	درجه آزادی	مجذور کای	مجذور کای بر درجه آزادی	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	شاخص‌های برازش مقایسه‌ای	شاخص برازش هنجار شده	شاخص برازش هنجار نشده	شاخص برازش فزاینده	شاخص نیکویی نسبی
مقدار	۴۵	۱۲۹/۶۶	۲/۸۸	۰/۰۸	۰/۹۴	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۸۹

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین اختلال سوگ طولانی مدت و مؤلفه‌های تجربه سوگ

نمره کل تجربه سوگ	بدنامی	خجالت/ شرمندگی	قضاوت در مورد دلیل فوت	احساس ترک شدن	واکنش‌های بدنی	تلاش برای توجیه	احساس گناه	اختلال سوگ طولانی مدت
۰/۵۷**	۰/۱۴	۰/۳۳**	۰/۴۵**	۰/۵۲**	۰/۳۷**	۰/۴۲**	۰/۲۲*	اختلال سوگ طولانی مدت

**همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار است *همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار است

جدول ۵. نتایج آزمون t برای مقایسه نمره‌های دو گروه در اختلال سوگ طولانی مدت

متغیر	گروه	میانگین و انحراف استاندارد	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	معناداری
اختلال سوگ طولانی مدت	دارای اختلال	۳۷/۵۲ (۶/۱۷)	۲۲/۵۷	۸/۴۷	۵۸	۰/۰۰۱
	فاقد اختلال	۱۴/۹۵ (۴/۸۲)				

۰/۹۱، ۰/۹۴ و ۰/۸۹ به دست آمد و با توجه به این‌که مقادیر اغلب شاخص‌ها بالای ۰/۹ است، در نتیجه نشانگر برازش مطلوب مدل هستند (جدول ۳).

به منظور بررسی روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت، ضرایب همبستگی مقیاس با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ محاسبه شد. ضرایب گزارش شده در ماتریس همبستگی نشانگر آن بود که همبستگی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ به استثنای مؤلفه بدنامی معنادار است (جدول ۴).

مربعات خطای برآورد^۱ در این مدل برابر با ۰/۰۸ است. شاخص برازش مقایسه‌ای^۲، شاخص برازش هنجار شده^۳، شاخص برازش هنجار نشده^۴، شاخص برازش فزاینده^۵، شاخص نیکویی نسبی^۶ به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۴،

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA).
2. Comparative Fit Index (CFI).
3. Normed Fit Index (NFI).
4. Non-Normed Fit Index (NNFI).
5. Incremental Fit Index (IFI).
6. Relative Fit Index (RFI).

طولانی مدت در آخرین طبقه بندی اختلال های روانی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال ها روانی (پنجمین نسخه تجدیدنظر شده) و نسخه یازدهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها تصریح و گنجانده شده است [۳۱].

امروزه سنجش و ارزیابی پدیده های بالینی به عنوان یکی از علاقه مندی ها و بایستگی های مهم در فرمول بندی و تشخیص گذاری اختلال های روانی مورد توجه پژوهشگران و متخصصان بالینی است؛ چرا که تنها از این رهگذر است که امکان ارزیابی دقیق و نیز مداخله در اختلال های روانی که پدیده هایی جهان شمول و فراگیر هستند امکان پذیر و میسر می شود. پژوهش حاضر با هدف اعتباریابی روان سنجی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت در یک نمونه بومی از دانشجویان مبتلا به سوگ انجام شد.

پژوهشگران در فرآیند اجرای این پژوهش در پی دستیابی به ساختار عاملی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت در نمونه بومی و نیز ارزیابی تأییدی ساختار عاملی استخراج شده بر اساس داده های پژوهش بودند. همچنین ارزیابی اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت مد نظر بوده است. برای این منظور از ابتدا نمونه پژوهش به دو گروه ۲۰۰ نفری تقسیم و هر گروه به طور جداگانه با روش اعتباریابی متقاطع مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه پژوهش هایی در دسترس است که برای انجام اعتباریابی متقاطع، فقط یک نمونه واحد را انتخاب کرده و ابتدا به روش تحلیل عاملی اکتشافی و سپس ساختار عاملی کشف شده را در همان نمونه از لحاظ برازش مدل ساختاری مورد آزمون قرار داده اند؛ ولی متخصصان حوزه روان سنجی پیشنهاد می کنند که انتخاب یک نمونه بسنده و تقسیم مساوی آن به دو گروه و اجرای هر کدام از روش های تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بر روی گروه ها بهترین و دقیق ترین روش است. در مرحله نخست، تحلیل عاملی اکتشافی به روش تحلیل مؤلفه های اصلی انجام شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی آشکار ساخت که یک عامل کلی با نام سوگ طولانی مدت بخش قابل توجهی از واریانس مقیاس را تبیین می کند که در حدود ۵۲ درصد واریانس بود. همچنین بررسی بارهای عاملی گویه ها نشان داد که همه ۱۰ گویه بر روی عامل یگانه سوگ طولانی مدت با دامنه بارهای عاملی ۰/۵۸ تا ۰/۷۸ بارگذاری شدند. در مطالعات تحلیل عاملی اکتشافی ابزارها معمولاً بار عاملی ۰/۳ به

جهت آزمون اعتبار تشخیصی نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت ۳۰ نفر از نمونه پژوهش که دارای بالاترین نمره در مقیاس بودند، از لحاظ ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (پنجمین نسخه تجدیدنظر شده) برای تشخیص گذاری اختلال سوگ طولانی مدت، توسط روان شناس بالینی تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند؛ پس از تأیید تشخیص اختلال سوگ طولانی مدت با یک گروه ۳۰ نفری از هم تیان عادی که دارای سابقه سوگ بودند، ولی نمره پایینی در نسخه فارسی مقیاس تجدیدنظر شده سوگ طولانی مدت کسب کرده بودند و در مصاحبه تشخیصی واجد اختلال نبودند، مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج مقایسه دو گروه در جدول شماره ۵ گزارش شده است. پیش از اجرای آزمون t ، پیش فرض های مقدماتی برای این تحلیل از قبیل فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری، نرمال بودن توزیع داده ها (مقادیر کجی و کشیدگی بین +۱ تا -۱ قرار داشت) بررسی و تأیید شد. فرضیه همگنی واریانس گروه ها از طریق آزمون لون ($F=1/47$, $P=0/285$) مورد تأیید قرار گرفت. مقایسه دو گروه از لحاظ نمرات مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت معنادار بود ($t=8/47$, $p=0/01$).

بحث و نتیجه گیری

از دست دادن یکی از عزیزان در اثر مرگ یکی از بدترین تجارب بشری است. این پدیده به ویژه زمانی از لحاظ بالینی قابل توجه است که فرد به جای سوگواری عادی، واکنش روانی جدی تری نسبت به از دست دادن نشان می دهد. سوگ و سوگواری بخش جدایی ناپذیر زندگی هر انسانی است که ممکن است به درجات و در کیفیت های مختلف آن را تجربه نماید. سوگ را می توان غم یا اندوه شدید در نظر گرفت که خود بخشی از فرآیند ماتم^۱ عادی است و تنها زمانی بیمارگونه تلقی می شود که بی وقفه تداوم یابد و پیامدهای نامطلوبی بر عملکرد روزمره داشته باشد. سوگ پیچیده به اندوهی گفته می شود که ۶ تا ۱۲ ماه پس از فقدان تداوم داشته و پایان ناپذیر باشد و همچنین شامل نپذیرفتن واقعیت فقدان، سرزنش خود، اشتیاق مداوم برای فرد متوفی و اشتغال ذهنی با افکار و اقدام مرگ است. در حال حاضر این پدیده بالینی با عنوان اختلال سوگ

1. Mourning.

اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه آلفای کرونباخ $0/89$ و به روش محاسبه ضریب دو نیمه‌سازی $0/88$ به دست آمد. به طور معمول مقادیر بالای $0/7$ در شاخص‌های همسانی درونی مقادیر قابل قبولی هستند.

یکی دیگر از پرسش‌هایی که پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به آن بود، ارزیابی روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه همبستگی آن با ابزار هم‌ارز یعنی پرسش‌نامه تجربه سوگ بود. همبستگی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با مؤلفه‌های پرسش‌نامه تجربه سوگ به استثنای مؤلفه بدنامی معنادار بوده و در دامنه $0/22$ تا $0/52$ قرار داشت. میزان همبستگی بین مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با نمره کل پرسش‌نامه تجربه سوگ $0/57$ به دست آمد که حکایت از روایی همگرایی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت است. به‌طور کلی، این یافته‌ها قابل انتظار و همسو با یافته‌های پژوهش پریگرسون، بولن، خو، اسمیت، ماسیجوسکی [۲۱] و ایشیکلی، کسر، پریگرسون، ماسیجوسکی [۲۳] بود.

یکی از اهداف مهم پژوهش حاضر، بررسی اعتبار تشخیصی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت برای آزمون قابلیت مقیاس در تفکیک جمعیت بالینی از افراد عادی بود. بدین‌منظور تعداد ۳۰ نفر از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال سوگ طولانی‌مدت که توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (نسخه پنجم تجدیدنظر شده) تحت مصاحبه تشخیصی قرار گرفته و غربال شده بودند با یک گروه ۳۰ نفری از هم‌تایان عادی که دارای سابقه سوگ بودند، ولی نمره پایینی در مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت کسب کرده بودند و در مصاحبه تشخیصی واجد اختلال نبودند، مورد مقایسه قرار گرفتند و نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه بود و نشان داد که مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت واجد اعتبار تشخیصی لازم برای غربالگری جمعیت بالینی از افراد عادی است.

هر پژوهشی در فرایند پاسخگویی به پرسش‌های مطرح شده و دستیابی به اهداف ترسیم شده ممکن است با محدودیت‌هایی مواجه است؛ یکی از محدودیت‌های احتمالی پژوهش حاضر نداشتن امکان کنترل متغیرهای تأثیرگذار در اختلال سوگ طولانی‌مدت مانند همایندی سوگ طولانی‌مدت با سایر مشکلات یا اختلال‌های روانی، تجارب

عنوان مقدار بحرانی در نظر گرفته می‌شود و گویه‌های دارای بار عاملی کمتر از $0/3$ از مجموعه گویه‌ها حذف می‌شوند، چنانچه نشان داده شد کمترین بار عاملی در تحلیل $0/58$ بود که نشانگر یک‌بار عاملی بسیار مطلوب است. یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه ساختار عاملی استخراج شده مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت با نتایج حاصل از تحلیل عاملی سازندگان اصلی مقیاس که نشانگر ساختار تک عاملی مقیاس بود [۲۱] و همچنین نتایج بررسی‌های نسخه نروژی [۲۲] و نسخه ترکی [۲۳]، نسخه هلندی [۲۴] و نسخه چینی [۲۵] همسو و هماهنگ بود. همچنین در این رابطه، یافته‌های پژوهش حاضر به طور غیرمستقیم با مطالعات پریگرسون و همکاران [۱۵] و پریگرسون و جاکوبز [۱۷] همسویی دارد.

در بخش دوم، ساختار تک عاملی استخراج شده در مرحله نخست، بر روی گروه دوم از لحاظ برازش مدل با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل نشان داد عامل یگانه سوگ طولانی‌مدت به‌گونه‌ای دقیق و عاری از خطا توسط گویه‌ها اندازه‌گیری شده‌اند. بررسی ضرایب استاندارد نشان داد، بارهای عاملی در دامنه $0/58$ تا $0/84$ قرار دارند و از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند. آزمون برازش مدل اندازه‌گیری اختلال سوگ طولانی‌مدت از طریق محاسبه شاخص‌های برازش انجام گرفت. به علت حجم بالای نمونه مقدار شاخص مجذور کا معنادار به دست آمد و به جای آن شاخص مجذور کا بر درجه آزادی نشانگر برازش مطلوب مدل بود. شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) که میزان بد بودن مدل برازش شده را در مقایسه با مدل اشباع شده برآورد می‌نماید برابر با $0/08$ بود. مقادیر به‌دست‌آمده برای شاخص‌های برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI)، شاخص نیکویی نسبی (RFI) بالای $0/9$ بود که حکایت از برازش مطلوب مدل دارند. یافته‌های حاصل از اجرای تحلیل عاملی تأییدی با یافته‌های سازندگان اصلی مقیاس [۱۵، ۱۷، ۲۱] همسویی داشت و تأییدی بر برازش مدل تک عاملی مقیاس اختلال سوگ طولانی‌مدت در داده‌های حاصل از نمونه بومی پژوهش حاضر بود.

همچنین ضرایب همسانی درونی گویه‌های مقیاس

- 3- Jordan AH, Litz BT. Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2014; 45(3):180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- 4- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Raphael B, Marwit SJ, Wortman C, Neimeyer RA, Bonanno GA, Block SD, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Litz BT, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009; 6(8): e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- 5- Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin MB. Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Soc Sci Med*. 2019; 232: 460-469. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007>
- 6- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from pre-loss to 18-months post-loss. *J Pers Soc Psychol*. 2002; 83(5): 1150-1164. <https://doi.org/10.1037/e316892004-001>
- 7- Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011; 28(2): 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- 8- Boelen PA, van den Bout J. Complicated grief, depression, and anxiety as distinct post-loss syndromes: a confirmatory factor analysis study. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(11): 2175-2177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2175>

مهم زندگی، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود که ممکن است تأثیرگذار باشند؛ در این زمینه طراحی و انجام پژوهش‌هایی که بتوانند رابطه نشانه‌های اختلال سوگ طولانی مدت و متغیرهای جمعیت‌شناختی را بررسی نمایند، راهگشا خواهد بود. شاید مهم‌ترین امتیاز پژوهش حاضر معرفی و انطباق ابزاری سودمند و کارآمد باشد که ارزیابی علائم اختلال سوگ طولانی مدت را در قامت یک اختلال روانی تصریح شده در آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نسخه یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری را میسر و تسهیل می‌نماید. معرفی، انطباق و اعتباریابی بومی مقیاس اختلال سوگ طولانی مدت می‌تواند در عمل منجر به توجه متخصصان، به‌ویژه روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان به پایش و غربال سریع آزمودنی‌های مبتلا به اختلال سوگ طولانی مدت از طریق یک ابزار کوتاه و خود - گزارشی برای اهداف بالینی و مهم‌تر از آن اهداف پژوهشی شود.

سپاسگزاری

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند تا از دانشجویان مقطع کارشناسی شهید مدنی آذربایجان که در پژوهش حاضر شرکت و همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی خودشان را ابراز نمایند.

منابع

- 1- Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004; 59(1): 20-28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- 2- Prigerson HG, Kakarala S, Gang J, Maciejewski PK. History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021; 17:109-126. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600>

- 15-Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* 1995; 59(1-2): 65-79. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- 16-Hutti MH, dePacheco M, Smith M. A study of miscarriage: development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27(5): 547-555. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02621.x>
- 17-Prigerson HG, Jacobs S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W et al (eds). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care.* Washington: *American Psychological Association*, 2001: 613-45. <https://doi.org/10.1037/10436-000>
- 18-Sim J, Machin L, Bartlam B. Identifying vulnerability in grief: psychometric properties of the Adult Attitude to Grief Scale. *Qual Life Res.* 2014; 23(4): 1211-1220. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0551-1>
- 19-Boelen PA, Smid GE. The Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR): Introduction and Preliminary Psychometric Evaluation. *Jour of Loss and Traum.* 2017; 22, 196 - 212. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284488>
- 20-Lee SA, Neimeyer RA. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Stud.* 2022; 46(1): 14-24. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1853885>
- 9- Kakarala SE, Roberts KE, Rogers M, et al. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2020; 303: 111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
- 10-Simon NM. Treating complicated grief. *JAMA.* 2013; 310(4): 416-423. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>
- 11-American Psychiatric Association. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5-Text Revised (TR). American Psychiatric Association Publishing, 2022. <https://doi.org/10.5209/psic.84045>
- 12-Lundorff M, Holmgren H, Zachariae R, Farver-Vestergaard I, O'Connor M. Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017; 212: 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- 13-Djelantik AAAMJ, Smid GE, Mroz A, Kleber RJ, Boelen PA. The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord.* 2020; 265: 146-156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- 14-Lenferink LIM, Eisma MC, Smid GE, de Keijser J, Boelen PA. Valid measurement of DSM-5 persistent complex bereavement disorder and DSM-5-TR and ICD-11 prolonged grief disorder: The Traumatic Grief Inventory-Self Report Plus (TGI-SR+). *Compr Psychiatry.* 2022; 112: 152281. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152281>

۲۷- مهدی پور، س؛ شهیدی، ش؛ روشن، ر؛ دهقانی، م. تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ) در نمونه ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۸۸؛ ۷(۲): ۳۵-۴۸. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1388.7.2.4.4>

۲۸- هومن، ح. *مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل*، تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۱. <https://samt.ac.ir/images/www/fa/gsiBook/book-image/2019/9161563626600image.jpg>

۲۹- محسنین ش، اسفیدانی، م. *مدل‌سازی معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزار لیزرل*. تهران: مهربان نشر، ۱۳۹۲. Paul K. (2014). *An Easy Guide to Factor Analysis* (translate by Seyed jalal

30-Sadr al-Sadat, Asghar Minaei) *The Organization for Researching and Composing University textbooks in the Humanities (SAMT)*. <https://doi.org/10.4324/9781315788135> [In Persian]

31-Keogh T, Roberts CG. *Psychoanalytic Approaches to Loss: Mourning, Melancholia and Couples*. Routledge Publication, New York; 2019. <https://doi.org/10.4324/9780429458231-1>

21-Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK. Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*. 2021; 20(1): 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>

22-Pohlkamp L, Kreicbergs U, Prigerson HG, Sveen J. Psychometric properties of the Prolonged Grief Disorder-13 (PG-13) in bereaved Swedish parents. *Psychiatry Res*. 2018; 267: 560-565. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.004>

23-Işıklı S, Keser E, Prigerson HG, Maciejewski PK. Validation of the prolonged grief scale (PG-13) and investigation of the prevalence and risk factors of prolonged grief disorder in Turkish bereaved samples. *Death Stud*. 2022; 46(3): 628-638. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1745955>

24-Boelen PA, Van Den Bout J, De Keijser J, Hoijtink H. Reliability and validity of the Dutch version of the inventory of traumatic grief (ITG). *Death Stud*. 2003; 27(3): 227-247. <https://doi.org/10.1080/07481180302889>

25-He L, Tang S, Yu W, Xu W, Xie Q, Wang J. The prevalence, comorbidity and risks of prolonged grief disorder among bereaved Chinese adults. *Psychiatry Res*. 2014; 219(2): 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.022>

26-Barrett TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*. 1989; 19(2): 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1989.tb01033.x>

			خیر	بلی	۱. آیا کسی را از دست داده‌اید، برایتان مهم بوده است؟
					۲. چند ماه از مرگ (یا از دست دادن) این شخص مهم می‌گذرد؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۳. آیا احساس می‌کنید که در حسرت یا آرزوی کسی هستید که از دستش داده‌اید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۴. آیا فکر کردن به کسی که از دستش داده‌اید باعث شده است که در انجام کارهای معمول خودتان با مشکل مواجه شوید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۵. آیا در مورد نقش‌تان در زندگی احساس سردرگمی می‌کنید یا احساس می‌کنید، دیگر نمی‌دانید چه کسی هستید (احساس می‌کنید، بخشی از وجود شما مرده است)؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۶. آیا در پذیرش این موضوع که فرد مرده (یا از دست رفته) واقعاً رفته است، با مشکل مواجه هستید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۷. آیا از یادآوری این موضوع که فرد مرده (یا از دست رفته) واقعاً رفته است، اجتناب می‌کنید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۸. آیا درد هیجانی (خشم، تلخی، اندوه) ناشی از مرگ (یا از دست دادن) فرد مورد نظر را احساس می‌کنید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۹. آیا احساس می‌کنید، برای بازگشت مجدد به زندگی با مشکل مواجه هستید (مشکل در تعامل با دوستان، دنبال کردن علایق، برنامه‌ریزی برای آینده)؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۱۰. آیا از نظر هیجانی دچار کرحتی یا گسستگی از دیگران شده‌اید؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۱۱. آیا فکر می‌کنید، زندگی بدون شخصی که مرده (یا از دست رفته) بی‌معنی است؟
به شدت	کمی زیاد	تا حدی	اندکی	اصلاً	۱۲. آیا بدون شخص مرده (یا از دست رفته) احساس تنهایی می‌کنید؟
			خیر	بلی	۱۳. آیا نشانه‌های فوق باعث اختلال قابل توجه در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر جنبه‌های مهم زندگی‌تان شده است؟