

Construction, Validation and Reliability of Behavioral Problems Diagnosis Test in Tabriz Elementary School Children based on DSM-5

Aydin Motamedin

Ph.D. Student of Educational Psychology, School of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Seyyed Davood Hosseininasab*

Professor of Psychology, School of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Marzieh Alivandie Vafa

Assistant Professor of Psychology, School of Literature and Humanities, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran

Abstract

The aim of this study was to conduct a test for diagnosis of behavioral problems in male and female, elementary school students in Tabriz and to investigate its validity and reliability. The research method is descriptive of correlation type. The statistical population consisted of all male and female elementary school students who were studying during academic year 2019-2020. A total of 1374 elementary school male and female students were selected as sample members by available sampling method, then mothers of the same students answered the questions of children's behavioral problems diagnosis test and finally the test was constructed based on DSM-5 criteria using factor analysis method. The results of exploratory factor analysis introduced principal component analysis with independent varimax rotation of seven factors, respectively, with the titles of conduct problem, mere hyperactivity, mere attention deficit, academic learning, separation anxiety, oppositional defiance, and social communication, which together explained 32.30% of the total variance of variables. All seven factors and the whole questionnaire had appropriate validity. In addition to face and content validity, the Eigen value method was used more than 1 and the results showed that both the seven factors and the whole test had good validity.

* Corresponding Author: d.hosseininasab@Gmail.com

How to Cite: xxxxxxx


Cronbach's alpha coefficient was 0.61 to 0.79 for the reliability of the seven test factors and for the whole test ($\alpha=0.90$). The mean prevalence of behavioral problems in children in the sample group was 10.4% in the seven obtained factors. Due to the desirable behavioral characteristics of children's behavioral problems diagnosis test, this test can be used to diagnose the seven problems obtained for screen, prevention or treatment in clinical or research work.

Keywords: Children's behavioral problems, Reliability, Factor analysis, DSM-5




ساخت، رواسازی و تعیین پایایی آزمون تشخیص مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی تبریز بر اساس DSM-5*


دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی،
دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

آیدین معتمدین 

* استاد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
تبریز، تبریز، ایران.

سید داود حسینی نسب 

استادیار روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
تبریز، تبریز، ایران.

مرضیه علیوندی وفا 

چکیده

خرد، یکی از بالاترین فضایل است و در گستره وسیعی از حوزه فعالیت‌های اجتماعی، در نهایت باعث بهبود خود و جامعه می‌شود. هدف این پژوهش، مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خرد سن‌دیگو (SD-WISE) (توماس و همکاران، ۲۰۱۹) است. به همین منظور نمونه‌ای شامل ۳۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی (۲۲۳ زن و ۱۳۲ مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. این نمونه به سؤالات مقیاس SD-WISE که شامل شش مؤلفه؛ بینش، مدیریت هیجان، رفتار جامعه‌پسند، قاطعیت، مشاوره اجتماعی، و نسبی‌گرایی ارزش‌ها است پاسخ دادند. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، از مشخصه‌های آماری، تحلیل سؤال، ضرایب پایایی، تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی استفاده شد. پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ محاسبه شد. میزان همبستگی میان این مقیاس با مقیاس خرد سه بعدی آردلت ۰/۵۶ به دست آمد که نشان‌گر روایی ملاکی پرسشنامه بود. نتایج نشان داد پس از چندین بار اجرای تحلیل عاملی و استخراج راه‌حل‌های گوناگون، تعداد ۵ عامل با روش واریماکس استخراج شد. درصد پوشش واریانس مشترک بین متغیرها برای این شش عامل بر روی هم، ۵۴/۲۳۶ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می‌کند. همچنین به منظور تأیید عامل‌های استخراج‌شده، مدل تحلیل عامل تأییدی اجرا شد. برای این منظور دو مدل ساختار عاملی نسخه اصلی و ساختار عاملی استخراج‌شده از طریق مدل اندازه‌گیری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است.

* نویسنده مسئول: m_daneshpayeh66@yahoo.com

لیزرل، مقایسه و بررسی شد. شاخص‌های برازش نشان داد که مدل پنج عاملی استخراج شده نسبت به مدل اصلی از برازش مطلوبی با داده‌ها برخوردار است.

کلید واژه‌ها: اعتباریابی، خرد، ساختار عاملی، مقیاس خرد سن دیگو.



مقدمه

سلامت روانی و رفتاری کودکان همچون سلامت جسمانی آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هر چند بر اساس تفاوت‌های فردی، تنوع رفتاری و عملکردی کودکان امری طبیعی است، اما در مواردی رفتارهایی از کودکان سر می‌زند که سلامت رفتاری آنها را زیر سؤال برده و آنها را از هم سن‌وسالان خود بسیار متمایز می‌سازد. رفتارهای مشکل‌دار علل و عوامل مختلفی دارند که دیدگاه‌ها و نظریه‌های متعددی در این حوزه متمرکز شده و باعث تولید پژوهش‌های زیادی در زمینه ساخت آزمون‌های روانی و رفتاری شده‌اند. کودکانی که از لحاظ رفتاری - هیجانی رشد بهنجار ندارند، معمولاً در بدو ورود به دبستان و در مقطع ابتدایی (۶ الی ۱۲ سالگی) بیشتر شناخته می‌شوند (شرودر و گوردون، ۱۳۹۳؛ مقدم، یاسمی، بینا، عبدالمالکی و باقری‌یزدی، ۱۳۸۱). بر اساس پنجمین نسخه‌ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^۲ - به عنوان یک روش معتبر و مقبول برای طبقه‌بندی اختلالات روانی کودکان و بزرگسالان در سطح بین‌المللی (پارک و پارک،^۳ ۲۰۲۰) - همه اختلالات رفتاری با مشکلاتی در کنترل هیجانی و رفتاری^۴ مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا،^۵ ۱۳۹۶). منظور از مشکلات رفتاری کودکان، ناسازگاری‌های رفتاری و هیجانی است (کاپلند، انگلد، کاستلو و ایگر،^۶ ۲۰۱۳)، که از حدود هنجاری خارج شده (شفیع‌پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد لیلی، ۱۳۹۴)، دائمی بوده، با سن کودک متناسب نمی‌باشند و غالباً منجر به مشکلات تحصیلی و اجتماعی کودک می‌شوند (حیدری، عظیمی، محمودی و محمدپور، ۱۳۸۵).

علل شکل‌گیری مشکلات رفتاری کودکان طبق الگوهای نظری زیست‌شناختی^۷ روان‌پویشی (روان‌کاوی^۸)، رفتارگرایی^۹، شناخت‌گرایی^{۱۰} و انسان‌نگری - هستی‌نگر^{۱۱}

^۱ Schroeder & Gordon

^۲ Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition (DSM-5)

^۳ Park & Park

^۴ behavioral and emotional control

^۵ American psychiatric association (APA)

^۶ Copeland, Angold, Costello & Egger

^۷ biological pattern

^۸ psychoanalysis

^۹ behaviorism

^{۱۰} cognitivism

^{۱۱} humanism- existentialism

(هیئت مولفان، ۱۳۹۱) قابل تبیین و توجیه هستند. همچنین نظریه‌های مکانیسم‌های دفاعی فروید، دلبستگی بالبی^۱، یادگیری اجتماعی و مشاهده‌ای بندورا^۲، سلسله مراتب نیازهای مزلو^۳، رشد روانی-اجتماعی اریکسون^۴ و رشد روانی-جنسی فروید^۵ علل شکل‌گیری مشکلات رفتاری کودکان را از زوایای گوناگون تبیین و تفسیر می‌کنند (آگاروال، لیندگارد و مارواها^۶، ۲۰۲۰؛ گرانکوویست، میکولینکر و شاور^۷، ۲۰۲۰؛ بندورا و هال^۸، ۲۰۱۸؛ سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۳؛ برک، ۱۳۹۶؛ شانک، ۱۳۹۶؛ یوربان^۹، ۲۰۲۰؛ لی^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ وینی‌کات^{۱۱}، ۲۰۱۹).

شواهد نشان می‌دهد میزان شیوع مشکلات رفتاری در میان کودکان مقطع ابتدایی بین دامنه‌ای از حتی کمتر از یک درصد تا ۴۰ درصد پراکنده و متفاوت است. به عنوان مثال، میزان شیوع اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان در تحقیق کاپلند، انگلد، کاستلو و ایگر (۲۰۱۳) از ۰/۸ درصد تا ۳/۳ درصد و در تحقیق سکاران، کاماث، آشوک، کاماث، هجدی و دوارامان^{۱۲} (۲۰۲۰) از ۱۱/۳ درصد تا ۱۳/۶ درصد و مشکلات برون‌سازی شده از ۱/۹ تا ۲/۳ درصد و مشکلات درون‌سازی شده از ۷/۴ تا ۸/۶ درصد برآورد شده است. همچنین ماتسورا، اکوبو، تورو، کوجیما، هی، شن و لی^{۱۳} (۱۹۹۳) در پژوهشی که بر روی کودکان سه کشور ژاپن، چین و کره با استفاده از «پرسشنامه فرم راتر والدین»^{۱۴} انجام دادند، میزان شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی را به ترتیب ۳/۹ الی ۱۲ درصد، ۷ الی ۸/۳ درصد و ۱۴/۱ الی ۱۹/۱ درصد گزارش کردند.

^۱ Freud's defense mechanisms theory

^۲ Bowlby attachment theory

^۳ Bandura's social and observational theory

^۴ Maslow's hierarchy theory

^۵ Erikson's theory of psychosocial development

^۶ Freud theory of psychosexual development

^۷ Aggarwal, Lindegaard & Marwaha

^۸ Granqvist, Mikulincer & Shaver

^۹ Hall

^{۱۰} Urban

^{۱۱} Li

^{۱۲} Winnicott

^{۱۳} Sekaran, Kamath, Ashok, Kamath, Hegde, & Devaramane

^{۱۴} Matsuura, Okubo, Toru, Kojima, He, Shen & Lee

^{۱۵} Rutter's parent form questionnaire

در تحقیقات داخلی نیز همچون تحقیقات خارجی، نتایج شیوع‌شناسی اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان ۶ الی ۱۲ ساله متفاوت و گاهی ضد و نقیض گزارش شده است. به عنوان مثال، میزان شیوع اختلالات و مشکلات رفتاری را کشکولی (۱۳۸۲) ۱۶/۸ درصد؛ رنجبر، نابدل و فخاری (۱۳۸۲) ۲۳/۳ درصد؛ رواقی، مهرعلیان و شاهقلیان (۱۳۸۰) ۴۱/۳ درصد؛ شمس اسفندآبادی، امامی‌پور و صدرالسادات (۱۳۸۲) ۴۳/۳ درصد و جاری، کلشادی، اردلان، طاهری، تسلیمی و مطلق (۱۳۹۵) از ۴/۱۵ تا ۳۱/۱ درصد متغیر گزارش کرده‌اند.

انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۶) میزان شیوع مشکل سلوک در کودکان را ۴ درصد؛ سنول، یونالان، آکا و باشتورک^۱ (۲۰۱۸) ۱۴/۴ درصد؛ عربان، منتظری، استاین، کریمی و مهریزی^۲ (۲۰۲۰) ۷/۵ درصد؛ وادل، شفرد، سفارتز و بارینس^۳ (۲۰۱۴) ۲/۱ درصد؛ شهریوری، ناطق، عظیم‌خانی و عزیزجوان (۱۳۸۹) ۶ تا ۱۶ درصد در پسران و ۲ تا ۹ درصد در دختران گزارش کرده‌اند.

آیانو، یوهانز و آبراهام^۴ (۲۰۲۰) میزان شیوع بیش‌فعالی-کم توجهی را در دو جنس دختر و پسر ۷/۴۷ درصد؛ بارتون (۱۳۸۹) ۵ درصد؛ چن، چن، لین، شن و گایو^۵ (۲۰۲۰) از ۸/۷ تا ۱۰/۱ درصد؛ مقدم، یاسمی، بینا، عبدالمالکی و باقری یزدی (۱۳۸۱) ۸/۴ درصد؛ واسیلوا، گرف، رینلت، پترمان و پترمان^۶ (۲۰۲۰) ۴/۳ درصد؛ ویلکات^۷ (۲۰۱۲) بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد و انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۶) برابر با ۵ درصد و سوما، کارلوتا، بونی، آرلوتا، میسی، بوسو و فوساتی^۸ (۲۰۱۹) میزان شیوع نقص توجه-بیش‌فعالی را در بین کودکان ایتالیایی ۶ درصد ارزیابی کردند.

بویر، باشای و شنول^۹ (۲۰۲۰) میزان شیوع اختلال یادگیری خاص را در کودکان ۶/۶ درصد، اختلال خواندن ۴ درصد، اختلال ریاضیات ۳/۶ درصد، اختلال نوشتن ۱/۸ درصد؛

^۱ Senol, Unalan, Akca & Basturk

^۲ Araban, Montazeri, Stein, Karimy & Mehrizi

^۳ Waddell, Shepherd, Schwartz & Barican

^۴ Ayano, Yohannes & Abraha

^۵ Chen, Chen, Lin, Shen & Gau

^۶ Vasileva, Graf, Reinelt, Petermann, & Petermann

^۷ Willcut

^۸ Somma, Carlotta, Boni, Arlotta, Masci, Busso & Fossati

^۹ Büber, Başay, & Şenol

سیدی، رحمانی‌رسا، جوادی‌پور و زارعی^۱ (۲۰۲۰) اختلال یادگیری را ۵ درصد؛ فارتس، پائولا، اولیوریا، بوردین، دی‌جیوس مری و روده^۲ (۲۰۱۶) میزان شیوع کلی اختلال یادگیری خاص را ۷/۶ درصد، اختلال خواندن ۵/۴ درصد، اختلال ریاضیات (حساب کردن) ۶ درصد؛ انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۶) میزان شیوع مشکل یادگیری تحصیلی کودکان را از ۵ تا ۱۵ درصد و مارگولیس، برویتمن، داویس، الکساندر، همیلتون، لیانو، ... و مریکانگاس^۳ (۲۰۲۰) اختلال ناتوانی یادگیری را در کودکان دبستانی ۳ تا ۴ درصد گزارش کردند.

کانالز، ولتاس، هراندز-مارتینز، کاسی و آری‌جا^۴ (۲۰۱۹) میزان شیوع اضطراب را در بین کودکان دبستانی برابر با ۱۱/۸ درصد؛ موریس، سیمون، لیجفارت، باس، هاله و اشمیتز^۵ (۲۰۱۷) حدود ۱۰ درصد؛ سادوک، سادوک و روئیز (۱۳۹۳) ۲۵ درصد و انجمن روانپزشکی امریکا (۱۳۹۶) برابر با ۴ درصد گزارش کرده‌اند. امینی نغانی، نجاریور و سماوی^۶ (۲۰۲۰) میزان شیوع اختلال لجاجزی و نافرمانی را در کودکان ۶ الی ۹ درصد؛ آگاروال، لیندگارد و مارواها (۲۰۲۰) از ۲ تا ۱۱ درصد و یوسفی، شهوسی، شهوسی و ثروت‌یار^۷ (۲۰۲۰) ۹/۲ درصد گزارش کردند. سایتو، هیروتا، ساکاموتو، اداجی، تاکاهاشی، اوساتو-کانیدا، ... و ناکامورا^۸ (۲۰۲۰) میزان شیوع اختلال طیف اوتیسم در کودکان را ۳/۲ درصد؛ نرزیسی، پوسادا، باربیری، چریکونی، سیوفولینی، پینزینو، ... و موراتوری^۹ (۲۰۲۰) ۰/۷۹ درصد (کمتر از یک درصد) و ووست وود (۱۳۹۲) تقریباً ۰/۷ درصد (کمتر از یک درصد) ارزیابی کردند.

همچنان‌که مقایسه نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد، نتایج در زمینه میزان شیوع اختلالات و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی با یکدیگر اختلاف زیادی دارند و این امر خود شک و شبهه بیشتری را نسبت به نتایج تحقیقات قبلی برمی‌انگیزد. از علل مختلف پراکندگی نتایج تحقیقات قبلی در خصوص میزان شیوع مشکلات رفتاری

^۱Seyedi, Rahmanie Rasa, Javadipour & Zareei

^۲Fortes, Paula, Oliveira, Bordin, de Jesus Mari & Rohde

^۳Margolis, Broitman, Davis, Alexander, Hamilton, Liao, ..., & Merikangas

^۴Canals, Voltas, Hernandez-Martinez, Cosi & Arija

^۵Muris, Simon, Lijphart, Bos, Hale & Schmeitz

^۶Amini Naghani, Najarpourian & Samavi

^۷Yousefi, Shahvesi, Shahvesi, & Servatyari

^۸Saito, Hirota, Sakamoto, Adachi, Takahashi, Osato-Kaneda, ... & Nakamura

^۹Narzisi, Posada, Barbieri, Chericoni, Ciuffolini, Pinzino, ... & Muratori

کودکان نبود مقیاس‌های مخصوص سنجش و تشخیص (وایت کمب، ۲۰۱۳) و مهم‌تر از آن نبود ابزار استاندارد بومی‌سازی شده است؛ مسأله‌ای که دغدغه اصلی محققان بوده و بی‌شک نیازمند توجه جدی است. از طرفی، با این‌که امروزه در برخی کشورها ابزارهایی در دست است که به کمک آن‌ها می‌توان در مدارس مطالعات غربالگری انجام و کودکان مشکل‌دار را تشخیص داد (صدرالسادات، هوشیاری، صدرالسادات، روزبھانی، غیاث و نیک‌فرجام، ۱۳۸۸؛ بیات، اکبرشریفی، نظری‌جیرانی، شهریور و حقانی، ۱۳۸۵)؛ با این‌حال، این ابزارها قدیمی، غیربومی و خارجی هستند و تاکنون اقدام اساسی برای شناسایی و تشخیص علمی بر اساس DSM در ایران صورت نگرفته و بدین منظور ابزاری نسبتاً جامع و کلی ساخته، هنجاریابی و بومی‌سازی نشده است و محققان مجبور بوده‌اند از مقیاس‌های خارجی استفاده کنند (نصیرزاده و روشن، ۱۳۸۹؛ محمداسماعیل و علی‌پور، ۱۳۸۱)؛ درواقع، نبود ابزار تشخیصی بومی‌سازی شده که یک مشکل و چالشی جهان شمول است (وایت کمب، ۲۰۱۳)؛ مسأله اساسی پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد.

حال از یک طرف، اختلالات رفتاری در کودکان در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، احتمال ابتلای آنان به اختلالات روانپزشکی در نوجوانی (کوچلین، دونادو، بردی و کوسوسکی، ۲۰۱۸) و بیماری‌های روانی همچون بزهکاری، سوء‌مصرف مواد مخدر و اختلال شخصیت را در بزرگسالی افزایش داده (هندریکس، دی‌راک، ماراس، دایل‌من، گریتسن، پورپر-آکیل و استریت، ۲۰۲۰؛ یوریان، ۲۰۲۰؛ جاری، کلیشادی، اردلان، طاهری، تسلیمی و مطلق، ۱۳۹۵؛ لی، ۲۰۲۰؛ زانگ، لی، زانگ، پایلر و گویرتز، ۲۰۲۰؛ مریل، مولینا، کاگس، گناکی، آلتزورا، مک‌فی و پلهام، ۲۰۲۰)، همچنین منجر به ابتلای کودکان به اختلالات دیگری از قبیل لج‌بازی، نافرمانی، مشکلات یادگیری، اضطراب و افسردگی می‌شود (تاندون و پرگ‌جیکا، ۲۰۱۷؛ ماگنن و مارس، ۲۰۱۷)؛ از طرف دیگر، با توجه به بروز و ظهور منابع علمی غنی بین‌المللی همچون کتابچه راهنمای تشخیصی و

^۱Whitcomb

^۲Koechlin, Donado, Berd & Kossowsky

^۳Hendrickx, De Roeck, Maras, Dieleman, Gerritsen, Purper-Ouakil & Street

^۴Zhang, Lee, Zhang, Piehler & Gewirtz

^۵Merrill, Molina, Coxe, Gnagy, Altszuler, Macphee & Pelham

^۶Tandon & Prgjika

^۷Magnin & Maurs

آماري اختلالات رواني (DSM)^۱ و لزوم تشخيص زودهنگام و به موقع مشكلات و اختلالات رفتاري-هيجاني كودكان مقطع ابتدائي (داگلاس)^۲؛ ۱۳۹۳؛ كارلسون، هوك، جورج، كمپي-ني، يل، مك كارتني و ويست^۳؛ ۲۰۲۰؛ هينس، موري، مايز، هريس، ويگا، رابينسون و جكسون^۴؛ ۲۰۲۰؛ هورباچ، مي-ير، سكاركه، هيم، و گونتر^۵؛ ۲۰۲۰؛ كاروالو، موتا و پينتو-گويا^۶؛ ۲۰۲۰؛ به نظر مي رسد تهيه و تدوين آزموني به منظور تشخيص دقيق و افتراقي مشكلات رفتاري-هيجاني كودكان مقطع ابتدائي و تعيين روايي، پايابي و به دست آوردن نمرات وضعيت (شدت) مشكلات رفتاري كودكان (راكويل)^۷؛ ۲۰۱۶ از اهميت و ضرورت خاصي برخوردار است.

علي رغم آسيب پذيري قشر كودكان و اهميت نيازهاي بهداشت رواني آنها در قالب پيشگيري نوع اول (آريايي نژاد و آريايي نژاد، ۱۳۹۶) و با قبول اين واقعيت كه براي تشخيص و درمان مشكلات عاطفي و رفتاري كودكان بايد ابزارها و مقياس هاي تخصصي ويژه اي وجود داشته باشد (وايت كمب، ۲۰۱۳؛ نجمي، ۱۳۹۵)؛ همچنين با توجه به اين كه در هر چاپ جديدي از DSM، ملاك هاي برخي از طبقات تشخيصي اختلالات دوران كودكي تغيير مي كند (شرودر و گوردون، ۱۳۹۳) و يا به گروها و طبقات جديدي تقسيم شده و اختلالات هم بزرگسالان و هم كودكان با تغييرات جديد معرفي مي شوند (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۱۳۹۶)؛ هدف اساسي پژوهش حاضر ساخت، رواسازي، تعيين پايابي و تعيين «وضعيت / شدت» براي ۹ اختلال شامل: ارتباط اجتماعي، طيف اوتيسم، بيش فعالی-نقص توجه، يادگيري خاص، افسردگي، اضطراب جدائي، وسواس فكري-عملي، لجبازي و نافرمانی، و سلوك در كودكان ۶ الي ۱۲ ساله دختر و پسر شهر تبريز بر اساس DSM-5 بود. در راستاي هدف پژوهش، سؤال اساسي تحقيق حاضر اين بود كه آيا تهيه و تدوين آزموني براي تشخيص مشكلات رفتاري نه گانه كودكان دختر و پسر مقطع ابتدائي شهر تبريز بر اساس DSM-5 امكان پذير است؟ و آيا آزمون محقق ساخته تشخيص مشكلات رفتاري كودكان از روايي و پايابي لازم برخوردار است؟

^۱Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

^۲Douglas

^۳Carlson, Hock, George, Kumpiene, Yell, McCartney & Weist

^۴Hines, Moore, Mayes, Harris, Vega, Robinson & Jackson

^۵Horbach, Mayer, Scharke, Heim & Günther

^۶Carvalho, Motta & Pinto-Gouveia

^۷Rockville

همچنین این سؤال مطرح بود که آیا تعیین وضعیت (شدت) نمرات عامل‌های به دست آمده و کل آزمون محقق ساخته بر اساس معیارها و ملاک‌های DSM-5 امکان پذیر است؟

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع ابتدایی و مادران آنها تشکیل می‌دادند که این دانش‌آموزان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ در دبستان‌های شهر تبریز مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب نمونه از جامعه دانش‌آموزی، از روش «نمونه‌گیری در دسترس» (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵) استفاده شد. در زمینه حجم نمونه در ساخت آزمون به روش تحلیل عاملی، متخصصان و دانشمندان مختلف آماری تعداد افراد نمونه ۳۰۰ را متوسط به بالا، ۵۰۰ را خوب و ۱۰۰۰ نفر را عالی گزارش کرده‌اند (مایرز، ۱۳۹۵؛ سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵؛ مصرآبادی، ۱۳۹۸)؛ بنابراین، در این مطالعه به منظور تهیه و تدوین آزمون، از تعداد ۱۵۰۰ نفر دانش‌آموز دختر و پسر استفاده شد. به علت محدودش بودن ۱۲۶ تا از پرسشنامه‌ها، در نهایت ۱۳۷۴ عدد پرسشنامه به کمک (SPSS)^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از آنجایی که «تماس مستقیم با همه افراد گروه مورد تحقیق در علوم رفتاری و تربیتی دشوار، وقت گیر و هزینه‌بر است» (رضویه، ۱۳۹۶: ۱۳۰)؛ در عین حال، «پرسشنامه یکی از رایج‌ترین ابزارهای تحقیق و روشی غیرمستقیم برای کسب داده‌های تحقیق است» (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵: ۱۴۱)؛ بنابراین، ابزار پژوهش حاضر، آزمون محقق ساخته‌ای بود که برای ساخت آن، اقدام به مطالعه منابع تحقیقاتی موجود در داخل و خارج از کشور شد و فیش‌برداری‌های لازم صورت گرفت؛ سپس فرایند ساخت آزمون محقق ساخته به شرح روش اجرا و یافته‌ها پیش رفت.

برای تهیه آزمون محقق ساخته مورد نظر تعداد ۳۳۰ گویه‌ی اولیه تهیه شد، سپس با استفاده از روش دلفی (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵) به منظور تایید روایی صوری و محتوایی سؤالات، این گویه‌ها در اختیار چند نفر از اساتید متخصص در حوزه روان‌شناسی کودک و روان‌شناسی تربیتی قرار گرفت. در این مرحله، ۷۳ گویه به علل مختلف مانند

^۱ Statistical package for the social silences (SPSS)

تکراری بودن، داشتن همپوشانی نظری بالا با یکدیگر یا برآورده نکردن معیارهای DSM-5 حذف شد و تعداد گویه‌های اولیه به ۲۳۷ سؤال کاهش پیدا کرد. در گام بعدی، سؤالات آماده شده به کمک دو تن از اساتید زبان و ادبیات فارسی از لحاظ نگارشی و دستور زبان بررسی و اصلاح شد. پس از بررسی نهایی گویه‌ها، دفترچه سؤالات و پاسخ‌نامه به کمک اساتید راهنما و مشاور و با پیروی از اصول ساخت پرسشنامه (رضویه، ۱۳۹۶؛ سیف، ۱۳۹۴؛ سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵) شکل گرفت. پرسشنامه تهیه شده به صورت مقدماتی در بین ۱۰۰ نفر از مادران دانش‌آموزان به منظور رفع ابهامات لازم اجرا شد. ضمن بررسی نظرات مادران برای اصلاح سؤالات و رفع اشکالات احتمالی، تعداد ۱۵۸ گویه به علت مبهم بودن برای مادران و ایجاد حساسیت برای آن‌ها، مغایرت با ملاک‌های تشخیص افتراقی DSM-5 (شولتز و شولتز، ۱۳۹۶) و مبهم و یا مخدوش بودن، در بازبینی توسط سه استاد روان‌شناسی و یک نفر روان‌پزشک کودک و نوجوان حذف و نهایتاً پرسش‌نامه‌ای با ۷۹ سؤال طراحی و تهیه شد. این آزمون که کاملاً براساس ملاک‌های تشخیص افتراقی، مدت زمان ابتلاء کودک و سایر ویژگی‌های مطرح شده در DSM-5 تهیه شده بود، بر روی گروه نمونه ($n=1500$) اجرا شد.

یافته‌ها

برای یافتن پاسخ به سؤال اساسی پژوهش، ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۷۹ سؤال اولیه با ($n=1374$) صورت گرفت. پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل عاملی شامل: کافی بودن حجم نمونه، میزان شاخص کایزر-مایر-آلکین ($KMO=0/96$) که «مناسب بودن اندازه نمونه مفروضه‌های سخت‌گیرانه تحلیل عاملی را برآورده می‌سازد» (مایرز، ۱۳۹۵: ۵۵۵)؛ معنی‌داری آزمون آماری کرویت بارتلت^۱ ($p=0/0001$) که «صفر بودن همبستگی بین متغیرها در جامعه را آزمون می‌کند» (مصرآبادی، ۱۳۹۸: ۴۲۰)، خطی بودن روابط بین متغیرها و نداشتن داده‌های پرت و نرمال بودن داده‌ها که همگی مورد بررسی قرار گرفتند، برقرار بود. داده‌های مربوط به آزمون کرویت بارتلت و کفایت نمونه‌گیری بر اساس شاخص کایزر-مایر-آلکین در جدول ۱ نشان داده شده است.

^۱Schultz & schultz

^۲Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

^۳Bartlett's test of sphericity

جدول ۱. نتیجه آزمون KMO (کفایت نمونه‌گیری) و کرویت بارتلت

اندازه‌گیری کفایت نمونه‌گیری کایزر-مایر-آلکین	۰/۹۶
آزمون کرویت بارتلت	حدود خبی اسکوتر ۳۴۹۶۰/۰۷۹
درجه آزادی	۲۹۲۶
معناداری	۰/۰۰۰۱

در اولین مرحله انجام تحلیل عاملی با در نظر گرفتن میزان اشتراک اولیه ۱ مقادیر اشتراک برای تمامی گویه‌ها استخراج شد. تحلیل مؤلفه‌های اصلی نشان داد که سؤال‌های ۲۶ و ۴۲ از میزان اشتراک کمتر از ۰/۴۵ برخوردارند؛ بنابراین از تحلیل حذف شدند و ۷۷ سؤال باقیمانده مورد تحلیل عاملی اکتشافی^۱ از نوع روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۲ و چرخش مستقل واریماکس^۳ قرار گرفت. بر اساس ملاک کایزر در اجرای اولیه ۱۵ عامل استخراج شد. ملاک نگهداری تعداد عامل‌ها شاخص کایزر-مایر-آلکین برابر با حداقل مقدار ویژه^۴ ۱ لحاظ شد. جدول ۲ مؤلفه‌ها، مقادیر ویژه اولیه، واریانس و مجموع مجذورات بارهای عاملی قبل و بعد از چرخش را بر اساس مایرز (۱۳۹۵) نشان می‌دهد.

جدول ۲. واریانس و مقادیر ویژه قبل و بعد از چرخش عامل‌ها

مؤلفه	مقادیر ویژه اولیه			مجموع مجذورات بارهای عاملی استخراج شده (قبل از چرخش)			مجموع مجذورات بارهای عاملی (بعد از چرخش)		
	کل	واریانس	تراکمی	کل	واریانس	تراکمی	کل	واریانس	تراکمی
۱	۱۷/۶۶	۲۲/۹۴	۲۲/۹۴	۱۷/۶۶	۲۲/۹۴	۲۲/۹۴	۴/۳۶	۵/۶۷	۵/۶۶
۲	۲/۹۱	۳/۷۸	۲۶/۷۲	۲/۹۱	۳/۷۸	۲۶/۷۲	۳/۹۴	۵/۱۲	۱۰/۷۸
۳	۲/۸۴	۳/۶۹	۳۰/۴۲	۲/۸۴	۳/۶۹	۳۰/۴۲	۳/۷۱	۴/۸۱۴	۱۵/۵۹
۴	۲/۴۱	۳/۱۴	۳۳/۵۵	۲/۴۱	۳/۱۴	۳۳/۵۵	۳/۴۳	۴/۴۶	۲۰/۰۶
۵	۱/۷۶	۲/۲۹	۳۵/۸۴	۱/۷۶	۲/۲۹	۳۵/۸۴	۳/۲۸	۴/۲۶	۲۴/۳۱
۶	۱/۵۷	۲/۰۴	۳۷/۸۸	۱/۵۷	۲/۰۴	۳۷/۸۸	۳/۲۴	۴/۲۱	۲۸/۵۳
۷	۱/۴۲	۱/۸۴	۳۹/۷۲	۱/۴۱	۱/۸۴	۳۹/۷۲	۲/۹۰	۳/۷۷	۳۲/۳۰
۸	۱/۳۱	۱/۷۰	۴۱/۴۲	۱/۳۱	۱/۷۰	۴۱/۴۲	۲/۸۸	۳/۷۴	۳۶/۰۴

^۱ Exploratory factor analysis (EFA)

^۲ Principal component analysis method (PCAM)

^۳ Varimax independent rotation (VIR)

^۴ eigen value

۳۹/۱۳	۳/۰۹	۲/۳۸	۴۳/۰۲	۱/۵۹	۱/۲۳	۴۳/۰۲	۱/۵۹	۱/۲۳	۹
۴۱/۷۵	۲/۶۲	۲/۰۱	۴۴/۵۳	۱/۵۱	۱/۱۷	۴۴/۵۳	۱/۵۱	۱/۱۷	۱۰
۴۳/۹۵	۲/۱۹	۱/۶۹	۴۵/۹۷	۱/۴۳	۱/۱۰	۴۵/۹۷	۱/۴۳	۱/۱۰	۱۱
۴۵/۹۸	۲/۰۳	۱/۵۶	۴۷/۳۶	۱/۳۹	۱/۰۷	۴۷/۳۶	۱/۳۹	۱/۰۷	۱۲
۴۷/۹۹	۲/۰۲	۱/۵۶	۴۸/۷۱	۱/۳۵	۱/۰۴	۴۸/۷۱	۱/۳۵	۱/۰۴	۱۳
۴۹/۷۸	۱/۷۸	۱/۳۷	۵۰/۰۶	۱/۳۵	۱/۰۴	۵۰/۰۶	۱/۳۵	۱/۰۴	۱۴
۵۱/۳۷	۱/۵۹۱	۱/۲۲	۵۱/۳۷	۱/۳۱	۱/۰۱	۵۱/۳۷	۱/۳۱	۱/۰۱	۱۵

از ۱۵ مؤلفه کشف شده، مؤلفه اول قبل از چرخش به تنهایی ۱۷/۶۶٪ کل واریانس را تبیین می‌کرد، در حالی که بعد از چرخش، این تبیین به ۴/۳۶٪ کاهش و قدرت تبیین بقیه عامل‌ها نسبت به قبل از چرخش افزایش پیدا کرده است. در بررسی ماتریس مؤلفه‌های استخراج شده، معلوم شد که از ۷۷ سؤال، ۳۱ سؤال بر روی مؤلفه اول قرار گرفته‌اند. از آنجایی که این یافته با داده‌های خام قبلی تفاوت چندانی نداشت (مایرز، ۱۳۹۵)؛ بنابراین دست به چرخش ماتریس زده شد. داده‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. بارهای عاملی بعد از چرخش برای عامل‌های هفتگانه آزمون

عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم
شماره سؤال	شماره سؤال	شماره سؤال	شماره سؤال	شماره سؤال	شماره سؤال	شماره سؤال
۵۰	۶۳	۲۳	۵	۴۷	۲۰	۱
۴۰	۶۲	۱۴	۳	۷۱	۱۰	۲
۷۹	۵۴	۲۴	۴	۳۷	۹	۵۱
۶۷	۶۹	۳۳	۲۵	۵۷	۲۹	
۵۹	۵۳	۴۳	۰/۵۴	۱۷	۱۹	
۷۸	۶۸	۳۴	۰/۴۶	۷	۰/۵۲	
۳۰						۰/۵۱

در ماتریس مؤلفه‌های چرخش یافته، عامل یابی همبستگی‌ها با مقدار زیر ۰/۴۵ حذف شدند. طبق این ملاک، ۷ عامل با حداقل ۳ و حداکثر ۷ نشانگر/ سؤال برای هر مشکل رفتاری در نظر گرفته شد. در مرحله بعدی، برای قابل درک و معنادار سازی عامل‌ها (مایرز،

۱۳۹۵) و بر اساس مشابهت معنایی نشانگرها در داخل هر مؤلفه (مصرآبادی، ۱۳۹۸) عنوان مستقلی برای هر عامل به شرح زیر تعیین شد: مؤلفه اول شامل هفت سؤال ۵۰، ۴۰، ۷۹، ۶۷، ۵۹، ۷۸، و ۳۰ از پرسشنامه ۷۹ سؤالی بود که عامل «مشکل سلوک» نامیده شد. مؤلفه دوم که شش سؤال ۶۳، ۶۲، ۵۴، ۶۹، ۵۳، و ۶۸ بر روی این مؤلفه قرار گرفتند، نام «مشکل بیش‌فعالی صرف» بر این عامل نهاده شد. مؤلفه سوم شامل شش سؤال ۲۳، ۱۴، ۲۴، ۳۳، ۴۳، و ۳۴ بود که نام «مشکل بی‌توجهی صرف» بر این عامل نهاده شد. مؤلفه چهارم که چهار سؤال ۵، ۳، ۴، و ۲۵ بر روی این مؤلفه باقی ماندند، عنوان «مشکل یادگیری تحصیلی» برای این عامل انتخاب شد. مؤلفه پنجم شامل شش سؤال ۴۷، ۷۱، ۳۷، ۵۷، ۱۷، و ۷ از پرسشنامه ۷۹ سؤالی بود و عنوان «مشکل اضطراب جدایی» بر این عامل نهاده شد. مؤلفه ششم شامل پنج سؤال ۲۰، ۱۰، ۹، ۲۹، و ۱۹ بود و نام عامل «مشکل لجبازی و نافرمانی» بر آن انتخاب شد. مؤلفه هفتم به عنوان آخرین عامل که سه سؤال ۱، ۲، و ۵۱ بر روی این مؤلفه قرار گرفتند و نام «مشکل ارتباط اجتماعی» بر این عامل تعیین شد. سؤالات نهایی برای هر عامل در قالب ۷ مشکل، به همراه سؤالات به دست آمده برای هر عامل به ترتیب در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. عامل‌ها و سؤال‌های پرسشنامه ۳۷ سؤالی به ترتیب استخراجی در تحلیل عاملی

عامل	شماره سؤال
ب ب ب ب ب ب ب	۱. از لحاظ برخورد جسمانی با حیوانات بی‌رحم بوده است/ یا بی‌رحم است.
	۲. از لحاظ جسمانی با دیگران بی‌رحم است و به آنها صدمه و یا ضربه می‌زند یا زده است.
	۳. اغلب از مدرسه می‌گریزد یا جین‌فنگ می‌شود و یا در سالن و یا حیاط مدرسه وقت‌کشی می‌کند.
	۴. عملاً اموال دیگران را تخریب کرده است (غیر از آتش‌افروزی)/ یا تخریب می‌کند.
	۵. عملاً به قصد صدمه زدن جدی، به آتش‌افروزی اقدام کرده است، یا اقدام می‌کند.
	۶. اغلب با وجود ممنوعیت‌های والدین، بدون اجازه بیرون می‌رود و یا دیر به خانه برمی‌گردد.
	۷. برای آسیب رساندن یا زدن دیگری از بطری شیشه و وسایلی از این قبیل استفاده می‌کند، یا استفاده کرده است.
ب ب ب ب	۱. اغلب «در حال جنب و جوش» است و طوری رفتار می‌کند که گویی «موتوری از پشت او را به حرکت وامی‌دارد»؛ مثل زمانی که در رستوران یا جلسات مهمانی است.
	۲. اغلب نمی‌تواند ساکت بازی کند یا به فعالیت‌های اوقات فراغت بپردازد.
	۳. اغلب در موقعیتهای نامناسب، می‌دود یا از چیزها و اشیاء بالا می‌رود.
	۴. اغلب قبل از اینکه سؤالی کامل شده باشد، پاسخ را از دهان می‌پرانند (مثلاً جملات افراد را کامل

می‌کند؛ نمی‌تواند در گفتگو منتظر نوبت بماند).

۵. در موقعیت‌هایی که نشسته ماندن انتظار می‌رود، اغلب صندلی خود را ترک می‌کند؛ مثلاً محل خود را در کلاس، یا محل کار والدین یا موقعیت‌های دیگری که باقی ماندن در محل ضرورت دارد، ترک می‌کند.

۶. اغلب بیش از اندازه صحبت می‌کند.

۱. اغلب به سختی می‌تواند تکالیف پشت سر هم را مدیریت کند؛ به سختی می‌تواند وسایل خود را منظم نگه دارد و در مدیریت زمان مشکل دارد.

۲. اغلب دستورالعمل‌ها را دنبال نمی‌کند (مثلاً تکالیف را شروع می‌کند، اما به سرعت تمرکز خود را از دست می‌دهد و به راحتی از موضوع منحرف می‌شود).

۳. اغلب از پرداختن به تکالیفی که به تلاش ذهنی مداوم نیاز دارد، اجتناب می‌کند یا از آنها بیزار است یا مایل به انجام دادن آنها نیست (مثلاً انجام تکالیف درسی یا تکالیف خانگی).

۴. اغلب وسایل لازم مثل لوازم مدرسه، مدادها، کتابها، ابزارها، کیف، کلیدها، دفترچه‌ها و یا عینک خود را گم می‌کند.

۵. اغلب در فعالیتهای روزمره فراموشکار است (مثل انجام دادن کارهای روزمره، یا خودجوش دنبال کارهای روزمره رفتن).

۶. اغلب به وسیله محرکهای نامربوط (مانند دیدن قفسه‌های کتابخانه، صدای تلویزیون، بوق ماشین، صدای همسایه و غیره) به راحتی حواسش پرت می‌شود.

۱. اغلب کلمات را بی‌دقت یا آهسته و یا با زحمت می‌خواند (مثل خواندن کلمات تکی با صدای بلند به صورت نادرست یا آهسته و با تردید، غالباً کلمات را حدس می‌زند، مشکل فهمیدن کلمات دارد).

۲. اغلب نمی‌تواند به جزئیات، دقیق توجه کند (مثلاً در انجام تکالیف درسی)، یا به هنگام فعالیتهای دیگر به خاطر بی‌دقتی، اشتباهاتی مرتکب می‌شود مانند: نادیده گرفتن نقطه‌ها، ویرگول‌ها و یا علامات‌های ساده ریاضی.

۳. اغلب در متمرکز ماندن هنگام گوش دادن به یک سخنرانی، یا توجه دقیق به گفت‌وگوها یا روخوانی طولانی یک مطلب، مشکل دارد.

۴. در رابطه با هجی کردن کلمات، مشکلات اساسی دارد (مثلاً ممکن است حروف صدادار یا بیصدا را اضافه، حذف، یا جایگزین کند).

۱. از تنها در خانه ماندن یا بدون والدین (بویژه مادر) در خانه یا محیط‌های دیگر مانند مدرسه ماندن، بیش از حد می‌ترسد.

۲. به هنگام جدایی از اشخاص دلبسته اصلی (مانند والدین) مکرراً نشانه‌های جسمانی (مانند سردرد، تهوع، استفراغ و دل درد) نشان می‌دهد.

۳. به علت ترس از جدایی از بیرون رفتن، دور شدن از خانه، رفتن به مدرسه، یا جای دیگر مداوم اکره نشان می‌دهد یا امتناع و خودداری می‌کند.

۴. از خوابیدن دور از خانه و یا در به خواب رفتن بدون نزدیک بودن به شخص دلبسته اصلی (بویژه والدین) امتناع می‌کند.

۵. بیش از حد نگران است که نکند پدر و مادر بیمار، مجروح یا زخمی شوند و یا در اثر بلا یا بمیرند.

توجه: این موارد در صورتیکه در بیش از دو مورد مشاهده شود، نشان دهنده اختلال اضطراب جدایی است.

توجه: این موارد در صورتیکه در بیش از دو مورد مشاهده شود، نشان دهنده اختلال اضطراب جدایی است.

توجه: این موارد در صورتیکه در بیش از دو مورد مشاهده شود، نشان دهنده اختلال اضطراب جدایی است.

۶. هنگام جدایی از خانه یا از مادر و پدر، بیش از حد ناراحت می‌شود.	ششم: لجبازی و نافرمانی
۱. اغلب دعوای جسمانی را شروع می‌کند و با بچه‌ها درگیر می‌شود.	
۲. اغلب به دیگران قلدری می‌کند، آنها را تهدید می‌کند یا می‌ترساند.	
۳. اغلب از کوره درمی‌رود (شدیدا یک دفعه ناراحت می‌شود).	
۴. اغلب خشمگین و دلخور است.	
۵. اغلب زودرنج است یا به راحتی آزرده می‌شود و دلش می‌شکند.	هفتم: آزار و اذیت
۱. معمولا نسبت به هم سن و سالانش در سلام کردن و احوالپرسی در جاهایی مانند خانه، مهمانی، مدرسه و غیره مشکل دارد.	
۲. به نظر می‌رسد در نشان دادن هیجانهای (چه مثبت مثل شادی و چه منفی مثل غمگینی)، یا در شریک و هم درد شدن با دیگران مشکل دارد.	
۳. در کل می‌توانم بگویم که از نظر دوست گرفتن، سر صحبت را با یک نفر باز کردن، نشان دادن واکنشهای لازم به حرکات و ادا و اطوار دیگران مشکل دارد.	هشتم: ارتباط اجتماعی

در کل می‌توان گفت پرسشنامه هفت عاملی تشکیل یافته از ۳۷ سؤال، بیش از ۳۲٪ داده‌ها را به ترتیب زیر تبیین می‌کردند: عامل اول (سلوک) ۷ سؤال با ۵/۶۷٪ واریانس تبیین شده، عامل دوم (بیش‌فعالی صرف) ۶ سؤال با ۵/۱۲٪ واریانس تبیین شده، عامل سوم (کم‌توجهی صرف) ۶ سؤال با ۴/۸۱٪ واریانس تبیین شده، عامل چهارم (یادگیری تحصیلی) ۴ سؤال با ۴/۴۶٪ واریانس تبیین شده، عامل پنجم (اضطراب جدایی) ۶ سؤال با ۴/۲۶٪ واریانس تبیین شده، عامل ششم (لجبازی و نافرمانی) ۵ سؤال با ۴/۲۱٪ واریانس تبیین شده، عامل هفتم (ارتباط اجتماعی) ۳ سؤال با ۳/۷۷٪ واریانس تبیین شده.

روایی آزمون محقق‌ساخته: جهت سنجش روایی آزمون‌ها روش‌های مختلفی وجود دارند. در تحلیل عوامل، ارزش ویژه نقش اساسی در ضرایب روایی آزمون دارد. ارزش ویژه هر عامل به عنوان ضریب روایی عاملی می‌باشد. در این روش ارزش‌های ویژه‌ای که بالاتر از ۱ می‌باشند، انتخاب می‌شوند. همان‌طور که در جدول ۲ پیداست، هر هفت عامل استخراج شده از ارزش ویژه بالاتر از ۱ برخوردارند؛ به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که عامل‌های استخراج شده از روایی مناسب برخوردارند. زیرا که روایی عاملی خود نوعی روایی سازه است که در روش تحلیل عاملی حاصل می‌شود. اعتبار عاملی که خود صورتی از اعتبار سازه است از طریق تحلیل عاملی به دست می‌آید (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵)؛ همچنین اگر بر اساس آزمون بارتلت همبستگی قابل ملاحظه‌ای بین متغیرها وجود داشته باشد، از روایی تحلیل عاملی حکایت می‌کند (مایرز، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر

آزمون بارتلت معنادار بود ($p = 0/0001$) و مقدار χ^2 خیلی بالا ($\chi^2 = 34960/079$) و معنادار به دست آمد؛ بنابراین روایی تحلیل عاملی آزمون محقق ساخته در حد مطلوب تأیید می شود.

پایایی آزمون محقق ساخته: به منظور پی بردن به میزان «دقیق و باثبات بودن» ابزار ساخته شده برای کل پرسشنامه و عامل های هفتگانه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل های هفتگانه و کل آزمون محقق ساخته در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. تعداد سؤال ها و میزان آلفای کرونباخ عامل های هفتگانه و کل آزمون محقق ساخته

عامل ها	سلوک	بیش فعالی صرف	کم توجهی صرف	یادگیری تحصیلی	اضطراب جدایی	لج بازی و نافرمانی	ارتباط اجتماعی	جمع کل
تعداد سؤال ها	۷	۶	۶	۴	۶	۵	۳	۳۷
آلفای کرونباخ	۰/۷۷	۰/۷۹	۰/۷۹	۰/۷۱	۰/۷۲	۰/۷۲	۰/۶۱	۰/۹۰

همچنان که در جدول ۵ مشاهده می شود پایایی عامل های اول تا هفتم از (۰/۶۱) تا ($\alpha = 0/79$) به دست آمد که این ضرایب با توجه به حداقل سطح آلفا یعنی ۰/۷۰ (مایرز، ۱۳۹۵) خوب است. پایایی کل عامل های هفتگانه ($\alpha = 0/90$) به دست آمد که با توجه به نظر دانشمندان آمار که مقدار ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ خیلی خوب است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۵؛ مایرز، ۱۳۹۵ و مصرآبادی، ۱۳۹۸)، مقدار پایایی کل آزمون محقق ساخته برای ۳۷ سؤال عالی برآورد شده است. این یافته به آن معناست که سؤالات ۳۷ گانه آزمون محقق ساخته از همسانی درونی خوبی برخوردارند و سؤالات به صورت همسانی، توسط مادران پاسخ داده شده اند.

نمرات تعیین وضعیت (شدت) آزمون مشکلات رفتاری کودکان: در این بخش از تحلیل به تعیین وضعیت نمرات عوامل هفتگانه و کل آزمون پرداخته شده است. زیرا پس از اجرای آزمون ۳۷ سؤالی محقق ساخته، باید ارزیاب (اعم از روان شناس، روانپزشک یا درمانگر) بتواند وجود یا عدم وجود مشکل یا مشکلات رفتاری در کودک را تعیین نموده، سپس میزان هر کدام از مشکلات احتمالی موجود را بر اساس معیارها و ملاک های

DSM-5 دقیقاً ارزیابی و تعیین نماید تا تشخیص افتراقی نهایی مشکلات رفتاری در کودک/ کودک امکان‌پذیر گردد. نمرات تعیین وضعیت (شدت) نمرات آزمون مشکلات رفتاری کودکان بر اساس DSM-5 دانش‌آموزان گروه نمونه ($n=1374$ ؛ میانگین سنی $8/85 = \bar{x}$ با انحراف معیار $1/84 = s$) در جدول شماره ۶ آمده است.

جدول ۶. تعیین وضعیت (شدت) نمرات عامل‌های هفتگانه و کل آزمون محقق‌ساخته بر اساس DSM-

۵

کل آزمون	عامل هفتم (ارتباط اجتماعی)	عامل ششم (بجاری و نافرمانی)	عامل پنجم (اضطراب جدایی)	عامل چهارم (یادگیری تحصیلی)	عامل سوم (کم‌توجهی صرف)	عامل دوم (پیش‌فعالی صرف)	عامل اول (سلوک)	
۳۷ تا ۹۸	۷ تا ۳	۷ تا ۵	۱۱ تا ۶	۸ تا ۴	۱۵ تا ۶	۱۵ تا ۶	۱۵ تا ۷	عادی
۹۹ تا ۱۲۱	۱۱ تا ۸	۱۵ تا ۸	۲۰ تا ۱۲	۱۲ تا ۹	۲۱ تا ۱۶	۲۱ تا ۱۶	۲۰ تا ۱۶	خفیف
۱۲۲ تا ۱۵۸	۱۳ تا ۱۲	۲۰ تا ۱۶	۲۵ تا ۲۱	۱۶ تا ۱۳	۲۵ تا ۲۲	۲۵ تا ۲۲	۳۰ تا ۲۱	متوسط
۱۵۹ تا ۱۸۵	۱۵ تا ۱۴	۲۵ تا ۲۱	۳۰ تا ۲۶	۲۰ تا ۱۷	۳۰ تا ۲۶	۳۰ تا ۲۶	۳۵ تا ۳۱	شدید

وضعیت (شدت)

طبق داده‌های موجود در جدول ۶ می‌توان برای هر عامل از وضعیت عادی تا شدید موقعیتی را از لحاظ ابتلا یا عدم ابتلا هر کودک به مشکلات رفتاری تعیین کرد. به عنوان مثال، اگر دانش‌آموزی نمره کل وی در این آزمون از ۳۷ الی ۹۸ باشد، در وضعیت «عادی» قرار می‌گیرد؛ به عبارت دیگر، یک کودک عادی تلقی می‌شود. اگر نمره وی ۹۹ الی ۱۲۱ باشد، میزان ابتلا وی به مشکلات رفتاری روی هم رفته، «خفیف» ارزیابی

می‌شود و الی آخر. برای تعیین شدت مشکلات رفتاری کودکان با رعایت نسبت معیارهای DSM-5 که رویکرد مقوله‌ای (صرفاً بلی = ۱، خیر = ۰) از DSM-IV به رویکرد ابعادی (عادی، خفیف، متوسط و شدید) در DSM-5 تغییر یافته است، برای شروع و شدت مشکلات رفتاری، تعیین وضعیت به جای حساسیت و ویژگی مرسوم در پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شده است. رویکرد ابعادی در مقایسه با رویکرد مقوله‌ای (صرفاً بلی - خیر)، امکان مقایسه و سنجش شدت، مدت و تعداد نشانه‌های همراه با ویژگی‌های دیگر هر اختلال رفتاری یا روانی را چه در بزرگسالان و چه در کودکان و نوجوانان در روی طیفی از عادی تا شدید فراهم می‌سازد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۶).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، درصد ابتلا (میزان شیوع) دانش‌آموزان گروه نمونه حاضر در مشکلات رفتاری برای عوامل هفتگانه و کل آزمون به ترتیب نزولی عبارت بود از: لجاجزی و نافرمانی با ۲۲/۳ درصد، یادگیری تحصیلی با ۱۳/۸ درصد، کم توجهی صرف با ۱۱/۴ درصد، بیش‌فعالی صرف با ۱۰/۵ درصد، اضطراب جدایی با ۹ درصد، ارتباط اجتماعی با ۳/۳ درصد، و سلوک با ۲/۸ درصد. میانگین کل مشکلات رفتاری کودکان نیز برابر با ۱۰/۴ درصد به دست آمد. لازم به ذکر است که پس از اجرای آزمون محقق ساخته بر روی کودک، جمع نمرات خام وی در عوامل هفتگانه و کل آزمون بر اساس طیف لیکرت (کاملاً مخالفم = ۱، تا حدی مخالفم = ۲، نه موافق و نه مخالف = ۳، تا حدی موافقم = ۴، و کاملاً موافقم = ۵) محاسبه می‌شود، سپس با مراجعه به جدول ۶ می‌توان به تعیین وضعیت کودک مورد نظر در هر یک از مشکل‌های رفتاری اقدام نمود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که با هدف ساخت آزمونی استاندارد برای تشخیص مشکلات رفتاری کودکان ۶ الی ۱۲ ساله دختر و پسر شهر تبریز آغاز شده بود، در بررسی پیشینه ادبی پژوهش معلوم شد که میزان شیوع اختلالات رفتاری - هیجانی کودکان در کشورهای مختلف از جمله ایران، بسیار متفاوت و گاهی ضد و نقیض گزارش شده است (از ۰/۸ درصد تا ۴۴ درصد). در پاسخ به سؤال اول پژوهش، تهیه آزمون تشخیص مشکلات رفتاری کودکان با گردآوری ۲۳۷ گویه آغاز شد، اما در مراحل مختلف ساخت آزمون همچون قضاوت متخصصان و داوران خارجی، تعداد آن‌ها به ۷۹ سؤال کاهش پیدا کرد. در تحلیل عاملی که بر روی ۷۷ سؤال باقیمانده با میزان اشتراکات اولیه ۰/۴۵ صورت

گرفت، ۷ عامل با عناوین مشکلات: سلوک، بیش‌فعالی صرف، کم‌توجهی صرف، یادگیری تحصیلی، اضطراب جدایی، لجبازی و نافرمانی و ارتباط اجتماعی با میانگین شیوع ۱۰/۴ درصد به دست آمد. برای یافتن پاسخ به سؤال دوم پژوهش، علاوه بر روایی صوری و محتوایی از روایی عاملی با ارزش ویژه بالاتر از ۱ استفاده شد که بیانگر روایی عالی این آزمون است. برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان ضرایب آلفای کرونباخ عامل‌های هفت‌گانه در سطح خیلی خوب و آلفای کل آزمون ($\alpha=0/90$) عالی برآورد شد. در پایان پرسشنامه‌ای با ۳۷ سؤال برای عوامل هفت‌گانه به ترتیب با ۷، ۶، ۶، ۴، ۵ و ۳ سؤال حاصل شد. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش، پس از به دست آمدن نسخه نهایی آزمون تشخیص مشکلات رفتاری کودکان، چهار درجه‌ی تعیین وضعیت (شدت) مشکلات هفت‌گانه بر اساس معیارها و ملاک‌های DSM-5 با اساس قراردادن این معیارها و ملاک‌ها و با رعایت نسبت ویژگی‌های مطرح شده در DSM-5 با ویژگی‌های استخراج شده در تحقیق حاضر، نقطه شروع مشکل - پس از عبور از وضعیت «عادی» - از وضعیت خفیف شروع شده و تا وضعیت شدید در دامنه‌ای از «خفیف» تا «متوسط» و «شدید» برای هر عامل و کل آزمون دقیقاً بر اساس نمرات کمی مشخص و تعیین شد.

میانگین شیوع مشکلات رفتاری هفت‌گانه دانش‌آموزان دختر و پسر شرکت‌کننده در تحقیق حاضر برابر با ۱۰/۴ درصد به دست آمد. این یافته با یافته محققان قبلی همچون روشن، آقاییوسفی، علی‌پور و رضایی (۱۳۹۵) که میزان شیوع مشکلات برون‌سازی شده‌ی خفیف تا شدید در کودکان ابتدایی را ۵ تا ۱۳ درصد؛ شفیع‌پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد لیلی (۱۳۹۴) مشکلات برون‌سازی شده را ۱۲/۱ درصد و مشکلات درونی‌سازی شده را ۸/۹ درصد و مقدم، یاسمی، بینا، عبدالمالکی و باقری‌یزدی (۱۳۸۱) میزان شیوع اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی را از ۰/۶ درصد تا ۱۰/۲ درصد ارزیابی کردند، همسو و همخوان می‌باشد. همچنین این یافته با یافته تحقیق سکاران، کامات، آشوک، کامات، هجدی و دوارامان (۲۰۲۰) که میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان را در کل از ۱۱/۳ تا ۱۳/۶ درصد و مشکلات درونی‌سازی شده را از ۷/۴ تا ۸/۶ درصد؛ عربان، منتظری، استاین، کریمی و مهریزی^۱ (۲۰۲۰) ۷/۵ درصد؛ چن، چن، لین، شن و گایو

^۱Araban, Montazeri, Stein, Karimy & Mehrizi

(۲۰۲۰) از ۸/۷ تا ۱۰/۱ درصد و شهریوری، ناطق، عظیم‌خانی و عزیزی جوان (۱۳۸۹) که از ۶ تا ۱۶ درصد ارزیابی کردند، همسو و همخوان می‌باشد.

در بررسی مقایسه‌ای دقیق‌تر یافته‌های تحقیق حاضر با نتایج سایر تحقیقات در می‌یابیم که گاهی همسویی و گاهی مغایرت وجود دارد؛ زیرا، نتایج تحقیقات قبلی غالباً در دامنه‌ای از حتی کمتر از یک درصد تا بیش از ۴۰ درصد پراکنده و متفاوت است. به عنوان مثال، جاری، کلیشادی، اردلان، طاهری، تسلیمی و مطلق (۱۳۹۵) شیوع مشکلات رفتاری کودکان مقطع ابتدایی در ایران را از ۴/۱۵٪ در بین کودکان قزوین تا ۳۱/۱٪ در کودکان تهران و حیدری، عظیمی، محمودی و محمدپور (۱۳۸۵) از ۴ تا ۲۳ درصد؛ وادل، شفرده، سفارتز و بارینس (۲۰۱۴) ۲/۱ درصد و داگلاس (۱۳۹۳) ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند.

تنوع نتایج شیوع آن‌چنان زیاد است که ماتسورا، اکوبو، تورو، کوچیما، هی، شن و لی (۱۹۹۳) در پژوهشی میانگین شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان را به ترتیب ۷/۹، ۷/۵ و ۱۶/۶ درصد؛ هندریکس، دی‌راک، ماراس، دایل‌من، گریتنس، پورپر-آکیل و استریت (۲۰۲۰) ۱۴ تا ۲۴ درصد؛ سنول، یونالان، آکا و باشتورک (۲۰۱۸) میزان شیوع کل اختلالات رفتاری کودکان را ۲۷/۴ درصد و آیانو، یوهانز و آبراها (۲۰۲۰) ۷/۴۷ درصد گزارش کردند. در کنار آمارهایی که میزان شیوع مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان را بیش از میانگین شیوع تحقیق حاضر (۱۰/۴) ارزیابی کرده‌اند، تحقیقاتی هم به چشم می‌خورد که میزان شیوع در جمعیت مورد مطالعه آن‌ها بسیار پایین‌تر و کمتر از میانگین تحقیقات قبلی از جمله تحقیق حاضر است؛ به عنوان مثال، کاپلند، انگلد، کاستلو و ایگر (۲۰۱۳) میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان را فقط از ۰/۸ درصد تا ۳/۳ درصد؛ واسیلوا، گرف، رینلت، پترمان و پترمان (۲۰۲۰) ۴/۳ درصد؛ بارتون (۱۳۸۹) تا ۵ درصد و ویلکات (۲۰۱۲) بین ۵/۹ تا ۷/۱ درصد گزارش می‌کنند و این در حالی است که غالب پژوهش‌های قبلی از میزان بالای شیوع حکایت می‌کنند. در ایران نیز خسروی، هومن و شکری (۱۳۸۹) شیوع اختلالات رفتاری در کودکان را بین ۲ تا ۱۶ درصد؛ درخشانپور، ایزدیار، شاهینی و وکیلی (۱۳۹۵) ۱۴/۵ درصد؛ رنجبر، نابدل و فخاری (۱۳۸۲) ۲۳/۳ درصد؛ رواقی، مهرعلیان و شاهقلیان (۱۳۸۰) ۴۱/۳ درصد؛ شمس اسفندآبادی، امامی‌پور و صدرالسادات (۱۳۸۲) ۴۳/۳ درصد و کشکولی (۱۳۸۲) ۱۶/۸ درصد برآورد کرده‌اند.

شاید نتوان دو تحقیق را یافت که میزان شیوع مشکلات رفتاری جامعه مورد مطالعه هر دوی آن‌ها دقیقاً برابر باشد و این امر کاملاً طبیعی است، زیرا تفاوت در ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان، روش‌های به کار رفته و نحوه اجرا نیز می‌تواند بر تنوع نتایج تأثیر بگذارد. همچنین ماهیت و نوع مشکلات رفتاری در سنین مختلف و حتی در دو مقطع زمانی نزدیک به هم همچون با فاصله ۶ ماه می‌تواند در نوسان باشد.

در تبیین علل پیدایش و شکل‌گیری مشکلات رفتاری کودکان در مشکلات هفتگانه کشف شده در این تحقیق بر اساس نظریه‌ها و دیدگاه‌های نظریه‌پردازان، باید گفت که تبیین و تفسیر هر مشکل منحصر از طریق یک نظریه یا دیدگاه قابل دفاع نیست و به کمک مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها و نظریه‌ها قابل تبیین و توجیه هستند. زیرا علت بروز اختلالات و مشکلات رفتاری در کودکان پیچیده و ترکیبی از علل متعدد از جمله تعامل عوامل ژنتیکی، محیطی و روان-اجتماعی است (آگاروال، لیندگارد و مارواها، ۲۰۲۰).

طبق الگوی زیست‌شناختی، کودکان به علت به ارث بردن برخی ویژگی‌ها و خصوصیات جسمانی، فیزیکی-روانی و رفتاری به کمک ژن‌ها و کروموزوم‌ها از والدین خود، مستعد ابتلاء به برخی مشکلات رفتاری هستند (برک، ۱۳۹۶)؛ بنابراین، در سایه‌ی توارث، زمینه‌ی عوامل ابتلا به برخی مشکلات رفتاری در کودکان شکل می‌گیرد که از این عوامل با عنوان عوامل زمینه‌ساز یاد شده است (هیئت مولفان، ۱۳۹۱). طبق نظریه‌های زیست‌شناختی ساختار فیزیکی مغز و سیستم نظام عصبی و غدد درون‌ریز علت برخی مشکلات رفتاری کودکان مانند ADHD، سلوک، یادگیری تحصیلی و اضطراب ریشه در ناهماهنگی بین عملکردهای دو نیمکره مغز، کم یا زیاد شدن هورمون‌های خاص در مغز با مرکزیت هیپوفیز و سایر غدد درون‌ریز مانند غده تیروئید و فوق کلیوی دارد (خداپناهی، ۱۳۹۸؛ کالات، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد با حضور عوامل زمینه‌ساز، فرصتی برای دیدگاه‌های روان‌پویشی و روانکاوی فراهم می‌گردد تا کودکان برای دفاع از «من» شخصیت خویش دست به مکانیسم‌های دفاعی بزنند و برخی مشکلات مانند لجبازی و نافرمانی، ارتباط اجتماعی و اضطراب جدایی را از خود نشان دهند. علاوه بر الگوهای ذکر شده، طبق الگوی رفتارگرایی می‌توان ریشه مشکلات رفتاری کودکان را این‌چنین توجیه کرد که این محیط و تقویت‌کننده‌های محیطی از طرف والدین و جامعه است که وقوع و یا تکرار

رفتارهای محلّ را تداوم بخشیده و به عنوان عوامل آشکارساز باعث بروز رفتارهای محل می‌شوند. از آنجایی که طبق دیدگاه شناخت‌گرایی باور، اعتقاد و نگرش فرد بر رفتار وی تأثیر شگرفی دارد؛ بنابراین، ریشه برخی از مشکلات کودکان در قالب این دیدگاه قابل تبیین است. به عنوان مثال، اگر کودکی نسبت به دیگران حس بد و منفی داشته باشد، احتمالاً رفتار مخرب سلوک را بیشتر نشان خواهد داد. طبق نظریه نیازهای مزلو اگر نیازهای فیزیولوژیکی، نیاز به امنیت و حرمت کودک برآورده نشوند، زمینه شکوفا شدن استعدادهای عالی و انجام رفتارهای شایسته فراهم نخواهد شد؛ در نتیجه، مشکلات رفتاری همچون اضطراب جدایی و ارتباط اجتماعی را از خود نشان خواهد داد (لی، ۲۰۲۰). حال اگر بر اساس نظریه یادگیری مشاهده‌ای بندوار، والدین الگوی ترس و کم‌جراتی باشند و یا نسبت به کودک و اطرافیان رفتار خصومت‌آمیز داشته باشند، کودک این رفتارها را از راه تقلید و تقویت جانشینی در قالب مشکلات رفتاری همچون ارتباط اجتماعی در رفتار خود منعکس خواهد کرد. طبق نظریه دلبستگی بالبی نحوه تعامل مادر با کودک در دوره حساس رشد (نوزادی و کودکی اول) زمینه را برای رفتارهای مطمئن و یا دوری‌گزین از مردم و اطرافیان به صورت مشکل ارتباط اجتماعی، اضطراب جدایی، لجبازی و نافرمانی و سلوک فراهم می‌سازد. بر اساس نظریه رشد روانی-اجتماعی اریکسون تثبیت کودک در هر کدام از مراحل پنجگانه رشد خود (از تولد تا پایان نوجوانی) می‌تواند باعث تولید اختلال و مشکل رفتاری همچون اضطراب جدایی و وابستگی شدید به مادر، ناتوانی در برقراری ارتباط اجتماعی موثر، عدم ابراز وجود در مدرسه و نهایتاً مشکل یادگیری تحصیلی در کودک گردد و در نهایت طبق نظریه فروید، تثبیت لیبیدو در هر کدام از مراحل رشدی و یا به علت وجود تعارض بین نهاد، من و فرامن می‌تواند زمینه‌ی بروز رفتارهای نابهنجار یا همان مشکلات رفتاری از قبیل سلوک، کم‌توجهی صرف، اضطراب جدایی، بیش‌فعالی، لجبازی و نافرمانی و ارتباط اجتماعی در کودکان را فراهم سازد.

در کل می‌توان گفت، پژوهش حاضر در راستای هدف اساسی خود به ساخت ابزاری معتبر و پایا بر اساس اصول آزمون‌سازی با عنوان آزمون تشخیص مشکلات رفتاری کودکان دست یافت. این آزمون که بر اساس ملاک‌ها و معیارهای DSM-5 و طبق اصول علم روان‌سنجی و به کمک روش‌های آماری تخصصی با روش میدانی بر روی اعضای

جامعه مورد مطالعه تهیه و تدوین شده است، می‌تواند توسط متخصصان، محققان و درمانگران در کارهای تحقیقاتی، بالینی، پیشگیری و یا درمان جهت تشخیص افتراقی اختلال‌های سلوک، بیش‌فعالی صرف، کم‌توجهی صرف، یادگیری تحصیلی، اضطراب جدایی، لجاجی و نافرمانی و ارتباط اجتماعی کودکان دختر و پسر ۶ الی ۱۲ ساله مورد استفاده قرار گیرد.

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی صرفاً شهر تبریز و استفاده صرف از پرسشنامه، تعمیم یافته‌های آن را با محدودیت‌هایی مواجه می‌سازد.

انجام تحقیقات مستقل دیگر با ترکیبی از روش‌های مشاهده، مصاحبه، معاینه بالینی و گزارش والدین جهت تهیه آزمون‌های به‌روز، استاندارد و بومی‌سازی شده مربوط به هر دو جنس مذکر و مونث به طور مستقل در سطح شهر، استان و کشور برای محققان پیشنهاد می‌گردد.


سپاسگزاری

از همه مادران شرکت‌کننده در تحقیق حاضر، مدیران مدارس همکاری‌کننده، معاونان و معلمان مقاطع ابتدایی شهر تبریز و همه عزیزانی که در تهیه این آزمون محققان را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

ORCID

Aydin Motamedin

 <http://orcid.org/00000-0003-2490-9326>

Seyyed Davood Hosseininasab

 <http://orcid.org/0000-0003-0056-4191>

Marzieh Alivandie Vafa

 <http://orcid.org/0000-0002-1197-9598>

منابع

- آریایی نژاد، نرگس و آریایی نژاد، امیر. (۱۳۹۶). *افت تحصیلی و راه‌های پیشگیری از آن*. تهران: نوروزی.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۶). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۳).
- بارتون، جوآن. (۱۳۸۹). *کودکان بیش‌فعال: راهنمای عملی برای والدین*. ترجمه ایوب مالک و محمدعلی صاحبی، چاپ دوم. تهران: شرکت ایده‌پردازان فن و هنر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۹).
- برک، لورا. (۱۳۹۶). *روان‌شناسی رشد: از لقاح تا کودکی*. جلد اول. ویراست ششم. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ارسباران.
- بیات، محبوبه؛ اکبر شریفی، طاهره؛ نظری جیرانی، محبوبه؛ شهریور، زهرا و حقانی، حمید. (۱۳۸۵). مشکلات رفتاری کودکان ۷-۱۱ ساله ساکن مراکز نگهداری شبانه‌روزی. *فصلنامه پرستاری*. ۱۹(۴۶)، ۶۰-۵۳.
- جاری، محسن؛ کلیشادی، رویا؛ اردلان، گلابول؛ طاهری، مجذوبه؛ تسلیمی، مهناز و مطلق، محمداسماعیل. (۱۳۹۵). شیوع اختلالات رفتاری در کودکان ایران. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۲(۱)، ۱۱۳-۱۰۹.
- حیدری، جبار؛ عظیمی، حمیده؛ محمودی، قهرمان و محمدپور، رضاعلی. (۱۳۸۵). بررسی شیوع اختلالات رفتاری-هیجانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهرستان ساری سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۶(۵۶)، ۹۱-۱۰۰.
- خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۹۸). *روان‌شناسی فیزیولوژیک*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها.
- خسروی، علی‌اکبر؛ هومن، حیدرعلی و شکری، عباس. (۱۳۸۹). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم‌یابی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دستانی. *مجله تحقیقات روان‌شناختی*، ۲(۷)، ۴۹-۳۳.

داگلاس، یو. (۱۳۹۳). *اصلاح رفتار کودکان (مشکلات رفتاری در کودکان)*. ترجمه سیاوش جمال‌فر، چاپ ششم. تهران: موسسه نشر ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
 درخشانپور، فیروزه؛ ایزدی‌ار، حمیده؛ شاهینی، نجمه و و کیلی، محمدعلی. (۱۳۹۵). بررسی سطح اضطراب در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی مدارس شهر گرگان. *پژوهنده*، ۲۱(۱)، ۳۰-۳۴.
 رضویه، اصغر. (۱۳۹۶). *روش‌های پژوهش در علوم رفتاری و تربیتی*. شیراز: دانشگاه شیراز.
 رنجبر، فاطمه؛ نابدل، یونس و فخاری، علی. (۱۳۸۲). شیوع اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان منطقه شمال‌غرب تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ویژه‌نامه، ۶۰، ۵۶-.

رواقی، کیوان؛ مهرعلیان، حسینعلی و شاهقلیان، ناهید. (۱۳۸۰). بررسی شیوع اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهر کرد. *فصلنامه پرستاری و مامایی ایران*، ۱۳(۲۷)، ۴۱-۳۵.
 روشن، مریم؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ علی‌پور، احمد و رضایی، اکبر. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی دو روش درمان تعامل‌والد-کودک و مقابله درمانگری مادران بر کاهش شدت مشکلات رفتاری کودکان ۳-۶ ساله. *دو فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴(۱)، ۱۲۳-۱۱۱.

سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو. (۱۳۹۳). *خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5؛ علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ویراست یازدهم*. جلد اول و دوم، ترجمه مهدی گنجی، ویراستار: دکتر حمزه گنجی. تهران: نشر ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۵).

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۹۵). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. چاپ سیزدهم. تهران: نشر آگه.

سیف، علی‌اکبر. (۱۳۹۴). *ساختن ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهشی در روان‌شناسی و علوم تربیتی (آزمون و پرسشنامه)*. تهران: نشر دیدار.

شانک، دیل ایچ. (۱۳۹۶). *نظریه‌های یادگیری: چشم‌اندازی تربیتی*. ویرایش ششم. ترجمه اکبر رضایی. چاپ سوم. تبریز: آیدین، انتشارات یانار. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۲).
 شرودر، کارولین و گوردون، بتی. (۱۳۹۳). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی: راهنمای روان‌شناسان بالینی و روانپزشکان*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. چاپ سوم. تهران: نشر دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

شفیع‌پور، سیده زهرا؛ شیخی، علی؛ میرزایی، مهشید و کاظم‌نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۴). *سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان*. *فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۷۶)، ۵۶-۴۹.

- شمس اسفندآبادی، حسن؛ امامی پور، سوزان و صدرالسادات، سیدجلال. (۱۳۸۲). بررسی شیوع اختلال رفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر اهر. *مجله توان بخشی*، ۳(۱)، ۳۴-۴۱.
- شهریوری، کتایون؛ ناطق، ابراهیم؛ عظیم خانی، امین و عزیزی جوان، حبیب علی. (۱۳۸۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس درجه بندی تشخیص اختلال سلوک دانش آموزان مقطع پنجم ابتدایی شهر تهران (فرم معلمان). *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۳)، ۵۸۳-۵۷۴.
- شولتز، دوان پی. و شولتز، سیدنی ال. (۱۳۹۶). *نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، ویراست دهم، چاپ ۳۶، تهران: نشر ویرایش.
- صدرالسادات، سیدجلال؛ هوشیاری، زهرا؛ صدرالسادات، لیلا؛ روزبهانی، اکبر؛ غیاث، مجید و نیک فرجام، مسعود. (۱۳۸۸). تعیین و هنجاریابی مقیاس درجه بندی جهت تشخیص افتراقی اختلالات سلوک و بیش فعالی در کودکان ۱۲-۷ ساله شهر تهران. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۲۷(۱۰۰)، ۵۹۹-۵۸۹.
- کالات، جیمز. (۱۳۹۸). *روان شناسی فیزیولوژیک*. ویراست دوازدهم. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۵).
- کشکولی، فرامرز. (۱۳۸۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر. *چکیده مقالات پنجمین همایش سراسری بهداشت روانی و اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان*، (۱۸-۱۶ مهر ماه)، ص ۴۶.
- مایرز، اندرو. (۱۳۹۵). *مقدمه ای بر آمار و SPSS در روان شناسی*. ترجمه اکبر رضایی، چاپ اول، تبریز: آیدین، انتشارات یانار. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).
- محمداسماعیل، الهه و علی پور، احمد. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرستشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). *پژوهش در حیطه کودکان استثنائی*، ۲(۳)، ۲۵۴-۲۳۹.
- مصراآبادی، جواد. (۱۳۹۸). *آمار استنباطی در علوم رفتاری (ویراست سوم)*. تبریز: انتشارات دانشگاه شهید مدنی آذربایجان.
- مقدم، مرضیه؛ یاسمی، محمدتقی؛ بینا، مهدی؛ عبدالمالکی، فریدون و باقری زیدی، سیدعباس. (۱۳۸۱). مطالعه اپیدمیولوژیک اختلالات رفتاری دانش آموزان دبستانی شهرستان قروه در سال ۸۱-۸۰ و بررسی اعتبار و پایایی فرم راتر معلم در سنجش اختلالات رفتاری آنها. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۷(۲۵)، ۷-۱۱.
- نجمی، سید بدرالدین. (۱۳۹۵). *اختلالات رفتاری کودکان*. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان. مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی خورشید. برگرفته از سایت: nour.mui.ac.ir. مورخ: ۱۳۹۶/۱۱/۱۲. ساعت: ۱۰:۵۶.

نصیرزاده، راضیه و روشن، رسول. (۱۳۸۹). مقایسه دو رویکرد قصه‌گویی در کاهش مولفه‌های رفتار پرخاشگرانه از دیدگاه والدین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۱۲(۲)، ۷۰-۷۶. هیئت مولفان (۱۳۹۱). *روان‌شناسی عمومی (رشته روان‌شناسی)*. چاپ ششم. تهران: دانشگاه پیام نور.

ووست‌وود، پیتراس. (۱۳۹۲). *راهنمای والدین در مشکلات یادگیری: چگونه به فرزندان کمک کنید؟* ترجمه احمدرضا بیات، حبیب امانی، و محبوبه بیات، چاپ اول، تهران: انتشارات کتاب ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

References

- Aggarwal, A., Lindegaard, V., & Marwaha, R. (2020). *Oppositional Defiant Disorder*. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Amini Naghani, S., Najarpourian, S., & Samavi, S. A. (2020). Comparing the Effectiveness of the Triple P-Positive Parenting Program and Parenting Program of Acceptance and Commitment Therapy on Parent-Child Relationship and Self-efficacy of Mothers with Oppositional Defiant Disorder Children. *Journal of Research and Health*, 10(2), 111-122.
- Araban, M., Montazeri, A., Stein, L. A. R., Karimy, M., & Mehrizi, A. A. H. (2020). Prevalence and factors associated with disruptive behavior among Iranian students during 2015: a cross-sectional study. *Italian journal of pediatrics*, 46(1), 1-7.
- Ayano, G., Yohannes, K., & Abraha, M. (2020). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1-10.
- Bandura, A., & Hall, P. (2018). Albert bandura and social learning theory. *Learning Theories for Early Years Practice*, 63.
- Büber, A., Başay, Ö., & Şenol, H. (2020). The prevalence and comorbidity rates of specific learning disorder among primary school children in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-8.
- Canals, J., Voltas, N., Hernandez-Martinez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 131-143.
- Carlson, R. G., Hock, R., George, M., Kumpiene, G., Yell, M., McCartney, E. D., & Weist, M. D. (2020). Relational Factors Influencing Parents' Engagement in Special Education for High School Youth with Emotional/Behavioral Problems. *Behavioral Disorders*, 0198742919883276.
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric

- analyses. *Journal of Clinical Psychology*. First published: 23 January 2020.
- Chen, Y. L., Chen, W. J., Lin, K. C., Shen, L. J., & Gau, S. S. F. (2020). Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179.
- Fortes, I. S., Paula, C. S., Oliveira, M. C., Bordin, I. A., de Jesus Mari, J., & Rohde, L. A. (2016). A cross-sectional study to assess the prevalence of DSM-5 specific learning disorders in representative school samples from the second to sixth grade in Brazil. *European child & adolescent psychiatry*, 25(2), 195-207.
- Granqvist, P., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2020). *An attachment theory perspective on religion and spirituality*. In *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism* (pp. 175-186). Academic Press.
- Hendrickx, G., De Roeck, V., Maras, A., Dieleman, G., Gerritsen, S., Purper-Ouakil, D., & Street, C. (2020). Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bulletin*, 1-6.
- Hines, E. M., Moore III, J. L., Maves, R. D., Harris, P. C., Vega, D., Robinson, D. V., ... & Jackson, C. E. (2020). Making student achievement a priority: The role of school counselors in turnaround schools. *Urban Education*, 55(2), 216-237.
- Horbach, J., Mayer, A., Scharke, W., Heim, S., & Günther, T. (2020). Development of behavior problems in children with and without specific learning disorders in reading and spelling from kindergarten to fifth grade. *Scientific Studies of Reading*, 24(1), 57-71.
- Koehlin, H., Donado, C., Berde, C. B., & Kossowsky, J. (2018). Effects of childhood life events on adjustment problems in adolescence: a longitudinal study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(8), 629-641.
- Li, M. (2020). Effect of Maslow's Hierarchy of Needs Theory on Psychotherapy of Patients with Depression. *Investigación Clínica*, 61(1).
- Magnin, E. & Maurs, C. (2017). Attention deficit/ hyperactivity disorder during adulthood. *Reviwe Neurologique*. 173(7-8): 506-515.
- Margolis, A. E., Broitman, J., Davis, J. M., Alexander, L., Hamilton, A., Liao, Z., & Merikangas, K. (2020). Estimated prevalence of nonverbal learning disability among North American children and adolescents. *JAMA network open*, 3(4), e202551-e202551.
- Matsuura, M., Okubo, Y., Toru, M., Kojima, T., He, Y., Shen, Y., & Lee, C. K. (1993). A cross-national EEG study of children with emotional and behavioral problems: a WHO collaborative study in the Western Pacific Region. *Biological psychiatry*, 34(1-2), 59-65.

- Merrill, B. M., Molina, B. S., Coxe, S., Gnagy, E. M., Altszuler, A. R., Macphee, F. L., & Pelham, W. E. (2020). Functional outcomes of young adults with childhood adhd: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(2), 215-228.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(1), 1-17.
- Park, S. C., & Park, Y. C. (2020). Korea in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Korean Medical Science*, 35(2), e6.
- Rockville, Jun (2016). *DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance (SED)*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); [Internet].
- Saito, M., Hirota, T., Sakamoto, Y., Adachi, M., Takahashi, M., Osato-Kaneda, A., & Nakamura, K. (2020). Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular autism*, 11(1), 1-9.
- Sekaran, V. C., Kamath, V. G., Ashok, L., Kamath, A., Hegde, A. P., & Devaramane, V. (2020). Parenting attitudes and dimensions as predictors of adolescent behavioural problems in the Indian context: A community-based study. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101941.
- Senol, V., Unalan, D., Akca, R. P., & Basturk, M. (2018). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity and other disruptive behaviour disorder symptoms among primary school-age children in Kayseri, Turkey. *Journal of International Medical Research*, 46(1), 122-134.
- Seyedi, M., Rasa, A. R., Javadipour, S., & Zareei, H. (2020). Comparing selective visual attention in children with learning disabilities and normal children. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research/ Oct-Dec, 10(S4)*, 79.
- Somma, A., Carlotta, D., Boni, F., Arlotta, E., Masci, E., Busso, S., & Fossati, A. (2019). Reliability and validity of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version (SCID-5-CV) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Criteria: preliminary evidence from a sample of 217 Italian adolescents. *Cited in: EMBASE-Excerpta Medica Database Index Copernicus PsycINFO SCOPUS Google Scholar Emerging Sources Citation Index (ESCI), a new edition of Web of Science*, 3.
- Tandon, M., & Pergjika, A. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 523-538.
- Urban, J. R. (2020). Attachment Theory and Its Relationship with Anxiety. *The Kabod*, 6(2), 2.
- Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2020). Research review: A meta-analysis of the international

- prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). Child and youth mental disorders: prevalence and evidence-based interventions. *Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University*.
- Whitcomb, S. A. (2013). Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents. Routledge. Available on: <https://www.amazon.com>.
- Willcut, E. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. A Meta- Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490- 499.
- Winnicott, D. W. (2019). Attachment Theory. *Key Concepts in Mental Health*, 10, 421-8. Winnicott, D. W. (2019). Attachment Theory. *Key Concepts in Mental Health*, 10, 421-8.
- Yousefi, F., Shahvesi, S., Shahvesi, M., & Servatyari, K. (2020). The prevalence of oppositional defiant disorder and related factors among students of primary schools in Sanandaj in 2014. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(1), 117-125.
- Zhang, N., Lee, S. K., Zhang, J., Piehler, T., & Gewirtz, A. (2020). Growth trajectories of parental emotion socialization and child adjustment following a military parenting intervention: A randomized controlled trial. *Developmental psychology*, 56(3), 652.

