

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی

حسن جعفری^۱، سمانه محمد پور^۲، عزت اله قدم پور^۳، مسلم قبادیان^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۴/۲۸

چکیده

تشخیص و ارزیابی بدرفتاری روان‌شناختی، یک فرآیند بسیار مهم و دشوار در روان‌شناسی بالینی و تربیتی است، زیرا این پدیده نتایج رفتاری و روان‌شناختی متعددی بر قربانیان دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی در ایران بود. روش پژوهش حاضر توصیفی-پیمایشی بود. در این مطالعه ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق شهرستان خرم‌آباد از آبان تا اسفند ماه سال ۱۳۹۳ به روش دردسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24) و مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری (CASRS) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل عاملی تاییدی به روش مولفه‌های اصلی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی از پایایی و روایی لازم برخوردار بود. همچنین، ساختار عاملی نشان داد که ۲۳ ماده و ۵ عامل به خوبی بدرفتاری روان‌شناختی را ارزیابی می‌کنند. بنابراین، با توجه به این که پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی ابزار مناسبی برای ارزیابی و اندازه‌گیری سابقه بدرفتاری روان‌شناختی در دوران کودکی است، می‌توان پیشنهاد داد که از این پرسشنامه در پژوهش‌های شیوع‌شناسی در رابطه با بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی و غربال‌گری‌های بالینی استفاده گردد.

واژگان کلیدی: بدرفتاری روان‌شناختی، ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی

۱. دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه فرهنگیان (نویسنده مسئول) h.jafari2021@gmail.com

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۴. استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان

مقدمه

تقریباً ۷۰ درصد از ۱ میلیون گزارش تایید شده در رابطه با بدرفتاری کودکان از نوع روان-شناختی یا غفلت یا هر دو آن‌هاست (نش، هایس-سکلتون و دیلیلو، ۲۰۱۲) و با وجود اینکه پژوهشگران معتقد هستند این نوع بدرفتاری در مقایسه با اشکال دیگر، اثرات منفی بیشتر و بلندمدت‌تری را به دنبال دارد، پژوهش‌های بسیار کمی بر این نوع بدرفتاری متمرکز بوده است (چافین^۲، ۲۰۰۶). یکی از علل عمده عدم وجود مبانی نظری و پژوهشی در رابطه با این متغیر مهم، دشواری تعریف بدرفتاری روان‌شناختی است که مانع برآورد میزان شیوع و مطالعات پژوهشی شده است (نش، هایس-سکلتون و دیلیلو، ۲۰۱۲).

به طور کلی، سوءرفتار با کودکان^۳ عبارت است از انجام هر عملی در مورد کودک و یا غفلت از وی که منجر به صدمه قابل ملاحظه جسمانی یا روان‌شناختی گردد و یا آسیب جدی کودک را تهدید کند (پاور^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) و شامل چهار نوع آزار جسمی^۵، جنسی^۶، هیجانی^۷ و مسامحه در مورد کودک^۸ می‌باشد (هگر و رانتز^۹، ۲۰۱۲). تعریف بدرفتاری‌های روان‌شناختی بسیار دشوار است و شامل استفاده بیش از حد تهدیدهای کلامی، ریشخند کردن، عبارت‌های تحقیرآمیز، نکوهش و تهدید علیه کودک می‌باشد تا جایی که سلامت روانی وی به خطر افتد (کوآتس و مسمن-مور^{۱۰}، ۲۰۱۴) و احساس ناخواسته^{۱۱} بودن و بی‌ارزشی^{۱۲}، دوست داشتنی نبودن یا این احساس که من تنها زمانی که نیازهای دیگران را رفع کنم ارزشمند هستم را به کودک منتقل می‌کند (گوکمن^{۱۳}، ۲۰۱۵). برای بدرفتاری روان‌شناختی^{۱۴} زیر گروه^{۱۴} تعریف شده است که شامل الف) عدم

1. Nash, Hayes-Skelton & Dillillo
2. Chaffin
3. child maltreatment
4. Power
5. physical abuse
6. sexual abuse
7. emotional abuse
8. neglect child
9. Hager & Runtz
10. Coates & Messman-Moore
11. unwanted
12. worthless
13. Gokmen
14. subtypes

پاسخگویی از نظر هیجانی/بی‌توجهی (آن دسته از رفتارهای مراقبت‌کننده که شامل نادیده انگاشتن تلاش‌های کودک و بی‌توجهی به تعامل‌هایی مانند ابراز محبت و عشق، مراقبت و یا اینکه هنگام تعامل با کودک هیچگونه هیجانی نداشتن)، ب) ترساندن/وحشت^۱ (رفتاری‌های مراقبت‌کننده که تهدیدآمیز هستند یا احتمال آسیب جسمانی، کشتن، رها کردن در جایی وجود دارد یا تهدید به اینکه افراد یا اشیایی که کودک دوست دارد مورد آسیب واقع خواهند شد) ج) غیراخلاقی/صادقانه نبودن^۲ (آن دسته از رفتاری‌های مراقبت‌کننده که کودک را تشویق به انجام رفتارهای نامناسب مانند رفتارهای خودتخریبی، ضداجتماعی، مجرمانه و جنایی و دیگر رفتارهای ناسازگارانه می‌کند)، د) منزوی‌سازی^۳ (رفتاری‌های مراقبت‌کننده که به طور مداوم فرصت‌های کودک را برای رفع نیاز به ارتباط و تعامل با دیگر همسالان یا بزرگسالان در داخل یا خارج از منزل را نایده می‌گیرد)، ه) پرتوقع/انعطاف‌ناپذیر بودن^۴ یا طرد خصمانه/تحقیر^۵ (تمام رفتارهای کلامی و غیر کلامی مراقبت‌کننده که کودک را طرد یا تحقیر می‌کند) و بی‌توجهی روانی، سلامتی و آموزشی^۶ (رفتارهای بی‌جا^۷ و نامناسب مراقبت‌کننده که درمان‌های لازم برای سلامت جسمانی، روانی یا مشکلات آموزشی کودک را فراهم نمی‌کند یا نایده گرفتن، اجازه ندادن و فراهم نکردن آموزش‌های اساسی مورد نیاز برای کودک) می‌باشد (پاول و اکنرود^۸، ۲۰۱۵؛ نش، هایس-سکلتون و دیلیلو، ۲۰۱۲؛ بریر، گودبات و رانتز^۹، ۲۰۱۲).

گاهی رفتارهای مراقبت‌کنندگان در چند زیر گروه قرار می‌گیرد و صرفاً مربوط به یک زیر گروه نیست. به عنوان مثال رفتار منزوی‌سازی خاصی (مانند گذاشتن کودک در فضای کوچک تاریکی) می‌تواند وحشت‌آور نیز باشد یا زمانی که کودک را تهدید می‌کنند که وی را در جایی ناشناس رها می‌کنند، ممکن است منجر به وحشت نیز گردد (نش، هایس-سکلتون و دیلیلو، ۲۰۱۲). بنابراین، یکی از چالش‌های عمده در مطالعه

1. terrorizing
2. exploiting or corrupting
3. isolating
4. demanding/rigid
5. degradation
6. mental, health, and educational neglect
7. unwarranted
8. Paul & Eckenrode
9. Briere, Godbout & Runtz

بدرفتاری روان‌شناختی دشواری در تعریف و اندازه‌گیری اعمال و رفتاری است که این نوع از آزار را شکل می‌دهند. بیکر^۱ (۲۰۰۹) طیف وسیعی از تعاریف حقوقی، مفهومی و عملیاتی که امروزه استفاده می‌شود را به کار برد. به این صورت که در مقایسه با سواستفاده‌های جنسی و جسمی، بدرفتاری روان‌شناختی به الگوی رفتاری مراقبت‌کننده شامل فقدان اعمال مورد نیاز اشاره دارد. همین امر که بدرفتاری به اعمال مراقبت‌کننده مربوط می‌شود منجر به دشواری تعریف عملیاتی بدرفتاری روان‌شناختی می‌گردد؛ در صورتی که مسائل و موضوعات مربوط به مفهوم‌سازی و اندازه‌گیری بدرفتاری روان‌شناختی شناخته شده است. به عبارت دیگر، اهمیت ارزیابی زیرگروه‌های بدرفتاری روان‌شناختی از طریق پژوهش‌هایی که پیامدهای بالینی اشکال مختلف بدرفتاری را بررسی می‌کردند، متمایز شد (نش، هیس-سکلتون و دیلیلو، ۲۰۱۲).

بدرفتاری روان‌شناختی، فرد را به طور کلی مستعد آسیب‌پذیری‌های متعددی می‌سازد و هسته مرکزی همه انواع بدرفتاری‌ها محسوب می‌گردد که پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت متعددی را به دنبال دارد (گوکمن، ۲۰۱۵). اثرات کوتاه‌مدت، این نوع بدرفتاری مشکلاتی مانند افسردگی، مشکلات یادگیری، بزهکاری، اختلال در تنظیم هیجانات و مشکلات بین فردی (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴) و اثرات بلندمدت آن مشکلات متعدد روان‌شناختی در بزرگسالی شامل افسردگی، اضطراب، علائم PTSD، تمایل به خودکشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اعتمادبه‌نفس پایین، بازداری هیجانی، اجتناب هیجانی و تعارضات بین فردی می‌باشد (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴؛ گوکمن، ۲۰۱۵). با این وجود، برخی از پژوهشگران معتقدند که بدرفتاری‌های روان‌شناختی بیشترین ارتباط را با افسردگی در بزرگسالی دارند (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). به عنوان مثال الویی^۲ و همکاران (۲۰۰۶): به نقل از محمدپور، نظری و فرهادی، (۱۳۹۵) در مرور پیشینه‌ی پژوهش‌های انجام گرفته در رابطه با سوءاستفاده‌های کودکانه نتیجه گرفتند که بدرفتاری‌های روان‌شناختی کودکانه در مقایسه با سواستفاده‌های جسمانی و جنسی بیشترین ارتباط را با افسردگی دارند.

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی با عود مکرر و بار تحمیلی بسیار بالا برای مبتلایان می‌باشد (گادفرین و هرینجر^۳، ۲۰۱۰). افسردگی هم‌اکنون یک مشکل

1. Baker
2. Alloy
3. Godfrin & Heeringen

رایج سلامتی است که بعد از بیماری‌های قلبی و تنفسی، به عنوان سومین عامل عمده ناتوانی رتبه‌بندی شده است (ابراهیم و همکاران، ۲۰۱۳) و طبق آمار سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین بیماری مهلک باشد و علاوه بر اینکه تهدید جدی برای سلامت افراد محسوب می‌گردد، برای بخشی از جمعیت نیز هزینه‌های بسیار بالای درمانی را به دنبال دارد (امیدی و همکاران، ۱۳۹۲؛ به نقل از محمدپور، احمدی و نظری، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، اختلال افسردگی اساسی، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیار بالایی هم برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها و هم اجتماع را به دنبال دارد (کلاینین-یوباس، چو و کریدی، ۲۰۱۲). بنابراین، توجه به عواملی که انسان را مستعد ابتلا به این اختلال می‌سازد، حائز اهمیت فراوان است. همانطور که گفته شد یکی از عوامل مهم که افراد را در مقابل افسردگی مستعد می‌سازد، بدرفتاری روان‌شناختی است (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). با این وجود در بررسی پیشینه پژوهش‌های انجام شده در ایران، مطالعه‌ای یافت نشد که ابزار سنجش مشخص و اختصاصی برای اندازه‌گیری میزان بدرفتاری روان‌شناختی یا انواع زیرگروه‌های آن را معرفی کرده باشد.

از بین ابزارهای مورد بررسی در رابطه با بدرفتاری روان‌شناختی، هر یک از ماده‌های مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24) خصیصه‌های رفتاری خاصی را برای این نوع از کودک‌آزاری در نظر می‌گیرد که به شناسایی بهتر و سریع‌تر این نوع بدرفتاری بسیار کمک می‌نماید. همچنین، رویکرد موجود در این ابزار هم در زمینه نظری و هم تجربی دارای پیشینه مناسب و کافی است. بنابراین، از حالت‌های ذهنی‌تر دورتر شده و بیشتر بر معیارها و ملاک‌های عملی تاکید می‌کند. علاوه بر این، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24) برای تشخیص راحت وقوع بدرفتاری، ماده‌های جداگانه و متمایزی دارد که جنبه‌های مختلف تجربه بدرفتاری مانند رفتارهای تربیتی و فراوانی رفتارهای سواستفاده‌گرانه، شناسایی فرد مرتکب به بدرفتاری، سن شروع و خاتمه بدرفتاری، شیوه‌های اعمال اجبار و هرگونه صدمه و آسیب را مد نظر قرار می‌دهد (دیللو، هیز-سکلتن، فورتیر، پری، اوانز، مسمن-مور و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به ویژگی‌های مثبت

1. Klainin-Yobas, Cho & Creedy
2. DiLillo, Hayes-Skelton, Fortier, Perry, Evans & Messman-Moore

مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24) از این ابراز جهت رواسازی در ایران استفاده شد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی "پایایی، روایی و ساختار عاملی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی" انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق در شهرستان خرم‌آباد از آذر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه‌گیری به شیوه‌ی در دسترس انجام گرفت. برای محاسبه‌ی حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور استفاده شد که با در نظر گرفتن توان ۸۰ صدم، حجم نمونه حداقل ۲۷۰ نفر محاسبه شد. سپس، به منظور افزایش توان آماری و مدیریت افت احتمالی شرکت‌کنندگان نمونه‌ای به اندازه ۳۰۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس از این جامعه آماری انتخاب شد. به دلیل دقت زیاد در جمع‌آوری اطلاعات و حذف پرسشنامه‌هایی که با عجله پر می‌شد و یا پرسشنامه‌هایی که بیماران به دلیل خستگی از ادامه ارائه اطلاعات امتناع می‌ورزیدند؛ نمونه‌ی پژوهش حاضر دچار افت نشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص اختلال افسردگی اساسی براساس نظر روان‌پزشک و مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در مطالعه، تمایل به همکاری در تکمیل ابزارها، برخورداری از تعادل روان‌شناختی مناسب (بیمار مطابق نظر روان‌پزشک و روانشناس بالینی از هوشیاری لازم جهت پاسخگویی به سوالات برخوردار باشد) و همچنین دارای ثبات جسمی بودن (نداشتن علائم شدید جسمانی از جمله نداشتن کندی روانی-حرکتی) هنگام شرکت در مطالعه و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال بود. همچنین، در صورتی که بیمار مبتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی دیگر (مانند اختلالات سایکوتیک، سوءمصرف مواد، سایر اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی یا هر اختلال روان‌پزشکی دیگری که می‌توانند در نتیجه آزمون و مصاحبه تداخل کنند)، اختلال‌های شناختی، مشکل ذهنی، ضعف در کارکرد شناختی یا یک بیماری طبی بود یا تحت درمان‌های دیگری بود و یا در صورت وجود علائم حاد و شدید بیماری به گونه‌ای که مشارکت بیمار در مطالعه حاضر را دشوار یا تقریباً غیرممکن سازد، بیمار از مطالعه حذف می‌شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی^۱ (AMI-24) و مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری^۲ بود. نمونه‌برگ جمعیت‌شناختی بیمار که شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، میزان درآمد ماهانه و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و سابقه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی بیمار بود. این نمونه‌برگ توسط پژوهشگران در این مطالعه تهیه و مورد ارزیابی قرار گرفت.

مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24): یک ابزار خودگزارشی ۲۴ آیتمی گذشته‌نگر از حوادث مربوط به بدرفتاری‌های استرس‌زای گذشته می‌باشد. در ابتدا این مقیاس دارای ۵۷ سوال بوده است اما بعد به ۵ عامل اصلی تقلیل یافته است. پنج زیرمقیاس شامل عدم پاسخگویی از نظر هیجانی، طرد کردن/ ترساندن، غیراخلاقی/ غیرقانونی بودن، پرتوقع/ انعطاف‌ناپذیر بودن و منزوی‌سازی مورد سنجش قرار خواهد گرفت. پاسخ‌دهندگان در یک طیف ۵ نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ به آن پاسخ خواهند داد (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). آلفای همسانی درونی برای این مقیاس در بین دانشجویان بین ۹۰ تا ۹۶ صدم بوده است. در پژوهش کواتس و مسمن‌مور (۲۰۱۴) آلفای همسانی درونی برای مقیاس عدم پاسخگویی از نظر هیجانی ۹۱ صدم، برای مقیاس طرد کردن/ ترساندن ۸۰ صدم، برای مقیاس غیراخلاقی/صادقانه نبودن ۵۸ صدم و برای مقیاس پرتوقع/انعطاف‌ناپذیر ۷۰ صدم بود. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۸۹ صدم بود.

مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری (CASRS): مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری توسط محمدخانی، محمدی، نظری و صلواتی (۲۰۰۳) تهیه شده و دارای ۳۸ گویه است. این مقیاس دامنه‌ای از آزار جنسی تا آزار عاطفی و جو منفی خانه، آزار جسمی و بی‌توجهی نسبت به کودک را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. ۸ سوال این مقیاس آزار جسمی (شامل سوال‌های ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳)، ۵ سوال برای آزار جنسی (شامل سوال‌های ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸)، ۱۴ سوال برای آزار عاطفی (شامل سوال‌های ۱ تا ۱۴) و ۱۱ سوال برای بی‌توجهی و غفلت (شامل سوال‌های ۱۵ تا ۲۵) در نظر

1. assisted maltreatment inventory
2. child abuse self-report scale

گرفته شده است. سوالات این مقیاس براساس درجه‌بندی لیکرت در مقیاس ۴ گزینه‌ای با واژه هرگز بیانگر نبود آزار، گاهی اوقات، اکثر اوقات و همیشه که بیانگر وجود مداوم آزار درجه‌بندی شده است. با توجه به این امر که این مقیاس ۴ زیرمقیاس را می‌سنجد (آزار جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) در پایان ۴ نمره مربوط به هر خرده مقیاس نیز تعیین می‌شود. گویه‌های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیرمقیاس غفلت و بی‌توجهی هستند، به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگزارشی کودک آزاری را برابر ۰/۹۲ به دست آوردند که نشان‌دهنده ضریب همسانی درونی بالای این مقیاس است. این ضرایب برای خرده مقیاس‌های عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ بوده و هم‌چنین تمامی ضرایب محاسبه شده در سطح ($P < 0/0001$) معنادار بود. ضرایب آلفا کرونباخ در پژوهش رستمی، عبدی و حیدری (۱۳۹۳) ۰/۸۰ به دست آمد و برای خرده مقیاس‌های آزار جنسی، جسمی، عاطفی و روانی و غفلت به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آمده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف-معیار، فراوانی و درصد فراوانی و شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل عاملی تاییدی^۱ به روش مولفه‌های اصلی^۲ با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

نتایج پژوهش

نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، با میانگین و انحراف معیار سن $32/61 \pm 7/45$ بود. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه شامل گروه‌های سنی، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول (شماره ۱) ارائه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	درصد فراوانی
سن	۱۸ تا ۲۵ سال	۶۵	۲۱/۷
	۲۶ تا ۳۰ سال	۶۴	۲۱/۳
	۳۱ تا ۳۵ سال	۷۰	۲۳/۳

1. confirmatory factor analysis
2. principal component

۱۷	۵۱	۳۶ تا ۴۰ سال	
۱۶/۷	۵۰	۴۱ تا ۴۵ سال	
۴۴/۳	۱۳۳	مرد	جنسیت
۵۵/۷	۱۶۷	زن	
۸/۳	۲۵	بی‌سواد	میزان تحصیلات
۱۱	۳۳	ابتدایی	
۱۳/۶	۴۱	سیکل	
۳۰/۷	۹۲	دیپلم	
۱۹/۷	۵۹	فوق دیپلم	
۱۳/۳	۴۰	لیسانس	
۳/۳	۱۰	فوق لیسانس و بالاتر	
۱۹/۷	۵۹	کارمند	شغل
۲۴/۷	۷۴	آزاد	
۴۰/۷	۱۲۲	خانه‌دار	
۶/۳	۱۹	شاغل به تحصیل	
۸/۷	۲۶	بیکار	وضعیت تاهل
۲۵/۳	۷۶	مجرد	
۷۱/۷	۲۱۵	متاهل	
۲	۶	مطلقه	
۱	۳	همسر فوت شده	وضعیت اقتصادی
۳۴/۷	۱۰۴	ضعیف	
۳۳	۹۹	متوسط	
۲۸/۷	۸۶	خوب	
۳/۷	۱۱	خیلی خوب	

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف معیار کل
۱	نمره کل بدر رفتاری روان‌شناختی	۷۲/۶۶	۱۴/۲۳
۲	عدم پاسخگویی هیجانی	۲۲/۳۷	۵/۵۵
۳	ترس‌اندن و وحشت	۲۰/۸۲	۵/۸۸
۴	غیر اخلاقی و غیر قانونی بودن	۱۲/۵۰	۴/۰۹
۵	پرتوقع و سخت‌گیری	۱۰/۴۴	۴/۴۳
۶	منزوی‌سازی	۶/۵۳	۲/۷۹
۷	کودک‌آزاری روان‌شناختی	۲۷/۹۶	۱۰/۱۶

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره کل بدرفتاری روان‌شناختی و مولفه‌های آن و همچنین مولفه کودک‌آزاری روان‌شناختی از مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری (CASRS) نشان داده شده است. در جدول ۳ تعداد ماده‌ها و ضریب آلفای کرونباخ هر یک از مولفه‌های مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۳. تعداد ماده‌ها و ضریب آلفای کرونباخ هر یک از مولفه‌های مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی

مولفه‌ها	تعداد پرسشنامه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ
عدم پاسخگویی هیجانی	۶	۰/۸۶۹
طرد کردن/ ترساندن	۶	۰/۸۰۴
غیراخلاقی/ غیر قانونی	۴	۰/۸۴۵
پرتوقع/ انعطاف‌ناپذیر بودن	۴	۰/۷۷۱
منزوی‌سازی	۴	۰/۹۱۶

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، تمام مولفه‌های مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی از پایایی مناسب برخوردار هستند. لذا با توجه به برخورداری از پایایی لازم در ادامه برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری، تحلیل عاملی تاییدی به روش مولفه‌های اصلی استفاده شد. برای بررسی داده‌ها و کفایت نمونه از آزمون‌های بارلت^۱ و کایزر^۲ استفاده گردید. پس از تعیین عامل‌ها، سهم هر کدام از این عامل‌ها (مولفه‌ها) از تبیین کل واریانس مشخص شد، برای چرخش عامل‌ها، از روش واریماکس (متعامد)^۳ استفاده و ماتریس عامل‌های چرخش یافته تشکیل شد، در این ماتریس براساس همبستگی هر سوال با عامل (بار عاملی)، سوالات در قالب مولفه‌ها دسته‌بندی شده‌اند.

1. bartlett's test of sphericity
2. kaiser-meyer-olkin (KMO)
3. varimax

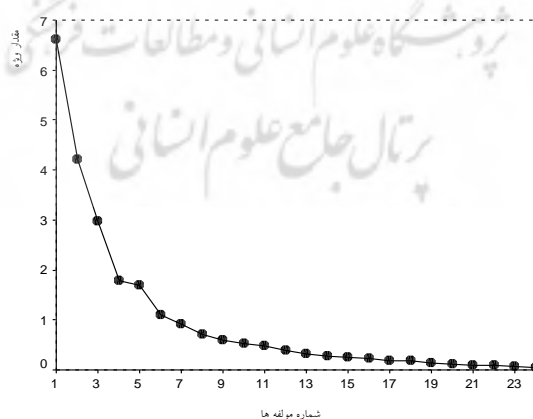
جدول ۴. نتایج آزمون KMO و بارتلت

۰/۷۷۵	آزمون کایزر-میر-اولکین	
۶۰۰۹/۴۱۴	آماره مجذور خی	
۲۷۶	درجه آزادی	آزمون بارتلت
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری	

بر اساس جدول ۴، مقدار محاسبه شده برای آماره KMO (۰/۷۷۵) بیشتر از ۰/۵ می‌باشد که بیانگر کفایت حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی است، از طرف دیگر مقدار محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت (۶۰۰۹/۴۱۴) نیز در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است ($P < ۰/۰۱$)، بنابراین توانایی عاملی بودن داده‌ها مورد تایید قرار می‌گیرد. در ادامه ماتریس تبیین کل واریانس عامل‌های استخراجی تشکیل گردید که نتایج آن در قالب جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. تبیین کل واریانس توسط عامل‌های استخراج شده

مؤلفه‌ها	مقادیر ویژه اولیه		مجموع مجذورات بارهای عاملی چرخش یافته		کل	مؤلفه‌ها
	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی		
۱	۲۷/۵۴۵	۲۷/۵۴۵	۱۷/۲۱۴	۱۷/۲۱۴	۴/۱۳۱	۱
۲	۱۷/۵۵۱	۴۵/۰۹۶	۱۷/۰۷۷	۳۴/۲۹۱	۴/۰۹۸	۲
۳	۱۲/۳۴۷	۵۷/۴۴۳	۱۶/۰۰۷	۵۰/۲۹۸	۳/۸۴۲	۳
۴	۷/۴۷۴	۶۴/۹۱۷	۱۱/۲۵۷	۶۱/۵۵۵	۲/۷۰۲	۴
۵	۷/۰۶۶	۷۱/۹۸۳	۱۰/۴۲۹	۷۱/۹۸۳	۲/۵۰۳	۵



نمودار ۱. مقادیر ویژه مربوط به مؤلفه‌های استخراج شده

همان طور که جدول ۵ و نمودار ۱ نشان می دهند، ۵ مولفه که مقدار ویژه آن ها بیشتر از یک است استخراج شده اند. این مولفه ها، در مجموع حدود ۷۲ درصد از کل واریانس مربوط به بدرفتاری روان شناختی را تبیین می کنند که در این بین بیشترین سهم را مولفه اول حدود ۱۷ درصد و کمترین سهم را عامل پنجم حدود ۱۰ درصد به خود اختصاص داده اند. در ادامه ماتریس عامل های چرخش یافته، تشکیل گردید که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. ماتریس عامل های چرخش یافته به روش واریماکس (متعامد)

مولفه ها									
مولفه منزوی سازی		مولفه پاسخگویی هیجانی		مولفه طرد کردن/ ترساندن		مولفه غیر اخلاقی/ غیر قانونی		مولفه پرتوقع/ انعطاف ناپذیری	
سوال	بارعاملی	سوال	بارعاملی	سوال	بارعاملی	سوال	بارعاملی	سوال	بارعاملی
سوال ۲۳	۰/۹۲۸	سوال ۴	۰/۸۴۸	سوال ۸	۰/۸۶۱	سوال ۱۴	۰/۸۸۲	سوال ۱۸	۰/۸۸۲
سوال ۲۲	۰/۹۲۰	سوال ۲	۰/۸۲۳	سوال ۱۰	۰/۸۵۰	سوال ۱۳	۰/۸۴۲	سوال ۱۷	۰/۸۷۹
سوال ۲۱	۰/۸۸۰	سوال ۵	۰/۸۲۲	سوال ۹	۰/۸۲۷	سوال ۱۵	۰/۸۱۹	سوال ۱۹	۰/۶۶۶
سوال ۲۴	۰/۸۳۳	سوال ۶	۰/۷۷۵	سوال ۷	۰/۷۹۲	سوال ۱۶	۰/۵۶۶		
سوال ۲۰	۰/۵۷۲	سوال ۳	۰/۷۷۴	سوال ۱۱	۰/۷۱۵				
		سوال ۱	۰/۷۱۳						

بر اساس اطلاعات جدول ۶، مولفه های بدرفتاری روان شناختی به ترتیب سهم آن ها در تبیین تغییرات بدرفتاری روان شناختی شامل ۱-منزوی سازی (۱۷/۳ درصد)، ۲- عدم پاسخگویی هیجانی (۱۷/۱ درصد)، ۳- طرد کردن/ ترساندن (۱۶ درصد)، ۴- غیر اخلاقی/ غیر قانونی (۱۱/۳ درصد) و ۵- انعطاف ناپذیر بودن (۱۰/۵ درصد) می باشند. هم چنین، لازم به ذکر است سوال ۱۲ که در مولفه طرد کردن/ ترساندن قرار داشت حذف شده و سوال ۲۰ از مولفه پرتوقع/ انعطاف ناپذیری خارج شده و وارد مولفه منزوی سازی شد.

جدول ۷. ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی و مقیاس خودگزارشی

کودک‌آزاری	
مقادیر	آماره‌ها
۰/۷۴۶**	ضریب همبستگی پیرسون
۳۰۰	تعداد
۰/۰۰۱	سطح معنی‌داری

**P < /

همان‌طور که در جدول ۷ نشان داده شده است، ضریب همبستگی بین نمره‌های مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی با مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری (CASRS) در سطح $P < ۰/۰۰۱$ ، $P < ۰/۷۴۶$ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پایایی، روایی و ساختار عاملی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی انجام شد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ۲۴ سوالی بدرفتاری روان‌شناختی نشان داد که ثبات درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای مولفه عدم پاسخگویی هیجانی ۰/۸۷، طرد کردن و ترساندن ۰/۸۰، غیراخلاقی و غیرقانونی ۰/۸۴، پرتوقع/انعطاف‌ناپذیر بودن ۰/۷۷ و منزوی‌سازی ۰/۹۲ بود. آلفای کرونباخ به دست آمده با مطالعات قبلی انجام شده (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴؛ نش، هایس-سکلتن و دیلیوو، ۲۰۱۲؛ دیلیوو، هیز-سکلتن، فورتیر، پری، اوانز، مسمن-مور و همکاران، ۲۰۱۰) همخوان است. تحلیل عاملی مولفه‌های اساسی، ۵ عامل که مولفه‌های اصلی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی هستند را استخراج نمود که با پژوهش نش، هایس-سکلتن و دیلیوو (۲۰۱۲) همخوان است.

روایی ملاکی همزمان مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی از طریق همبستگی با مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری تعیین شد. نتایج جدول ۷ شاخص‌های روایی همزمان آزمون را نشان می‌دهد. همبستگی بین مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی با مقیاس خودگزارشی کودک‌آزاری در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنادار بود. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی را برای جمعیت بالینی ایران نسخه معتبر معرفی می‌نماید.

از آنجایی که روش تحلیل عوامل یکی از روش‌های تعیین روایی سازه‌ای^۱ پرسشنامه‌هاست (ابراهیمی و موسوی، ۱۳۹۲) و از سوی دیگر تحلیل عوامل مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی و شناخت مولفه‌های اصلی آن می‌تواند پژوهشگران را در ایجاد و توسعه طرح‌های زمینه‌ای در جهت شناسایی شیوع و بروز این مشکل و سپس راه‌های درمانی موثرتر یاری نماید، تحلیل عوامل انجام شد که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ منعکس شده است. تحلیلی عوامل، پنج عامل را برای مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی شناسایی کرد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کوتاس و مسمن‌مور (۲۰۱۴) و نش، هایس-سکلتون و دیلیلوو (۲۰۱۲) همخوان است.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، مقیاس بدرفتاری روان‌شناختی (AMI-24) واجد کیفیت‌های مطلوب روان‌سنجی است و برای ارزیابی سابقه بدرفتاری روان‌شناختی در دوران کودکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی استان لرستان و احتمالاً ایران مقیاس مناسبی است. این مقیاس کوتاه و در عین حال واجد ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب به خوبی می‌تواند شیوع بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی را در جمعیت ایرانی ارزیابی نماید.

منابع

- رستمی، مهدی، عبدی، منصور و حیدری، حسن. (۱۳۹۳). بررسی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با بخشش خانواده اصلی و خانواده فعلی در افراد متأهل. *اندیشه و رفتار*. ۸ (۳۲): ۷۶-۸۸.
- ابراهیمی، امرله و موسوی، سیدغفور. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۲ (۵): ۲۰-۲۸.
- محمدپور، سمانه، نظری، هدایت و فرهادی، علی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی: نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران*. ۲۶ (۱۳۶): ۸۵-۹۵.

- Briere, J., Godbout, N & Runtz, M. (2012). The Psychological Maltreatment Review (PMR): Initial Reliability and Association with Insecure Attachment in Adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 21: 300-320.
- Chaffin, M. (2006). The changing focus of child maltreatment research and practice within psychology. *Journal of Social Issues*, 62, 663° 684.
- Coates, A. A & Messman-Moore, L. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse Neglect*. 38: 103° 113.
- Godfrin, K.A & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 48(8): 738-46.
- Gokmen, A. (2015). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*. 52: 200-209.
- DiLillo, D.K., Hayes-Skelton, S.A., Fortier, M.A., Perry, A.R., Evans, S.E. Messman-Moore, T.L. et al. (2010). Development and Initial Psychometric Properties of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI): A Comprehensive Self-Report Measure of Child Maltreatment History. *Child Abuse & Neglect*. 34: 305-317.
- Hager, A.D & Runtz, M.G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse Neglect*. 36: 393° 403.
- Ibrahim, A.K., Kelly, S.J., Adams, C.E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res*. 47(3): 391-400.
- Klainin-Yobas, P., Cho, M.A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 49: 109° 121.
- Mohamad khani, P., Mohammadi, M., Nazari, M., & Salavati M. (2003). Preparation, Validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) Students in Iran. *International Journal of the Islamic Republic of Iran*. Volume 17 Issue 1. 2003; P 26-38.
- Nash, C.L., Hayes-Skelton, S.A & Dillillo, D. (2012). Reliability and Factor Structure of the Psychological Maltreatment and Neglect Scales of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI). *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 21 (5), 583-607.
- Paul, E & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*. 47: 38-47.
- Power, R.A., Lecky-Thompson, L., Fisher, H.L, Cohen-Woods, S., Hosang, G.M., Uher C, et al. (2013). The interaction between child maltreatment, adult stressful life events and the 5-HTTLPR in major depression. *Journal Psychiatry Res.*; 47: 1032-1035.