

## Preliminary Version of Psychological Problems Scale- Teacher Form: Development and Psychometric Evaluation

Saeed Akbari Zardkhaneh<sup>\*1</sup>, Ali-Mohammad Zanganeh<sup>2</sup>, Nader Mansour Kiaee<sup>3</sup>, Mojtaba Mahdavi<sup>4</sup>,  
Maryam Alebuieh<sup>5</sup>, Mohsen Jallalat-e-Danesh<sup>6</sup>, Einollah Taymouri<sup>7</sup>, Siyamak Tahmasebi Garmtani<sup>8</sup>

1. Assistant Professor, Department of Applied Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran
2. Ph.D. in Management, Preventive Department of Judicial System, Tehran, Iran
3. Ph.D. in Social Communications Sciences, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran
5. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
6. M.A. in International Law, Preventive Department of Judicial System, Tehran, Iran
7. Ph.D. Student of Educational Psychology, Faculty of Human Sciences, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran
8. Assistant Professor, Department of Preschool Education, Faculty of Human Sciences, University of Rehabilitation and Social Welfare Sciences, Tehran, Iran

Received: February 5, 2018

Accepted: August 25, 2018

### Abstract

**Background and Purpose:** Comprehensive screening for health is a major step in improving the delivery of services, so that school-based psychological services can focus on prevention, early intervention, and promotion, rather than treatment. The aim of present study was to develop a scale of mental health issues for children, based on DSM-5 model.

**Method:** The present study is descriptive in terms of data collection method. The statistical population of this study was composed of primary school teachers in Alborz, Kermanshah, Eastern Azerbaijan, Sistan and Baluchestan, Fars, and Khorasan Razavi. The sample included 219 teachers who were randomly selected.

**Results:** Item analysis showed that no items were omitted from the questionnaire. Factor analysis indicated that seven-factor structure with principal component analysis and equamax rotation which determine 40 percent of the variance, simplest and most appropriate structure for the data. In addition, all the subscale had good reliability which ranged between 0.67 (self-regulation) to 0.93 (academic achievement deficit).

**Conclusion:** In general, the results of this study indicate that considering the psychometric properties of the mental health scale of students in primary school, this tool can be used to study the students' behavioral and emotional problems in educational and clinical settings in Iranian population.

**Keywords:** Student, psychological problem, primary school, teacher, scale development

---

**Citation:** Akbari Zardkhaneh S, Zanganeh AM, Mansour Kiaee N, Mahdavi M, Alebuieh M, Jallalat-e-Danesh M, Taymouri E, Tahmasebi Garmtani S. Preliminary version of psychological problems scale- teacher form: Development and psychometric evaluation. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 1-13.

---

**\*Corresponding author:** Saeed Akbari Zardkhaneh, Assistant Professor, Department of Applied Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

Email: Akbari76ir@yahoo.com

Tel: (+98) 21-29905382

## نسخه معلم مقیاس مقدماتی مشکلات روان‌شناختی کودکان: ساخت و ارزیابی روان‌سنجی

سعید اکبری زردخانه\*<sup>۱</sup>، علی‌محمد زنگانه<sup>۲</sup>، نادر منصورکیایی<sup>۳</sup>، مجتبی مهدوی<sup>۴</sup>، مریم آل‌بویه<sup>۵</sup>، محسن جلالت‌دانش<sup>۶</sup>، عین‌الله طیموری<sup>۷</sup>، سیامک طهماسبی گرمتمانی<sup>۸</sup>

۱. استادیار گروه روان‌شناسی کاربردی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دکترای تخصصی مدیریت، معاونت پیشگیری قوه قضاییه، تهران، ایران

۳. دکترای علوم ارتباطات اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۵. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، ایران

۶. کارشناس ارشد حقوق بین‌الملل، معاونت پیشگیری قوه قضاییه، تهران، ایران

۷. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۸. استادیار گروه روان‌شناسی پیش‌دیپتانی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۰۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۱۶

### چکیده

**زمینه و هدف:** غربالگری جامع برای داشتن سلامت روان، گام بزرگی در بهسازی ارائه خدمات است، تا بدین وسیله، خدمات روان‌شناختی مدرسه‌محور، به جای تأکید بر درمان، بر پیشگیری، مداخله زودهنگام، و ارتقا، متمرکز باشد. هدف پژوهش کنونی طراحی مقیاسی برای ارزیابی سلامت روان‌شناختی کودکان بر اساس گزارش معلمان و مبتنی بر نظام نشانه‌شناسی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی است.

**روش:** پژوهش حاضر به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی است و جامعه آن معلمان مدارس ابتدایی استان‌های البرز، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، فارس، و خراسان رضوی بودند. نمونه پژوهش حاضر، ۲۱۹ نفر بود که به صورت تصادفی انتخاب شدند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل گویه‌ها برای ۱۱۲ گویه حاکی از آن بود که تمام گویه‌ها کفایت لازم برای حضور در مقیاس را دارند. نتایج تحلیل عاملی نشان داد ساختار هفت مؤلفه‌ای بر اساس تحلیل مؤلفه اصلی و روش ایکوامکس که در مجموع ۴۰ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای این داده‌ها است. افزون بر آن، خرده‌مقیاس‌ها از ضرایب همگونی درونی مناسبی برخوردارند و دامنه آنها بین ۰/۶۷ (خودگردانی) تا ۰/۹۳ (نقص در انجام تکلیف) است. در نهایت ۶۴ گویه در هفت عامل، به‌عنوان ساختار نهایی در نظر گرفته شد.

**نتیجه‌گیری:** به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که با توجه به ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب مقیاس سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی، این ابزار برای بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان در مجموعه‌های آموزشی، درمانی، و محیط‌های بالینی در جامعه ایرانی، قابل استفاده است.

**کلیدواژه‌ها:** دانش‌آموز، مشکلات روان‌شناختی، مقطع ابتدایی، معلم، ابزارسازی

\***نویسنده مسئول:** سعید اکبری زردخانه، استادیار گروه روان‌شناسی کاربردی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تلف: ۰۲۱-۲۹۹۰۵۳۸۲

اسما: Akbari76ir@yahoo.com

## مقدمه

بدیهی است در هر جامعه‌ای سلامت روان کودکان و نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمانی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. وجود اختلالات رفتاری و هیجانی در دوره کودکی مسئله مهمی است، زیرا تجربه‌های نخستین زندگی، بنیان سلامت روانی افراد را در بزرگسالی پی‌ریزی می‌کنند (۱). مشکلات هیجانی-رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی، و قومی تفاوت داشته باشد؛ به طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازش‌یافتگی فردی، رفتار در کلاس، و سازش‌یافتگی در محیط کار نیز تأثیر منفی بگذارد (۲).

در پژوهشی فانتی و هنریچ (۳) نشان داد که رفتارهایی مانند انزواجویی، کناره‌گیری، افسردگی، و شکایات جسمانی که جزو مشکلات رفتاری درون‌نمود<sup>۱</sup> هستند، پس از سال دوم مدرسه به تدریج افزایش می‌یابند و در سال پنجم و ششم به میزان قابل توجه و نگران‌کننده‌ای می‌شوند. این اختلالات بر اساس داده‌های حاصل از منابع مختلف در مورد کارکردهای هیجانی یا رفتاری فرد، شناسایی می‌شوند و باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آنها مدرسه است بروز کنند. اغلب کودکان و نوجوانان با اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدر رفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد؛ در واقع، اختلالات رفتاری هیجانی می‌تواند مشکلات تحصیلی متعددی برای دانش‌آموزان ایجاد کند (۴).

فورتن، لزارت و مارکوت (۵) سطح پایین تطابق دانش‌آموزان دارای مشکل رفتاری، فقدان احترام به قوانین، و خودداری آنان از پذیرش درخواست معلمان را، در سوق

دادن آنان به سمت تعارض و مسئولیت‌گریزی و در نهایت ترک تحصیل مؤثر می‌دانند. استفان و میکلا (۶) نیز رفتارهای سازش‌نیافته از قبیل نافرمانی و پرخاشگری را که در طول سال‌های پیش‌دبستانی آشکار می‌شوند، در معرض سوق یافتن به سمت اختلالات ارتباطی دانسته و معتقدند که این افراد رفتارهایی از قبیل بزهکاری، افت تحصیلی، سوءاستفاده از مواد، و یا طرد از سوی همسالان را تجربه خواهند کرد. از طرفی پژوهش‌های همه‌گیرشناختی، در مورد مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد که بیشتر بزرگسالان ضداجتماع، تاریخچه‌های طولانی از مشکلات رفتاری در دوران کودکی داشته‌اند. رفتارهای بزهکارانه جدی، در حدود ۷ سالگی شروع می‌شود و شناسایی و درمان زودهنگام این اختلال می‌تواند در پیشگیری از پیدایش اختلالات در بزرگسالی مؤثر باشد (۷).

در مطالعه‌ای در کشور انگلستان شیوع مشکلات رفتاری در سنین مدرسه ۸/۶ درصد و در سنین نوجوانی حدود ۹ درصد گزارش شده است (۸). در آمریکا بر اساس ملاک‌های نسخه چهارم درس‌نامه آماری و تشخیصی مشکلات روان‌شناختی، ۷ الی ۱۲ میلیون کودک مبتلا به مشکلات عاطفی و رفتاری هستند (۹).

یک موضوع مشترک در تمامی مطالعات ذکر شده وجود دارد و آن نیاز به شناسایی زودهنگام مشکلات سلامت روانی در کودکان است. در گزارش اجلاس سرجن جنرال<sup>۲</sup> (۱۰) درباره بهداشت روانی کودکان، نیاز به غربالگری و شناسایی زودهنگام کودکان در درون سیستم‌های خدمات کلیدی، مطرح شده است و ساخت یک سیستم اندازه‌گیری همگانی برای کلیه بخش‌های خدمات‌رسانی اصلی، الزامی دانسته شده است. همچنین تأکید شد که لازم است این اندازه‌گیری متناسب با سن، فرهنگ و جنسیت کودک و حساس به، (۱) شناسایی کودکان نیازمند به خدمات درمانی خاص، (۲) پیگیری

پیشرفت‌های کودک در طی درمان، و ۳) اندازه‌گیری نتایج درمانی باشد.

هستر و همکاران (۱۱) به این نتیجه رسیده‌اند که به نظر می‌رسد شناسایی و مداخله زودهنگام در دانش‌آموزان در معرض خطر اختلالات رفتاری و عاطفی، قدرتمندترین اقدام در جهت بهبود مشکلات مرتبط با کودکان در معرض خطر در تمام طول عمرشان باشد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند شناسایی و درمان زودهنگام کودکان، قبل از بروز مشکلات عاطفی و رفتاری آنها می‌تواند عوارض طولانی‌مدت اختلالات روانی مثل کاهش کلی هزینه‌های درمانی و به حداقل رسیدن آسیب‌های بلندمدت را به همراه داشته باشد. کودکی زمانی حیاتی برای شناسایی و جلوگیری از اختلالات روانی مزمن و همچنین ترویج رشد سالم است. برای انجام این مهم، کودکان در معرض خطر باید به دقت شناسایی شده و به سرعت به آنها خدمات لازم ارائه شود (۱۲).

غربالگری مشکلات روانی توسط سازمان‌های تخصصی همچون انجمن روان‌شناسی کودکان آمریکا اکیداً توصیه شده است و هزینه آن توسط سازمان کمک‌های پزشکی تأمین می‌شود (۱۳). غربال‌گری سلامت روانی در گستره مدرسه، گام اولیه ضروری برای یک فرایند تصمیم‌گیری داده-محور به‌منظور شناسایی کودکان در معرض خطر و ارزیابی رفتاری و عاطفی آنها است؛ به‌گونه‌ای که از طریق کاهش خطر و جلوگیری از بروز اختلالات تشخیصی، نتایج را به شکل قابل‌ملاحظه‌ای بهبود می‌بخشد. این موضوع به‌ویژه در بافت مدارس که در آنها کودکان به‌عنوان یک جمعیت در دسترس هستند، صدق می‌کند (۱۴).

در این راستا غربال‌گری نظام‌مند اختلالات رفتاری<sup>۱</sup> روندی چندمرحله‌ای است که به‌منظور شناسایی آن دسته از کودکان مدارس ابتدایی توسعه داده شده است که در معرض خطر شدید مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود هستند. این

فرایند غربال‌گری شامل سه مرحله است. در مرحله اول از معلمان خواسته می‌شود تا دو «فهرست ۱۰ مورد برتر<sup>۲</sup>» را آماده کنند. یکی برای دانش‌آموزان دارای مشکلات درون‌نمود و دیگری برای دانش‌آموزان دارای مشکلات برون‌نمود. هر دانش‌آموزی که از حالت معمول مشخص شده تجاوز کند به مرحله بعدی می‌رود. در مرحله بعد دانش‌آموزانی که در پایان مرحله قبلی شناسایی شده‌اند، هم در کلاس و هم در زمین بازی، توسط یک متخصص آموزش‌دیده (اغلب یک متخصص رفتاری یا روان‌شناس مدرسه) مورد مشاهده قرار می‌گیرند. داده‌های مرتبط با مشارکت و رفتار اجتماعی به‌منظور تبیین نتایج مقایسه‌ای، رتبه‌بندی شده و برای کمک به تصمیم‌گیری در رابطه با مداخله یا ارجاع، ثبت می‌شوند. توسعه اولیه این ابزار منتج به ضرایب اعتبار<sup>۳</sup> بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ و ضرایب همگونی درونی بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ شد (۱۴). به‌علاوه والکر همکاران (۱۵) شواهد روایی لازم را برای این ابزار و روش جامع بر مبنای سوابق ثبت‌شده مدارس در رابطه با طبقه‌بندی‌های رفتار و تحصیلات استثنایی، ارائه کرده‌اند؛ با این حال اجرای این ابزار به مدت زمان طولانی در سه مرحله نیازمند است.

یکی دیگر از مقیاس‌های رایج برای غربالگری دانش‌آموزان، مقیاس غربال‌گری خطر دانش‌آموز<sup>۴</sup> با گزارش معلم است که به‌منظور شناسایی خطر مشکلات رفتاری کودکان در سن مهدکودک تا کلاس ششم، طراحی شده است. در رابطه با شواهد اعتبار، لین و همکاران (۱۶) مقیاس غربالگری خطر دانش‌آموزان و سیستم غربالگری اختلالات رفتاری را از مهدکودک تا کلاس سوم با یکدیگر مقایسه کرده‌اند. نتایج نشان داد این دو ابزار در شناسایی مشکلات برون‌نمود، عملکردی مشابه داشته اما در شناسایی کودکان دارای مشکلات درون‌نمود، عملکردی ضعیف داشتند. در مطالعات جدیدتر برای بالابردن توان مقیاس غربال‌گری خطر

1. Systematic screening for behavior disorders (SSBD)  
2. Top 10 Listings

3. Stability  
4. Student Risk Screening Scale (SRSS)

همپوشانی اختلالات در حیطه روان‌شناسی مرضی کودک در شناسایی کودکان با اختلالات کلی‌تر، بهتر عمل می‌کند. در مجموع این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این ابزار بهتر است که به‌عنوان یک شاخص سازش‌نیافتگی عمومی به کار رود. به‌علاوه لین، منزیز، اکز و کالبرگ (۲۰) با توجه به نرخ بالای منفی کاذب<sup>۵</sup> این آزمون، کاربرد آن را در برنامه‌های غربال‌گری همگانی، نگران‌کننده دانسته‌اند. در هر صورت با توجه به نواقص ابزارهای یاد شده، یکی از مشکلات اساسی بر سر راه پژوهشگران این حوزه، نبود ابزارهای استاندارد و مطابق با فرهنگ ایرانی و از طرفی نظام آموزشی کشور است که گاهی اوقات نتایج پژوهش‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. در همین راستا مطالعاتی که به ساخت و استانداردسازی ابزارهای مناسب با نظام و فرهنگ آموزشی جوامع می‌پردازند، دارای ارزش زیادی هستند و باید به آنها توجه ویژه‌ای شود؛ بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد تا ضمن طراحی مقیاسی برای ارزیابی سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان ابتدایی، به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن پردازد.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر به لحاظ هدف، جزء پژوهش‌های تحقیق و توسعه و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-پیمایشی است (۲۱). جامعه آماری در این پژوهش، معلمان دانش‌آموزان مدارس ابتدایی استان‌های البرز، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، فارس، و خراسان رضوی در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند. نمونه پژوهش حاضر، ۲۱۹ نفر از معلمان بودند که از چهار استان کرمانشاه، تبریز، فارس و خراسان و در مرحله دوم از دو شهرستان (یکی مرکز استان و دیگری یکی از شهرهای کم‌برخوردار) به‌صورت تصادفی و از بین فرهنگ‌های مختلف ایرانی انتخاب شدند. ۷۱/۳۶ درصد

دانش‌آموز در شناسایی مشکلات درون‌نمود، گویه‌هایی از آن را تغییر داده‌اند. با وجود این تغییرات، مطالعات اولیه تحلیل عاملی، نتایج امیدوارکننده‌ای ایجاد نکرده است (۱۴)، بنابراین این ابزار از توان لازم برای سنجش هم‌زمان مشکلات را ندارد. غربال‌گر خطر رفتار اجتماعی، تحصیلی و هیجانی<sup>۱</sup> یک ابزار غربال‌گری به شکل گزارش معلم است که سه حوزه را دربرمی‌گیرد: رفتار اجتماعی، رفتار تحصیلی، و رفتار عاطفی. این غربال‌گری برای دانش‌آموزان مهدکودک تا کلاس دوازدهم در نظر گرفته شده است. همسانی درونی مؤلفه‌ها به شکل مشابهی بالا هستند (بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴). این ابزار در سنجش رفتارهای هیجانی، چندان توفیقی نداشته است و همچنین درباره شواهد روایی پیش‌بینی آن مطالعات زیادی در دسترس نیست. زمانی که چند معلم مختلف رتبه‌بندی مشابهی از دانش‌آموزان داشته باشند، ارزیابی‌های اعتبار بین ارزیابان، پایین و بین ۰/۳۵ تا ۰/۵۱ به دست آمده است (۱۷).

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات<sup>۲</sup> (۱۸) نیز پرسشنامه‌ای برای ارزیابی مشکلات رفتاری، نارسایی توجه، فزون‌کنشی، مشکلات هیجانی، و سازش‌یافتگی با همسالان و رفتار اجتماعی است. این غربال‌گری می‌تواند توسط والدین یا معلمان کودکان ۴ تا ۱۶ ساله تکمیل شود. در کشورهای مختلف، مشاهده شده است که اعتبار همسانی درونی آن ۰/۷۶ و اعتبار آزمون-باز آزمون ۰/۹۶، به‌دست آمده است، اما همسانی درونی معیارهای انفرادی، به جزء معیار نارسایی توجه-فزون‌کنشی، سؤال برانگیز بوده‌اند؛ این نکته به‌ویژه در رابطه با مشکل با همسالان جدی‌تر است. گودمن، فورد، سایمونز، گتوارد و ملترز (۱۹) به این نتیجه رسیدند که حساسیت<sup>۳</sup> این ابزار متوسط و برابر ۰/۶۳، ولی اختصاصی بودن<sup>۴</sup> آن بالا و برابر ۰/۹۵ است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات با وجود این که برای شناسایی اختلالات خاص طراحی شده بود، به دلیل اختلال‌های هم‌زمان و نیز

3. Sensitivity  
4. Specificity  
5. False negative

1. Social Academic Emotional Behavioral Risk Scale (SAEBRS)  
2. The strengths and difficulties questionnaire (SDQ)

در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی به‌عنوان اولویت غربال‌گری انتخاب شد.

پس از نهایی‌شدن فهرست مشکلات آسیب‌های روان‌شناختی شایع در بین دانش‌آموزان، در این مرحله اقدام به شناسایی مؤلفه‌های الگو و استخراج نشانگرهای مربوط به هر یک از آنها شد. بدین منظور ده‌ها ابزار غربالگری برای جمع‌آوری گویه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. معیار برای انتخاب این ابزارها عبارت بود از: (۱) روایی و پایایی ابزارها، (۲) ضریب همبستگی گویه با مقیاس و (۳) ضریب همبستگی گویه با سایر گویه‌ها. تبدیل نشانگرها به مجموعه عبارت‌ها برای قرار دادن در ابزار، منجر به تهیه بانک سؤال‌ها شد. برای مقیاس مقدماتی سلامت روان‌شناختی کودکان-نسخه معلم، حدود ۱۹۰ گزاره برای نشانه‌های روان‌شناختی تولید شد. بررسی گزاره‌های تولیدشده برای ابزار در جمعی از متخصصان بالینی حوزه آسیب‌های روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی، منجر به برخی از اصلاحات در عبارت‌پردازی‌های<sup>۱</sup> گزاره‌ها و انتخاب ۱۸۲ گویه برای قرارگرفتن در نسخه پیش‌مقدماتی یکم مقیاس شد.

بررسی روایی صوری طی جلسات گروهی با معلمان استان‌های البرز و سیستان و بلوچستان (حدود ۲۰۰ نفر)، اصلاحاتی در نسخه پیش‌مقدماتی یکم صورت گرفت و در پایان نسخه پیش‌مقدماتی دوم با ۱۱۲ گویه، نهایی شد. هدف از این بخش، سنجش قابلیت درک و فهم گویه‌ها و متناسب‌سازی آن با ادبیات معلمان بود. به دلیل ایجاد تغییراتی در نسخه اولیه ابزار، جهت حصول اطمینان از حضور ساختار نظری و بالینی در ابزار و سنجش روایی محتوایی ابزار، از ده نفر از متخصصان حوزه آسیب‌های دوران مدرسه خواسته شد بررسی‌های لازم را در خصوص روایی محتوایی ابزار انجام دهند. نتیجه این گام نیز نشان از وجود همگرایی در نظر داوران برای مناسبت ابزار بود.

شرکت‌کنندگان را معلمان خانم، میانگین سنی ۴۱/۲۷ با انحراف استاندارد ۵/۶۵ سال، ۸۹/۴ درصد آنها متأهل و میانگین سابقه خدمت ایشان ۱۷/۱۰ با انحراف استاندارد ۸/۲۲ بود. این حجم از نمونه برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی از نظر کامری و لی (۲۲) مناسب است. ضمن توجه اهداف تحقیق، پرسشنامه‌ها در اختیار معلمان قرار داده شد و از آنها خواسته شد تا با توجه به اطلاعاتی که در دانش‌آموزان مربوطه در دست دارند، پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

**ب) روش اجرا:** پژوهش حاضر در راستای طرح پژوهشی ملی نظام مراقبت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) انجام شد. فرایند اجرایی این طرح در قالب ائتلافی با مشارکت دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، قوه قضاییه، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ریاست جمهوری اسلامی ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور، وزارت آموزش و پرورش جمهوری اسلامی ایران، کمیته امداد امام خمینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، و ستاد اجرایی فرمان حضرت امام، انجام شد. فرایند طی شده در این پژوهش از مراحل زیر گذشته است:

در وهله نخست، الگوی آسیب‌های روانی-اجتماعی شایع دانش‌آموزان کشور استخراج شد. بدین طریق که ابتدا پیشینه پژوهشی حوزه آسیب‌های دوران کودکی و مستندات گزارش‌شده از طرف سازمان بهزیستی پیرامون آسیب‌های روانی-اجتماعی دانش‌آموزان، بررسی شد. سپس با حدود ۱۰ نفر از متخصصان حوزه آسیب‌های روانی-اجتماعی کودکان، مصاحبه فردی شد و از آنها خواسته شد تا شایع‌ترین مشکلات کودکان را گزارش کنند. در انتها، با توجه به پیشینه پژوهشی حاضر و نظر متخصصان، هشت آسیب روان‌شناختی نارسایی توجه و فزون‌کنشی، افسردگی، اضطراب، رفتارهای مخرب و مهار تکانه، رفتارهای خودآسیب‌رسانی، نارسایی در مهارت انجام تکالیف تحصیلی، نارسایی در خودگردانی، و کودکان

## 1. Wording



نبود داده‌های پرت، نبود هم‌خطی بودن در داده‌ها و عامل‌پذیری ماتریس داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. به دلیل آنکه حجم نمونه برای تحلیل عاملی در حد عالی بود، بنابراین نیاز چندانی به بررسی بهنجاری توزیع داده‌ها در آن وجود ندارد و حتی عدم بهنجاری توزیع برخی از داده‌ها در نتایج خللی وارد نمی‌کند. البته لازم به ذکر است که بررسی چولگی و کشیدگی به‌عنوان ملاکی برای انتخاب گویه‌ها موجبات بهبود شرایط داده‌ها برای برقراری مفروضه حاضر بهینه‌تر کرده بود. هم‌خطی بودن<sup>۲</sup> رابطه بین متغیرها نیز با متمرکز بر بررسی توزیع نمودار پراکنش دو متغیری گویه‌های دارای کجی بالا، انجام شد. این نمودارها نشان دادند که روابط بین گویه‌ها در اغلب موارد از نوع خطی و در موارد اندکی نزدیک به خطی است، لذا به دلیل بالا بودن حجم نمونه، چنین مشکلات جزئی بر نتایج حاصل تأثیرات بارزی نخواهد داشت. از سوی دیگر، غربالگری داده‌ها به‌منظور شناسایی ارزش‌های خارج از دامنه متغیرها و نمرات کسب‌شده توسط پاسخ‌دهندگان و حذف آنها از مجموعه داده‌ها منجر به برقراری مفروضه نبود داده‌های کناری شد. در ادامه، ضمن اطلاع از اینکه نیازی به تولید ماتریس معکوس<sup>۳</sup> در تحلیل مؤلفه‌ها وجود ندارد و در نتیجه هم‌خطی چندگانه مشکل اساسی برای انجام آن به شمار نمی‌رود (۲۴) به بررسی مجذور ضرایب همبستگی چندگانه گویه‌ها پرداخته شد. به دلیل آنکه تمامی این ضرایب از ۰/۸۰ پایین‌تر بودند، نشانگر عدم وجود مشکل هم‌خطی چندگانه و همچنین تکینگی<sup>۴</sup> در بین داده‌ها بود. همچنین به دلیل آنکه مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر-مایر-الکین<sup>۵</sup> (۲۵) به‌دست آمده برابر با ۰/۸۵ و شاخص آزمون کرویت بارتل (۲۶) برابر ۱۸۲۴۸/۷۰۷ بود که با درجات آزادی ۶۲۱۶ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود، نشان از قابلیت عامل‌پذیری ماتریس مربوطه داشت (۲۴)؛ بنابراین در مجموع برقراری

پس از اطمینان از روایی صوری و محتوایی نسخه پیش‌مقدماتی دوم، مقیاس مقدماتی سلامت روان‌شناختی کودکان- نسخه معلمان در جامعه معلمان دوره ابتدایی استان‌های کرمانشاه، آذربایجان شرقی، فارس و خراسان رضوی، اجرا شد. تمامی مجوزهای لازم برای گردآوری داده‌ها از دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش گرفته شد. لازم به ذکر است که در تمامی مراحل پژوهش به شرکت‌کنندگان در پژوهش این اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده محرمانه باقی خواهد ماند و داده‌ها به‌صورت کلی تحلیل خواهد شد. سپس بر روی داده‌های جمع‌آوری‌شده تحلیل گمشده‌ها صورت گرفت و گویه‌های مورد تحلیل قرار گرفتند و در مرحله بعد، تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌ها انجام شد تا روایی سازه نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

### یافته‌ها

تحلیل گویه‌ها بر روی هر کدام از هفت خرده‌مقیاس انجام شد. در طی فرایند تحلیل گویه‌ها بررسی نمودار ستونی درصدی، شاخص‌های مربوط به کجی، کشیدگی، ضرایب تمیز و دشواری ۱۱۲ گویه مقیاس، انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در شرایط حاضر، ۰/۹۷ به دست آمد. تحلیل بر روی هر گویه، مستلزم محاسبه سهم شرکت‌کنندگانی که به هر گزینه پاسخ داده بودند، میانگین گویه، انحراف معیار گویه، همبستگی گویه با خرده‌مقیاس، و آلفای کرونباخ بعد از حذف گویه بود (۲۳).

تحلیل عاملی اکتشافی فرم معلمان برای شناسایی و تفسیر تعداد عوامل نهفته اجرا شد. تعداد عوامل اولیه که توسط قانون کیزر-گاتمن<sup>۱</sup> شناسایی شد، ۲۵ عامل بود که ۷۲ درصد از واریانس را پوشش می‌داد. قبل از انجام تحلیل عاملی، مفروضه‌های توزیع بهنجار داده‌ها، رابطه خطی بین متغیرها،

4. Fitness

5. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)

1. Kaiser -Gottman

2. Linearity

3. Reverse matrix

مفروضه‌ها انجام تحلیل عاملی مشخص و این تحلیل بر روی داده‌ها انجام شد.

جدول ۱: مؤلفه‌ها و مجموع مجذور بارگذاری حاصل از تحلیل مؤلفه‌های مقدماتی گزارشی معلمان سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس تراکمی	ارزش ویژه
یکم	۲۵/۵۴	۲۵/۵۴	۲۵/۵۴	۱۰/۱۶
دوم	۹/۱۲	۹/۱۲	۳۴/۶۶	۷/۵۱
سوم	۶/۱۷	۶/۱۷	۴۰/۸۴	۷/۳۸
چهارم	۴/۰۶	۳/۶۲	۴۴/۴۷	۷/۲۹
پنجم	۲/۷۱	۲/۴۲	۴۶/۸۹	۷/۱۴
ششم	۲/۰۶	۱/۸۴	۴۸/۷۴	۵/۸۳
هفتم	۲/۰۱	۱/۷۹	۵۰/۵۴	۵/۲۰

مثال، «جراحی در بدن دارد که دلیل موجهی برای آنها وجود ندارد»، «دلایل متفاوتی برای جراحات موجود در بدن ارائه می‌دهد» و «اشیای نوک‌تیز مانند مداد را در نقطه‌ای از بدنش وارد می‌کند»، «نارسایی توجه و فزون‌کنشی (برای مثال، «حرف دیگران را قطع کرده و اجازه صحبت به آنها را نمی‌دهد»، «قبل از اتمام پرسش، با عجله و بدون ملاحظه جواب را بیان می‌کند» و «زیاد حرف می‌زند»، «افسردگی (برای مثال، «گوشه‌گیری می‌کند»، «به شرکت در بازی و تفریحات گروهی میل و رغبتی ندارد» و «خمود یا بی‌حال است»)، رفتارهای مخرب (برای مثال، «با معلمان بگومگو می‌کند»، «برای فرونشاندن خشم و عصبانیت خود از دیگران انتقام می‌گیرد» و «زود از کوره به در می‌رود»)، اضطراب (برای مثال، «ترس شدیدی نسبت به از دست دادن یا آسیب دیدن والدین نشان می‌دهد»، «در مواقع جدایی از مادر یا جانشین او از خود نگرانی نشان می‌دهد» و «بدون دلیل می‌ترسد» و خودگردانی (برای مثال، «قادر به سازش‌یافتگی خود با تغییر در موقعیت‌ها و شرایط است»، «به انجام مستقلانه فعالیت‌ها و مسئولیت‌های خود تمایل نشان می‌دهد» و «مسئولیت‌پذیر است») نام‌گذاری کرد.

در تحلیل عاملی اکتشافی، تعداد عوامل ۶ تا ۸ در نظر گرفته شد و پس از آزمون تمام حالات ممکن، بهترین و مناسب‌ترین ساختار بر اساس تحلیل موازی تعیین شد (جدول ۲). انجام تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش عامل‌یابی تحلیل مؤلفه اصلی<sup>۱</sup> و چرخش ایکوامکس<sup>۲</sup> با نرمال‌سازی کیزر و محدود کردن تعداد عوامل به تعداد ۷ و حداقل مقدار بارگذاری هر گویه روی عوامل ۰/۳۰، منجر به استخراج عواملی شد که دارای بیشتری همخوانی با ساختار نظری مقیاس گزارش معلمان از سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی بودند. در پایان نتایج تحلیل عاملی نشان داد ساختار هفت مؤلفه‌ای که در مجموع ۴۰ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند (جدول ۳)، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای این داده‌ها است. شایان ذکر است که این الگو پس از ۲۴ چرخش به دست آمد.

تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد مؤلفه‌های یکم تا هفتم را می‌توان به صورت مؤلفه‌های نارسایی در عملکرد تحصیلی (برای مثال، «در امور درسی فراموش کار است»، «از انجام گام به گام تکالیف درسی اش ناتوان است» و «عملکرد تحصیلی ضعیفی دارد»)، آسیب به خود و در معرض آزاردیدگی (برای



جدول ۲: بارهای عاملی ناشی از تحلیل عاملی اکتشافی

عامل یکم	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم	عامل ششم	عامل هفتم
۰/۷۵	۰/۷۰	۰/۷۲	۰/۷۵	۰/۶۱	۰/۶۹	۰/۵۰
۰/۶۸	۰/۶۵	۰/۶۷	۰/۷۰	۰/۵۹	۰/۶۸	۰/۴۵
۰/۶۷	۰/۶۳	۰/۵۸	۰/۶۲	۰/۵۷	۰/۶۵	۰/۴۲
۰/۶۶	۰/۶۲	۰/۵۵	۰/۵۷	۰/۵۵	۰/۶۰	۰/۴۰
۰/۶۶	۰/۶۱	۰/۵۴	۰/۵۵	۰/۵۴	۰/۵۶	۰/۳۸
۰/۶۶	۰/۶۰	۰/۵۲	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۵۲	۰/۳۶
۰/۶۵	۰/۵۹	۰/۴۶	۰/۴۷	۰/۵۴	۰/۴۹	۰/۳۴
۰/۶۴	۰/۵۹	۰/۴۰	۰/۴۵	۰/۵۳	۰/۴۸	۰/۳۳
	۰/۵۷					
	۰/۵۶					
	۰/۵۶					
	۰/۵۶					
	۰/۵۴					
	۰/۴۶					
	۰/۴۶					
	۰/۴۴					

جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که تمامی خرده‌مقیاس‌ها از ضرایب مناسب همگونی درونی برخوردارند و دامنه آنها بین ۰/۶۷ (خودگردانی) تا ۰/۹۳ (نارسایی در انجام تکلیف) است. همچنین بررسی ضرایب همبستگی گویه‌ها با خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۱۷ (گویه ۴۸) و ۰/۸۲ (گویه ۱۶) است.

جدول ۳: ویژگی‌های توصیفی گویه‌ها و خرده‌مقیاس‌های نسخه معلمان مقیاس‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی

خرده‌مقیاس‌ها						
ویژگی	عملکرد تحصیلی	خودآزاری و آسیب‌دیدگی	نارسایی توجه و فزون‌کنشی	افسردگی	رفتارهای مخرب	اضطراب خودگردانی
میانگین	۱۸/۱۸	۵۶/۹۱	۱۹/۳۶	۲۳/۴۵	۲۰/۵۲	۲۳/۵۱
آلفا	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۸۳	۰/۸۷	۰/۸۸	۰/۸۰
همبستگی گویه با خرده‌مقیاس	۰/۷۱-۰/۸۲	۰/۴۸-۰/۷۰	۰/۴۲-۰/۶۵	۰/۷۰-۰/۵۵	۰/۵۰-۰/۷۶	۰/۶۲-۰/۳۲
عملکرد تحصیلی	۰/۳۳**					
خودآزاری و آسیب‌دیدگی		۰/۴۲**				
نارسایی توجه و فزون‌کنشی		۰/۳۳**				
افسردگی		۰/۴۲**	۰/۱۳**			
رفتارهای مخرب		۰/۴۰**	۰/۷۱**	۰/۲۵**		
اضطراب		۰/۳۹**	۰/۱۷**	۰/۲۹**	۰/۲۱**	
خودگردانی		۰/۶۵**	۰/۲۲**	۰/۵۳**	۰/۲۹**	۰/۰۸

p&lt;0.001

می‌دهد که ماتریس گویه‌های قرار گرفته در مقیاس دارای روابط قوی و مناسبی هستند که می‌تواند منجر به استخراج مؤلفه‌هایی از ماتریس داده‌ها شود. در ضمن نتایج تحلیل عامل‌های اکتشافی انجام‌شده نشان داد در شرایط استفاده از روش عامل‌یابی مؤلفه‌های اصلی و چرخش ایکوامکس، عوامل حاصل شده بهترین مطابقت را با مبانی نظری نشان می‌دهند. دلیل حصول ساختار ساده با استفاده از روش عامل‌یابی مؤلفه‌های اصلی را می‌توان، وجود میزان بالای واریانس اختصاصی گویه‌ها در مقایسه با واریانس مشترک بین آنها دانست (۲۹).

به‌منظور سنجش اعتبار این مقیاس نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. دامنه ضرایب همگونی درونی (آلفای کرونباخ) مؤلفه‌های استخراجی در نسخه مقدماتی مقیاس سلامت روان دانش‌آموزان مقطع ابتدایی بین ۰/۶۷ (نارسایی در خودگردانی) تا ۰/۹۳ (نارسایی در انجام تکالیف) است. تمامی این ضرایب از نظر میشل و جولی (۳۰) در حد خوب و بالاتر از آن است؛ در واقع نتایج سنجش اعتبار نشان دادند که مؤلفه‌ها از نظر انسجام درونی و روابط بین گویه‌ها در وضعیت قابل قبولی قرار دارند و این مقیاس از اعتبار مناسبی برخوردار است.

نکته دیگری که باید بدان اشاره کرد این است که در پژوهش حاضر و پس از تحلیل عاملی اکتشافی، دو مؤلفه رفتارهای آسیب رساندن به خود و در معرض آزاردیدگی (سوءاستفاده جنسی از کودکان) با هم ادغام شدند. شاید بتوان این نکته را بدین گونه تبیین کرد که خرده‌مقیاس سوءاستفاده جنسی از کودکان در مقایسه با سایر خرده‌مقیاس‌ها در کشور ما به دلایل فرهنگی از پیچیدگی بیشتری برخوردار بوده است چون در ابتدا هدف سازندگان این ابزار، ارزیابی دو خرده‌مقیاس جداگانه، با عنوان رفتارهای آسیب رساندن به خود و وجود سوءاستفاده جنسی از کودکان بود و به همین جهت گویه‌هایی برای آنها تهیه شد، ولی در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل گویه‌ها، این خرده‌مقیاس به دست نیامد. به

در فرم معلم، خرده‌مقیاس‌های رفتارهای مخرب و نارسایی توجه و فزون‌کنشی (۰/۷۱) و پس از آن خودگردانی و نارسایی در عملکرد تحصیلی، بیشترین همبستگی را با هم داشتند (۰/۶۵). کمترین همبستگی نیز میان خودگردانی و اضطراب مشاهده شد (۰/۰۸).

## بحث و نتیجه‌گیری

مشکلات رفتاری کودکان، مشکلات ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای خانواده و کودکان، دشواری‌های بسیاری را ایجاد می‌کنند، باعث کاهش میزان کارایی در عملکرد فردی و تحصیلی آنها می‌شوند (۲۷)، و با شیوع بالایی از مشکلات و پیامدهای اجتماعی همراه هستند (۲۸). هدف پژوهش حاضر، بررسی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی گویه‌ها و ساختار عاملی اکتشافی مقدماتی مقیاس روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی بود. در این پژوهش بعد از جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش ایکوامکس نشان‌دهنده وجود هفت مؤلفه بود که این هفت مؤلفه ۰/۴۰ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. مقدار شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری، ۰/۸۵ درصد است که با مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل‌پذیری ۰/۶۰ درصد (۲۴)، فاصله نسبتاً محسوسی دارد. به نظر کیسر (۲۵) این مقدار از شاخص نمونه‌برداری در دامنه عالی قرار دارد. این شاخص نشان می‌دهد که مؤلفه‌های موجود در داده‌های مورد تجزیه و تحلیل به میزان مناسبی از هم قابلیت تفکیک دارند و می‌توان آنها را از ماتریس مورد تحلیل استخراج کرد؛ به عبارتی می‌توان گفت پاسخ‌دهی به گویه‌ها توسط افراد گروه نمونه طوری طراحی شده که هر یک از آنها دارای میزانی از واریانس یگانه نیز است که موجب افتراق آن از دیگر گویه‌ها شده است، درحالی که مفاهیم و سازه‌های تعبیه‌شده در مقیاس، هم به لحاظ مفهومی و هم آماری با هم در ارتباط هستند. آزمون کرویت بارلت (۲۶) هم نشان

روش‌های هم‌زمان، واگرا، و همگرا به منظور بررسی بیشتر درباره روایی آزمون و همچنین عدم استفاده از اعتبار مجدد یا بازآزمون و دونیمه کردن برای ارزیابی بیشتر اعتبار، از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. افزون بر آنچه گفته شد، تغییرناپذیری ساختار عاملی ابزار در گروه‌های جنسیتی مورد بررسی قرار نگرفته است تا مشخص شود که آیا این ابزار قابلیت استفاده در گروه‌های جنسیتی دختران و پسران را داراست. با توجه به آنچه گفته شد، پیشنهاد می‌شود که از شیوه‌های روایی و اعتبار دیگر در جهت افزایش دقت ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس حاضر استفاده شود و همچنین تغییرناپذیری ساختار عاملی ابزار در گروه‌های جنسیتی مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که از تحلیل‌های مدرن بر اساس الگوی نظریه سؤال-پاسخ، برای مشخص شدن نقش و جایگاه هر گویه در ابزار استفاده شود. پیشنهاد می‌شود که داده‌های غربالگری در تصمیم‌گیری مبتنی بر مدل پیشگیری و مداخله برای درمان مشکلات رفتاری و هیجانی در مدارس مورد استفاده قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی:** مقاله حاضر مستخرج از طرحی با عنوان مطالعه مقدماتی ساخت ابزارهای استاندارد بومی ارزیابی آسیب‌های روانی-اجتماعی دانش‌آموزان کشور است که در چهارچوب سند ائتلاف نظام مراقبت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) ذیل سند تقسیم‌کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اجرا شده است. اجرای این پژوهش در قالب تفاهم‌نامه مشترک وزارت آموزش و پرورش و وزارت کشور (به شماره ۱۳۷۵۶۴ مورخه ۱۳۹۶/۸/۲۴) با دانشگاه شهید بهشتی (تفاهم‌نامه ۶۰۰/۵۴۴/ص مورخه ۱۳۹۵/۶/۳) صورت گرفته است. لازم است از همکاری صمیمانه تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌ویژه معلمان، تقدیر و تشکر به عمل آوریم.

**تضاد منافع:** نویسندگان مقاله در مندرجات مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارند.

همین دلیل پژوهشگران آنها را با هم ادغام کرده و تحت عنوان گویه آسیب‌رساندن و آزاردیدگی به آن اشاره کردند. عوامل مختلفی همانند ناآگاهی جامعه، نبود زیرساخت‌های مناسب، و وجود محدودیت برای آموزش‌های صحیح درباره مسائل جنسی، تمایل نداشتن دستگاه‌های قضایی به افشای پرونده‌های مربوط به تجاوزات جنسی به دلیل حساسیت بالای اجتماعی، تابو بودن مسئله، وجود نواقص و خلاءهای قانونی بسیاری در مورد آزار جنسی کودکان، ضعف قانون در حمایت از کودکان آزار دیده و ترس از فرد آزاردهنده و قربانی شدن مجدد باعث شد تا موارد اندکی از سوءاستفاده جنسی از کودکان شناسایی و گزارش شوند و در نتیجه روند مواجهه با این مشکل همچنان کند باقی بماند (۳۱).

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که با توجه به ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب نسخه فارسی سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع ابتدایی، این ابزار برای بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان در مجموعه‌های آموزشی، خدماتی و درمانی و محیط‌های بالینی در جامعه بهنجار ایرانی قابل استفاده است. در حال حاضر، این ابزار قابلیت استفاده برای اندازه‌گیری هفت آسیب (نارسایی در عملکرد تحصیلی، خودآسیب‌زنی و در معرض آزاردیدگی، فزون‌کنشی و نارسایی توجه، افسردگی، رفتارهای مخرب، اضطراب، و نارسایی در خودگردانی) را داراست، ولی برای تکمیل آن لازم است در کنار رفع اشکالات موجود در خرده‌مقیاس‌های دیگر، اقدام دیگری برای توسعه ابزار و ایجاد خرده‌مقیاس سوءاستفاده از کودکان صورت گیرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که روش جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر، منحصراً خودگزارشی است و مطالعات گوناگون، حاکی از تردید در مورد دقت و روایی نتایج این قبیل پرسشنامه‌ها است (۳۰). افزون بر آن، عدم استفاده از شیوه‌های روایی دیگر، مثل

## References

1. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007; 7(1): 274. [\[Link\]](#)
2. Karimi M, Keikhavani S, Mohammadi MB. Efficacy of social skills training on behavioral disorders among elementary school children. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2010; 18(3): 6-68. [Persian]. [\[Link\]](#)
3. Fanti KA, Henrich CC. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the NICHD study of early child care. *Dev Psychol*. 2010; 46(5): 1159-1175. [\[Link\]](#)
4. Heward WL. *Exceptional children: An introduction to special education*. 10th Edition. Boston: Pearson; 2012; pp: 29-30. [\[Link\]](#)
5. Fortin L, Lessard A, Marcotte D. Comparison by gender of students with behavior problems who dropped out of school. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 2(2): 5530-5538. [\[Link\]](#)
6. tñan CA, Miclea M. A preliminary efficiency study of a multifocused prevention program for children with deficient emotional and social competencies. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 5: 127-139. [\[Link\]](#)
7. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4): 276-295. [\[Link\]](#)
8. Ghobari-Bonab B, Parand A, Hossein Khanzadeh Firoozjah A, Movallali G, Nemati S. Prevalence of children with behavioral disorders in primary schools in Tehran. *Journal of Exceptional Children*. 2009; 9(3): 223-238. [Persian]. [\[Link\]](#)
9. Ghasemi O, Mousavi-Ghahfakhri A. personality assessment of children in elementary school. *Behriar Pud, Delijan*. 2016; 22-34. [Persian].
10. US Department of Health and Human Services, US Department of Education, US Department of Justice. Report of the surgeon general s conference on children s mental health: a national action Agenda. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000. [\[Link\]](#)
11. Hester PP, Baltodano HM, Hendrickson JM, Tomelson SW, Conroy MA, Gable RA. Lessons learned from research on early intervention: What teachers can do to prevent children s behavior problems. *Prev Sch Fail*. 2004; 49(1): 5° 10. [\[Link\]](#)
12. Hacker K, Arsenault L, Franco I, Shaligram D, Sidor M, Olfson M, et al. Referral and follow-up after mental health screening in commercially insured adolescents. *J Adolesc Health*. 2014; 55(1): 17° 23. [\[Link\]](#)
13. Hacker KA, Penfold R, Arsenault L, Zhang F, Murphy M, Wissow L. Screening for behavioral health issues in children enrolled in massachusetts medicaid. *Pediatrics*. 2014; 133(1): 46° 54. [\[Link\]](#)
14. Stifler MC, Dever BV. *Mental health screening at school: instrumentation, implementation, and critical issues*. 1st ed. Cham: Springer International Publishing; 2015, pp: 21-22. [\[Link\]](#)
15. Walker HM, Severson HH, Todis BJ, Block-Pedego AE, Williams GJ, Haring NG, et al. Systematic screening for behavior disorders (SSBD): further validation, replication, and normative data. *Remedial Spec Educ*. 1990; 11(2): 32° 46. [\[Link\]](#)
16. Lane, K.L., Oakes, W.P., & Menzies, H.M. (2014). Comprehensive, integrated, three-tiered models of prevention: Why does my school~ and district~n need an integrated approach to meet students academic, behavioral, and social needs? *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 58, 121-128. [\[Link\]](#).
17. Kilgus SP, Sims WA, von der Embse NP, Riley-Tillman TC. Confirmation of models for interpretation and use of the Social and Academic Behavior Risk Screener (SABRS). *Sch Psychol Q*. 2015; 30(3): 335° 352. [\[Link\]](#)
18. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997; 38(5): 581° 586. [\[Link\]](#)

19. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 534-539. [\[Link\]](#)
20. Lane K, Menzies H, Oakes W, Kalberg J. Systematic screenings of behavior to support instruction: From preschool to high school. 1 edition. New York: Guilford Press; 2012, pp: 10-11. [\[Link\]](#)
21. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral science. Tehran: Agah; 2015, pp: 77-79. [Persian].
22. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. 2nd Edition. Hillsdale, NJ: Psychology Press; 1992, pp: 205-213. [\[Link\]](#)
23. Chronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16(3): 297-334. [\[Link\]](#)
24. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 5th Edition. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2006, pp: 660-670. [\[Link\]](#)
25. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39(1): 31-36. [\[Link\]](#)
26. Bartlett MS. Tests of significance in factor analysis. *Br J Math Stat Psychol*. 1950; 3(2): 77-85. [\[Link\]](#)
27. Kheiry H, Salehi I, Soltani Shal R. The effectiveness of stress management training on marital satisfaction and parental stress in mothers with children with behavioral problems. *Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 3-13. [Persian]. [\[Link\]](#)
28. Akbari-Zardkhaneh S, Alebuieh M, Zanganeh A, Mansurkiaie N, Jallalat-Danesh M, Mahdavi M. Parent form of psychological pathology for children: preliminary study of development and psychometric properties. *Journal of Child Mental Health*. 2018; 4(4): 152-164. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Houman HA. Multivariate analysis in behavioral research. Tehran: Parsa Publication; 2001, pp: 395-404. [Persian].
30. Mitchell ML, Jolley JM. Research design explained. 8 edition. Australia, Belmont, CA: Wadsworth Publishing; 2012, pp: 112-113. [\[Link\]](#)
31. Naghavi A, Fatehizadeh MAS, Abedi MR. A study on abused girls and the consequences of abuse on them. *Women in Development & Politics*. 2004; 2(3): 125-145. [Persian]. [\[Link\]](#)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی