

نسخه گزارش والدین مقیاس سلامت روان شناختی کودکان: مطالعه مقدماتی ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی

سعید اکبری زردخانه*^۱، مریم آل‌بویه^۲، علی‌محمد زنگانه^۳، نادر منصور کیایی^۴، محسن جلال‌دانش^۵، مجتبی مهدوی^۶

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

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

۳. پزشک، معاونت پیشگیری قوه قضاییه، تهران، ایران

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

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

۶. دانشجوی دکترای روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: اختلال‌های رفتاری، مشکلات شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای خانواده و کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با شیوع بالایی از مشکلات و پیامدهای منفی اجتماعی همراه هستند. هدف از پژوهش حاضر، ساخت مقیاس سلامت روان‌شناختی کودکان نسخه والدین بود.

روش: برای انجام این پژوهش در ابتدا ۱۹۰ گویه تهیه شد و پس از ویرایش اولیه، ۱۲۵ گویه جهت قرار گرفتن در نسخه مقدماتی مقیاس انتخاب شد. جامعه آماری در این پژوهش والدین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شش استان البرز، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، فارس و خراسان رضوی در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه دربرگیرنده حدود ۱۰۰ نفر از والدین در هر یک از استان‌ها بود که از دو شهرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مجموع نمونه پژوهش حاضر بالغ بر ۶۰۰ نفر بود.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تحلیل گویه‌ها، نشان از حذف ۱۴ گویه داشت. تحلیل عاملی اکتشافی به روش مجذورات تعمیم‌یافته و چرخش ایکوامکس نشان داد که این نسخه از مقیاس با شش مؤلفه دارای ساختار ساده و هماهنگ با چهارچوب نظری است. دامنه ضرایب همگونی درونی (آلفای کرونباخ) مؤلفه‌های استخراجی در نسخه مقدماتی مقیاس سلامت روان‌شناختی کودکان بین ۰/۶۵ (خودتنظیمی) تا ۰/۹۰ (نارسایی در انجام تکالیف) به دست آمد. همچنین بررسی ضرایب همبستگی گویه‌ها با خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۱۷ (گویه ۱۰۱) و ۰/۷۳ (گویه ۳۷) است.

نتیجه‌گیری: در مجموع، می‌توان گفت نسخه مقدماتی گزارشی والدین سلامت روان‌شناختی کودکان مقطع ابتدایی، از ویژگی‌های مطلوب روان‌سنجی برخوردار است که انجام بررسی‌های بیشتر می‌تواند به بهبود ویژگی‌های آن منجر شود.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان‌شناختی، کودک، ابزارسازی

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

تلفن: ۲۹۹۰۵۳۸۲ - ۰۲۱

ایمیل: Akbari76ir@yahoo.com

مقدمه

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کنند و با شیوع بالایی از مشکلات و پیامدهای منفی اجتماعی همراه هستند. پژوهشگران دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدایی مشاهده می‌شود و بین ۱۵-۸ سالگی به اوج خود می‌رسد (۱). همچنین اختلال‌های رفتاری به عنوان یک پیش‌آگهی منفی برای سال‌های بعدی زندگی محسوب می‌شوند. اختلال‌های رفتاری به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی، و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۲). اغلب دانش‌آموزان با اختلال‌های رفتاری در مقایسه با سایر دانش‌آموزان در امتحانات نمره‌های کمتری می‌گیرند. آنها از همسالان خود در مدرسه ضعیف‌تر هستند و این امر باعث می‌شود اعتماد به خود پایین‌تری داشته باشند (۳). در صورت عدم تشخیص و درمان زودهنگام، احتمال بروز مشکلات رفتاری جدی (۴)، مهارت‌های اجتماعی ضعیف (۵)، طرد همسالان (۳ و ۶)، اختلال‌های شخصیت (۷)، تکانش‌گری، شایستگی اجتماعی پایین و مشکلات درون‌خانوادگی (۸) و مشکلات تحصیلی (۹) در زندگی آتی این کودکان بالا است.

واکر (۱۰) بیان می‌کند که اگر مشکلات رفتاری کودکان تا کلاس سوم اصلاح نشود، پایدار خواهد شد و باید با آنها به شکل یک شرایط مزمن برخورد شود. به همین ترتیب شناسایی و مداخله زودهنگام کودکان دارای مشکلات عاطفی و رفتاری می‌تواند در به حداقل رسیدن آسیب‌های بلندمدت و کاهش بار و هزینه‌های اختلال‌های روانی، بر دوش والدین کمک نماید. برای انجام این مهم، کودکان در معرض خطر باید به‌دقت شناسایی شده و به‌سرعت به آنها خدمات لازم ارائه

شود. بر این اساس، تیلی (۱۱) بیان می‌کند لازم است غربالگری تبدیل به بخش معمولی از برنامه مدارس شود. دورو، راینس و براکلی (۱۲) موانع معمول بر سر راه اجرای غربالگری همگانی شامل زمان، هزینه و مشکلات مربوط به تصمیم‌گیری بین روش‌های غربالگری مختلف موجود را بررسی کرده‌اند. باین حال غربالگری سلامت روانی در گستره مدرسه و خانواده نه‌تنها مطلوب، بلکه گام اولیه‌ای ضروری برای یک فرآیند تصمیم‌گیری داده‌محور به منظور شناسایی کودکان و اهداف مداخلاتی است. غربالگری همگانی برای طرح‌ریزی مداخلاتی و تصمیم‌گیری در سطح انفرادی مفیدند و این داده‌ها می‌توانند در سطح مدرسه و خانواده تجمیع شده و در مورد تغییرات سیستمی بزرگ‌تر یا تلاش‌های پیشگیرانه‌ای که می‌توانند بیشترین فایده را داشته باشند، اطلاعات مهمی فراهم آورد. به‌علاوه، غربالگری مشکلات عاطفی و رفتاری می‌تواند از طریق به حداقل رساندن آزمون‌های تشخیصی غیرضروری و نیز کاهش مدت و نیاز به درمان و بستری شدن، در وقت و هزینه خانوادها صرفه‌جویی کند (۶).

هر ساله مطالعات متعددی در جوامع مختلف برای تعیین میزان اختلال‌های رفتاری در کودکان براساس اطلاعات حاصل از والدین و معلمان انجام می‌شود. این مطالعات نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های رفتاری در میان کودکان و نوجوانان آمریکایی ۲۳/۲ درصد (۱۳) و در میان کودکان کشورهای اتیوپی، سودان و هند ۱۹-۸ درصد برآورد شده است (۱۴). همچنین در مروری بر چندین مطالعه شیوع‌شناسی در بریتانیا، رقم ۱۹ درصد به‌دست آمده است (۱۵). مروری بر مطالعه‌های انجام‌شده در ایران نیز حاکی از آن است که میزان شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان اصفهان ۲۰/۲ درصد (۱۶)، یزد ۲۲/۱ درصد (۱۷) است. نجاتی (۲۰) در پژوهشی نشان داده است میزان شیوع فزون‌کنشی ۱۴/۲ درصد، اضطراب و افسردگی ۶/۴ درصد، پرخاشگری ۱۴/۲ درصد و نارسایی توجه ۶/۸ درصد است.

توسط والدین برای غربالگری رفتارهای مخرب^۴ کودکان سنین ۲ تا ۱۶ سال طراحی شده است. وایس، لاویجوی و لانداهل (۲۳) به این نتیجه رسیدند که سیاهه رفتار کودک ایدبرگ برای غربالگری کودکانی با رفتارهای مخرب برونی نظیر پرخاشگری است، اما در تشخیص مشکلات رفتاری خاص چندان کارآمد نیست.

از دیگر ابزارها می توان به فهرست علائم کودکان^۵ (۲۴) اشاره کرد. این ابزار فهرستی مبتنی بر گزارش والدین با فهرست علائم ۳۵ گویه ای که در محیط های مراقبت های اولیه با کودکان در سن مدرسه (۴-۱۶ سال) و برای ارزیابی کلی و اولیه کودکان به کار گرفته می شود. گاردنر و همکاران (۲۵) حالتی کوتاه از این ابزار تحت عنوان فهرست علائم اطفال-۱۷ را ایجاد کردند که قابلیت اطمینان اولیه ای پایین در حد ۰/۶۷ داشت. همچنین ارزش پیش بینی مثبت^۷ آن بسیار پایین و برابر ۰/۱۵ بود بنابراین هشدار دادند که در صورت استفاده از این ابزار نشان دهنده تشخیص و غربالگری نیست بلکه باید به عنوان علامتی برای بررسی های بیشتر کودک و خانواده در نظر گرفته شود.

پژوهش ها حاکی از آن است که عوامل شخصی، روانی، مذهبی، محیطی، اجتماعی، و اقتصادی (۲۶) بر مشارکت در غربالگری و سایر فعالیت های مرتبط با غربالگری تأثیر می گذارند. با توجه به آنچه گفته شد و از آنجایی که هیچ یک از ابزارها برای مشکلات خودآسیب زنی و کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی، خرده مقیاسی ندارند (۲۴، ۲۷) و از سوی دیگر به خاطر اینکه این موضوعات، برای بسیاری از جوامع (۲۹) و به خصوص ایران حائز اهمیت هستند، تهیه ابزاری که بتواند این مشکلات را براساس گزارش والدین غربالگری کند، بیش از پیش اهمیت می یابد.

شیوع انواع مختلف کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی در مناطق مختلف دنیا مورد مطالعه قرار گرفته است و در صورت بی توجهی به آن مشکلات فراوانی پیش خواهد آمد. با وجود این، دامنه میزان شیوع تا حدی قابل ملاحظه است به طوری که برخی از پژوهش ها شیوع آن را نزدیک به صفر گزارش کرده اند (۱۹) در حالی که سایرین شیوع آن را نزدیک به ۹۰ درصد گزارش کرده اند (۲۰). رحیمی (۲۱) میزان شیوع کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی در دو منطقه ۲۰ و ۳ تهران را به ترتیب ۴۶ درصد و ۲۴ درصد بیان کرده است.

یکی از موضوعات اساسی در هر شیوع شناسی و حتی فعالیت های بالینی ابزار و نحوه انجام سنجش های لازم است (۶). ابزار مناسب در غربالگری رفتاری و عاطفی راهی سریع و موثر برای ارزیابی و شناسایی کودکان در معرض خطر اختلال ها و بیماری هایی خاص و مداخله به موقع است. به گونه ای که از طریق کاهش خطر و جلوگیری از بروز اختلال های تشخیصی نتایج را به شکل قابل ملاحظه ای بهبود می بخشد. این امر به ویژه در بافت مدارس و توسط والدین امکان پذیرتر است.

ابزارهای متعددی برای غربالگری در دنیا مورد استفاده قرار می گیرد. کامفوس و رینالدز (۲۲) سیستم غربالگری رفتاری و عاطفی^۱ را توسعه دادند که براساس سیستم غربالگری چنددرگاهی^۲ و داده های حاصل از والدین و معلمان عمل می کند. تحلیل عاملی نشان داد نسخه گزارش والدین این ابزار دارای ۳۰ گویه و دربرگیرنده مشکلات درون نمود، مشکلات برون نمود، نارسایی توجه و مهارت های انطباقی^۳ است. پژوهش نشان داده است که روایی و اعتبار این نسخه نیاز به بررسی آن در نمونه های متنوع دارد. همچنین سیاهه رفتار کودک ایدبرگ، ابزاری ۳۶ گویه ای است که

5. Pediatric Symptom Checklist (PSC)
6. Pediatric Symptom Checklist- 17 (PSC-17)
7. Positive Predictive Value (PPV)

1. The Behavioral and Emotional Screening System (BESS)
2. Multiple gating screening
3. Matching skills
4. Destructive behavior

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر به لحاظ هدف جز پژوهش‌های تحقیق و توسعه و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-پیمایشی است (۳۰). جامعه آماری در این پژوهش والدین دانش‌آموزان مدارس ابتدایی شش استان البرز، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، فارس و خراسان رضوی در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه دربرگیرنده حدود ۱۰۰ نفر از والدین در هر یک از استان‌ها بود که از دو شهرستان (یکی مرکز استان و دیگری یکی از شهرهای کم‌برخوردار) به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مجموع نمونه پژوهش حاضر بالغ بر ۶۰۰ نفر بود. جهت رعایت اصول اخلاقی از شرکت کنندگان، قبل از دریافت هر گونه اطلاعات، هدف از پژوهش حاضر و انتظارات از آنها توضیح داده شده و رضایت کاملشان جلب شد.

ب) روش اجرا: پژوهش حاضر در راستای اقدامات زمینه‌ای لازم برای اجرایی‌سازی طرح 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، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام انجام شد. فرایند طی شده در این پژوهش شامل مراحل زیر بود:

الف) استخراج الگوی آسیب‌های روانی-اجتماعی شایع کودکان کشور: در این مرحله، گام‌های زیر پشت سر گذاشته شد. ۱) بررسی تفصیلی پیشینه پژوهشی حوزه آسیب‌های دوران دانش‌آموزی، نقشه خطرپذیری مدارس و مستندات گزارش شده از طرف سازمان بهزیستی پیرامون آسیب‌های

روانی-اجتماعی کودکان؛ ۲) مصاحبه فردی با حدود ۱۰ نفر از متخصصان حوزه آسیب‌های روانی-اجتماعی دوره کودکی و ذی‌نفعان طرح؛ و ۳) تلفیق نتایج حاصل از مصاحبه‌ها و تدوین فهرست آسیب‌های روانی-اجتماعی شایع کودکان. در انتهای این بخش هشت آسیب روان‌شناختی نارسایی توجه و فزون‌کنشی، افسردگی، اضطراب، رفتارهای ایذایی و مهار تکانه، رفتارهای خودآسیب‌رسانی، نارسایی در مهارت انجام تکالیف تحصیلی، نارسایی در خودگردانی و کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی به عنوان اولویت غربال‌گری انتخاب شد.

ب) ساخت ابزار: گام‌هایی که طی این مرحله برداشته شد عبارت بودند از:

گام ۱) تدوین بانک سؤال: پس از نهایی‌شدن فهرست مشکلات آسیب‌های روان‌شناختی شایع در بین کودکان، در این مرحله اقدام به شناسایی مؤلفه‌های الگو و استخراج نشانگرهای مربوط به هر یک از آنها شد. تبدیل نشانگرها به مجموعه عبارت‌ها برای قرار دادن در ابزار، منجر به تهیه بانک سؤال‌ها گردید. برای نسخه گزارش والدین حدود ۱۹۰ گزاره برای نشانه‌های روان‌شناختی تولید شد.

گام ۲) تهیه نسخه پیش‌مقدماتی یکم: بررسی گزاره‌های تولیدشده برای ابزار در جمعی از متخصصان بالینی حوزه آسیب‌های روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی، منجر به برخی از اصلاحات در عبارت‌پردازی‌های^۱ گزاره‌ها و انتخاب ۱۸۲ گویه برای قرار گرفتن در نسخه پیش‌مقدماتی یکم مقیاس شد.

گام ۳) تهیه نسخه پیش‌مقدماتی دوم: بررسی روایی صوری طی جلسات مصاحبه گروهی با والدین استان‌های البرز و سیستان و بلوچستان (حدود ۲۰۰ نفر)، اصلاحاتی در نسخه پیش‌مقدماتی یکم صورت گرفت و در پایان نسخه پیش‌مقدماتی دوم با ۱۲۵ گویه نهایی شد. هدف از این بخش

داشت — به عنوان مثال، شیوه کدگذاری که بایستی از صفر شروع می‌شد، از یک شروع شده بود — برای تسریع جایگزینی کدها اقدام به نگارش فایل نحوی شد. در پایان این مرحله برای اطمینان از اقدامات انجام گرفته در این مرحله، نسبت به واریسی مجدد کدها اقدام به عمل آمد و در موارد لازم این فرایند تا اطمینان از نبود کدهای اشتباه تکرار شد.

۴) تحلیل گم شده‌ها: جهت بررسی میزان داده‌های گم شده و بررسی وجود رابطه نظام‌دار بین این داده‌ها با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای گروه نمونه و مشخصات گویه‌ها این اقدام انجام شد. از آنجایی که نسبت داده‌های گم شده به طور متوسط زیر یک درصد در هر یک از سوال‌ها بود و رابطه منظمی هم مشاهده نشد، این داده‌ها با استفاده از شیوه درون‌یابی جایگزین شد.

۵) بررسی صحت و دقت پاسخ‌های ارائه شده توسط افراد: به منظور بررسی این که آیا افراد برای پاسخ‌دهی به گویه‌ها به کلیه نقاط پاسخ‌دهی توجه داشته‌اند یا نه و یا از الگوهای پاسخ‌دهی تصادفی استفاده کرده‌اند از روش ترنسپوز^۲ استفاده شد. بدین منظور نمودار ستونی درصدی تمام ۵۵۴ نفر تک‌به‌تک مشاهده شد.

۶) تحلیل فراوانی پاسخ‌های ارائه شده به سوال‌ها: این تحلیل برای بررسی این امر صورت گرفت که آیا کلیه نقاط طیف پاسخ‌دهی سوال‌ها توانسته‌اند فراوانی مناسبی را به خود اختصاص دهند که منجر به چولگی و یا اختصاص یافتن بخش اعظمی از پاسخ‌ها روی تعداد محدودی از گویه‌ها شده باشد.

۷) تحلیل گویه‌ها و بررسی ساختار عاملی اکتشافی: در این فرایند، از داده‌های گروه نمونه ۵۵۴ نفری برای تحلیل گویه‌ها و استخراج ساختار عاملی اکتشافی استفاده شد.

یافته‌ها

در طی فرایند تحلیل گویه‌ها بررسی نمودار ستونی درصدی، شاخص‌های مربوط به کجی، کشیدگی، ضرایب تمیز و

سنجش قابلیت درک و فهم گویه‌ها و متناسب‌سازی آن با ادبیات نگارشی و محاوره‌ای والدین بود.

گام ۴) بررسی روایی محتوایی^۱ نسخه پیش‌مقدماتی دوم: 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.

گام ۵) تهیه نسخه مقدماتی مقیاس: پس از اطمینان از روایی صوری و محتوایی نسخه پیش‌مقدماتی دوم، این مقیاس در جامعه والدین دوره ابتدایی استان‌های کرمانشاه، آذربایجان شرقی، فارس و خراسان رضوی اجرا شد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اقدام ورود آنها در نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار بسته آماری علوم اجتماعی (۳۱) شد. پس از ورود داده‌ها، مرحله تحلیل اکتشافی داده‌ها (۳۲) انجام یافت که در آن، اقدامات زیر صورت گرفت:

۱) مطابقت داده‌های ورودی با پرسشنامه‌های تکمیل شده: برای این منظور، حدود پنج درصد از پرسشنامه‌های تکمیل شده به‌طور تصادفی انتخاب و با داده‌های موجود در فایل ورود داده‌ها مورد مقایسه قرار گرفت.

۲) مطابقت داده‌ها با شیوه‌های کدگذاری پرسشنامه‌ها: برای بررسی جامع داده‌ها و اطمینان از صحت ورود کلی داده‌ها، با گرفتن فراوانی از پاسخ‌های ارائه شده برای هر یک از سوال‌های پرسشنامه‌ها و مطابقت آن با شیوه نمره‌گذاری مقیاس‌ها، به شناسایی کدهای اشتباه که به‌طور سهوی وارد فایل داده‌ها شده بودند، مبادرت شد. در این مرحله چند مورد کد اشتباه شناسایی شد.

۳) اصلاح کدهای اشتباه: برای جایگزینی کدهای اشتباه در مواردی از دستورالعمل کدگذاری مجدد برنامه اس پی اس اس استفاده شد و در مواردی که اشتباه‌های نظام‌دار وجود

میانگین گویه از ۱/۵ تا ۳/۵، ب) انحراف استاندارد کمتر از ۰/۵، پ) نمره استاندارد کجی بالای ۳، ت) نمره استاندارد کشیدگی بالاتر از ۵، ث) ضریب همبستگی نمره گویه با نمره کل مقیاس کمتر از ۰/۱۰، ج) مجذور ضریب همبستگی چندگانه پایین تر از ۰/۳۰، چ) ضریب آلفای کرونباخ پس از حذف گویه کمتر از ۰/۹۰، و ح) بیش از ۵۰ درصد از آزمودنی‌ها به یک گزینه پاسخ داده باشند. در ادامه، ۱۱۱ گویه باقی مانده جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی و بررسی ساختار درون مقیاس مورد استفاده قرار گرفت.

دشواری ۱۲۵ گویه مقیاس مدنظر قرار گرفت. در این مرحله، بیشتر گویه‌ها ضریب همبستگی مثبت با نمره کل مقیاس داشتند. این بدین معناست که در این حالت، بیشتر گویه‌ها همسو با نمره کل مقیاس هستند. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در شرایط حاضر، ۰/۹۵ به دست آمد. بررسی گویه‌ها براساس هشت ملاک زیر نشان داد که ۱۴ گویه، کفایت لازم برای حضور در مقیاس را ندارند. قاعده اتخاذ شده برای حذف گویه‌ها، مشکل دار بودن هریک از آنها در پنج ملاک از هشت ملاک مدنظر بود. ملاک‌ها عبارت بودند از: الف) خارج بودن

جدول ۱: محتوای گویه‌های حذف شده نهایی از نسخه مقدماتی گزارشی والدین سلامت روان شناختی کودکان

شماره	محتوا
۲۷	قسمت یا قسمت‌هایی از بدن خود را مجروح / زخم می‌کند.
۳۶	موی سر یا مژه خود را می‌کند
۳۸	رفتارهای جنسی نامتناسب با سن خود بروز می‌دهد
۴۳	از حضور در مدرسه یا جاهای دیگر به دلیل ترس جدایی از والدین امتناع می‌کند
۴۸	در صحبت، بازی یا نقاشی، حرکات و رفتارهای جنسی از خود نشان می‌دهد
۵۹	پوست دست خود را می‌کند
۶۲	حرکات تحریک کننده جنسی نسبت به بزرگسالان دارد
۷۳	برای نشان دادن خشم خود، از خانه، کلاس یا مدرسه فرار می‌کند.
۸۰	اشیای نوک تیز مانند مداد را در نقطه‌ای از بدنش وارد می‌کند.
۸۱	جراحی در بدن دارد که با دلایل ارائه شده برای آنها همخوانی ندارد یا دلایل متفاوتی برای آنها بیان می‌کند.
۸۷	زخم‌هایی دارد که نمی‌تواند حاصل افتادن و زمین خوردن باشد.
۱۰۶	سوختگی، زخم یا شکستگی در بدن دارد که حاصل اتفاق تصادفی نیست.
۱۰۷	حیوانات را اذیت می‌کند.
۱۲۲	از مدرسه یا خانه فرار می‌کند.

لازم به ذکر است که بررسی چولگی و کشیدگی به عنوان ملاکی برای انتخاب گویه‌ها موجبات بهبود شرایط داده‌ها برای برقراری مفروضه حاضر بهینه‌تر کرده بود (۳۴). خطی بودن روابط بین متغیرها نیز با تمرکز بر بررسی توزیع نمودار پراکنش دو متغیری گویه‌های دارای کجی بالا انجام شد (۳۴). این نمودارها نشان دادند که روابط بین گویه‌ها در اغلب موارد از نوع خطی و در موارد اندکی نزدیک به خطی است بنابراین به دلیل بالا بودن حجم نمونه، چنین مشکلات جزئی بر نتایج

تحلیل عاملی اکتشافی: قبل از انجام تحلیل عاملی، مفروضه‌های بهنجاری توزیع داده‌ها، خطی بودن روابط بین متغیرها، نبود داده‌های پرت، نبود هم‌خطی بودن و تکنیکی^۱ در داده‌ها و عامل‌پذیری ماتریس داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. به دلیل آنکه حجم نمونه حاضر برای تحلیل عاملی در حد عالی (۳۳) بود، بنابراین نیاز چندانی به بررسی بهنجاری توزیع متغیرها در آن وجود ندارد و حتی عدم بهنجاری توزیع برخی از متغیرها به نتایج حاصل خدش‌های وارد نخواهد ساخت. البته

1. Singularity

چندگانه و همچنین تکینی در بین داده‌ها بود. همچنین به دلیل آنکه مقدار شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر-میر-الکین^۲ (۳۵) به دست آمده برابر با ۰/۹۱ و شاخص آزمون کرویت بارتلت (۳۵) برابر ۲۵۴۸۵/۷۸۱ بود که با درجات آزادی ۶۱۰۵ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود، نشان از غیرصفر بودن دترمینان ماتریس ضرایب همبستگی بین گویه‌ها و قابلیت عامل‌پذیری ماتریس مربوطه داشت (۳۵). بنابراین در مجموع برقراری مفروضه‌ها انجام تحلیل عاملی مشخص و این تحلیل بر روی داده‌ها انجام شد.

حاصل تأثیرات بارزی نخواهد داشت. از سوی دیگر، غربالگری داده‌ها به منظور 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^۱ در تحلیل مؤلفه‌ها وجود ندارد و در نتیجه هم‌خطی چندگانه مشکل اساسی برای انجام آن به شمار نمی‌رود (۳۴) به بررسی مجذور ضرایب همبستگی چندگانه گویه‌ها پرداخته شد. به دلیل آنکه کلیه این ضرایب از ۰/۸۰ پایین‌تر بودند نشانگر مضاعفی بر عدم وجود مشکل هم‌خطی

جدول ۲: مؤلفه‌ها و مجموع مجذور بارگذاری حاصل از تحلیل مؤلفه‌های مقیاس مقدماتی گزارشی والدین سلامت روان شناختی کودکان

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس تراکمی	ارزش ویژه
یکم	۲۲/۱۸	۱۹/۹۹	۱۹/۹۹	۷/۴۱
دوم	۴/۳۰	۳/۸۷	۲۳/۸۶	۱۵/۸۳
سوم	۳/۶۱	۳/۲۵	۲۷/۱۲	۳/۷۴
چهارم	۳/۴۲	۳/۰۸	۳۰/۲۰	۳/۱۲
پنجم	۲/۳۷	۲/۱۳	۳۲/۳۴	۲/۹۳
ششم	۱/۸۴	۳/۳۶	۳۵/۷۱	۱/۴۷

این الگو پس از ۱۶ چرخش به دست آمد. لازم به توضیح است که برای نهایی کردن تعداد عامل، از نمودار صخره‌ای (۳۶) و میزان ارزش ویژه عامل‌های استخراج‌شده بعدی موجود در این تحلیل استفاده شد.

بررسی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد مؤلفه‌های یکم تا ششم را می‌توان مؤلفه‌های نارسایی در انجام تکالیف، رفتارهای ایذایی و خودآسیب‌رسان، اضطراب، فزون‌کنشی و نارسایی توجه، افسردگی، خودتنظیمی نام نهاد. جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که کلیه خرده‌مقیاس‌ها از ضرایب مناسب همگونی درونی برخوردارند و دامنه آنها بین ۰/۶۵ (خودتنظیمی) تا ۰/۹۰ (نارسایی در انجام تکالیف) است. همچنین بررسی ضرایب همبستگی گویه‌ها با خرده‌مقیاس‌ها

انجام تحلیل عاملی اکتشافی روی ماتریس همبستگی پیرسون حاصل از داده‌های گروه نمونه با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های متنوع روی تعداد عامل و میزان بارگذاری متغیرها نشان داد که روش عامل‌یابی حداقل مجذورات تعمیم‌یافته و چرخش ایکوامکس با نرمال‌سازی کیزر و محدود کردن تعداد عوامل به تعداد شش و حداقل مقدار بارگذاری هر گویه روی عوامل ۰/۲۰، منجر به استخراج عواملی می‌شود که دارای بیشترین همخوانی با ساختار نظری مقیاس گزارشی والدین سلامت روان شناختی کودکان هستند. در پایان نتایج تحلیل عاملی نشان داد ساختار شش مؤلفه‌ای که در مجموع ۳۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند (جدول ۲)، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای این داده‌ها است. شایان ذکر است که

2. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO)

1. Reverse matrix

نشان می‌دهد که این ضرایب بین ۰/۱۷ (گویه ۱۰۱) و ۰/۷۳ (گویه ۳۷) است.

جدول ۳: ویژگی‌های توصیفی گویه‌ها و خرده‌مقیاس‌های نسخه والدین مقیاس آسیب‌های روان‌شناختی کودکان

گویه	میانگین	انحراف استاندارد	بار عاملی	ضریب آلفا با حذف	همبستگی گویه با نمره کل	ضریب آلفا	
۸	۱/۶۵	۰/۷۸	۰/۵۹	۰/۹۰	۰/۶۰		
۱۹	۱/۹۲	۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۹۰	۰/۵۵		
۳۷	۱/۶۹	۰/۸۲	۰/۷۳	۰/۸۹	۰/۷۳		
۴۰	۱/۸۱	۰/۸۳	۰/۴۲	۰/۹۰	۰/۵۳		
۴۶	۱/۶۸	۰/۷۶	۰/۵۷	۰/۹۰	۰/۶۰		
۵۸	۱/۵۲	۰/۷۴	۰/۶۳	۰/۸۹	۰/۶۵	۰/۹۰	نارسایی در انجام تکالیف
۶۸	۱/۸۴	۰/۸۵	۰/۵۷	۰/۹۰	۰/۶۳		
۷۵	۲/۰۲	۰/۹۶	۰/۵۸	۰/۹۰	۰/۶۲		
۹۶	۱/۹۷	۰/۸۲	۰/۵۸	۰/۸۹	۰/۶۹		
۱۰۵	۱/۹۳	۰/۸۶	۰/۵۸	۰/۹۰	۰/۶۴		
۱۱۰	۲/۰۶	۰/۸۶	۰/۶۰	۰/۸۹	۰/۶۹		
۱۱۳	۱/۵۱	۰/۷۷	۰/۶۶	۰/۸۹	۰/۷۰		
۴	۱/۳۶	۰/۷۰	۰/۵۱	۰/۸۵	۰/۵۲		
۱۵	۱/۵۱	۰/۷۵	۰/۴۸	۰/۸۵	۰/۵۱		
۲۵	۱/۹۰	۰/۹۲	۰/۴۷	۰/۸۵	۰/۵۴		
۳۳	۱/۳۶	۰/۶۷	۰/۴۸	۰/۸۵	۰/۵۲		
۵۵	۱/۸۰	۰/۸۵	۰/۴۰	۰/۸۴	۰/۵۵	۰/۸۶	رفتارهای ایذایی و خودآسیب‌رسانی
۸۹	۱/۵۷	۰/۸۴	۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۵۴		
۹۲	۱/۴۷	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۸۵	۰/۵۳		
۹۳	۲/۲۷	۰/۹۶	۰/۴۴	۰/۸۴	۰/۵۶		
۹۹	۱/۴۱	۰/۷۲	۰/۵۲	۰/۸۴	۰/۵۶		
۱۱۴	۲/۰۹	۰/۹۲	۰/۵۴	۰/۸۴	۰/۶۵		
۱۲۰	۱/۲۳	۰/۵۶	۰/۶۲	۰/۸۴	۰/۵۸		
۱۲۳	۱/۲۱	۰/۴۹	۰/۳۶	۰/۸۵	۰/۳۸		
۵۷	۱/۳۹	۰/۷۳	۰/۷۰	۰/۷۶	۰/۶۲		
۶۹	۲/۲۷	۱/۱۴	۰/۳۳	۰/۸۰	۰/۳۶		
۷۴	۱/۵۳	۰/۸۴	۰/۵۳	۰/۷۷	۰/۵۰		
۷۸	۱/۵۹	۰/۸۳	۰/۶۲	۰/۷۶	۰/۵۹		
۷۹	۱/۷۹	۰/۸۱	۰/۳۶	۰/۷۸	۰/۴۲	۰/۷۹	اضطراب
۸۲	۱/۳۵	۰/۷۲	۰/۴۷	۰/۷۹	۰/۳۸		
۸۸	۱/۷۲	۰/۹۰	۰/۳۱	۰/۷۸	۰/۴۵		
۹۰	۱/۵۶	۰/۷۷	۰/۵۶	۰/۷۷	۰/۵۵		
۱۱۲	۱/۳۱	۰/۵۷	۰/۲۹	۰/۷۹	۰/۳۵		
۱۱۷	۱/۶۸	۰/۹۲	۰/۲۸	۰/۷۹	۰/۳۳		
۱۲۱	۱/۶۲	۰/۸۱	۰/۶۴	۰/۷۷	۰/۵۲		
۲	۱/۵۳	۰/۷۹	۰/۴۴	۰/۸۰	۰/۴۲	۰/۸۱	فزون‌کنشی و نقص توجه
۳	۲/۰۷	۰/۸۹	۰/۳۹	۰/۸۰	۰/۴۲		
۱۳	۱/۸۸	۰/۸۹	۰/۴۷	۰/۷۹	۰/۵۱		

گویه	میانگین	انحراف استاندارد	بار عاملی	ضریب آلفا با حذف	همبستگی گویه با نمره کل	ضریب آلفا
۱۴	۱/۸۷	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۸۰	۰/۴۶	
۲۳	۱/۷۰	۰/۸۶	۰/۳۵	۰/۸۰	۰/۴۱	
۳۲	۱/۵۶	۰/۸۴	۰/۳۸	۰/۸۱	۰/۳۷	
۵۰	۲/۲۵	۱/۰۵	۰/۴۰	۰/۷۹	۰/۵۲	
۵۱	۲/۳۲	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۸۰	۰/۴۷	
۶۳	۱/۸۲	۰/۸۳	۰/۴۶	۰/۷۹	۰/۵۲	
۷۲	۱/۶۹	۰/۷۹	۰/۳۶	۰/۸۰	۰/۴۹	
۷۶	۱/۶۳	۰/۸۴	۰/۵۸	۰/۷۹	۰/۵۸	
۸۶	۱/۵۸	۰/۷۸	۰/۲۶	۰/۸۰	۰/۴۰	
۶	۱/۸۰	۰/۸۳	۰/۳۴	۰/۷۴	۰/۳۵	
۳۵	۱/۲۴	۰/۶۱	۰/۳۵	۰/۷۴	۰/۳۶	
۴۵	۱/۳۹	۰/۶۸	۰/۵۶	۰/۷۴	۰/۳۶	
۵۳	۱/۷۸	۰/۹۲	۰/۳۳	۷۴۰	۰/۴۰	
۵۶	۱/۳۵	۰/۷۲	۰/۵۰	۰/۷۲	۰/۵۰	
۶۴	۱/۳۴	۰/۶۷	۰/۳۶	۰/۷۴	۰/۳۹	۰/۷۵
۶۶	۱/۳۶	۰/۶۸	۰/۲۸	۰/۷۴	۰/۳۷	
۹۴	۱/۳۷	۰/۶۹	۰/۳۹	۰/۷۳	۰/۴۴	
۱۱۵	۱/۶۵	۰/۸۲	۰/۳۶	۰/۷۳	۰/۴۶	
۱۱۸	۱/۲۵	۰/۵۸	۰/۳۵	۰/۷۴	۰/۳۷	
۱۱۹	۱/۳۵	۰/۶۴	۰/۳۸	۰/۷۳	۰/۴۳	
۱۷	۲/۰۲	۰/۹۸	۰/۳۶	۰/۶۲	۰/۳۴	
۲۹	۲/۵۶	۱/۱۳	۰/۳۰	۰/۶۶	۰/۱۹	
۴۲	۲/۰۶	۰/۹۰	۰/۳۱	۰/۶۴	۰/۲۳	
۶۰	۲/۱۷	۰/۸۷	۰/۴۰	۰/۶۰	۰/۴۵	
۶۱	۲/۶۹	۱/۰۷	۰/۳۹	۰/۶۴	۰/۲۷	۰/۶۵
۶۵	۲/۱۵	۰/۹۲	۰/۴۵	۰/۶۰	۰/۴۵	
۷۰	۲/۰۲	۰/۸۴	۰/۴۰	۰/۶۱	۰/۴۲	
۸۵	۱/۷۹	۰/۹۰	۰/۳۲	۰/۶۳	۰/۳۲	
۱۰۱	۲/۷۹	۱/۰۸	۰/۳۸	۰/۶۶	۰/۱۷	
۱۰۸	۱/۸۱	۰/۸۰	۰/۳۳	۰/۶۱	۰/۴۱	

افسردگی

خودتنظیمی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی کفایت روان سنجی گویه‌ها و ساختار عاملی اکتشافی مقیاس مقدماتی سلامت روان شناختی کودکان مقطع ابتدایی انجام گرفت. از امتیازهای مقیاس حاضر می‌توان به وجود خرده مقیاس‌های خودگردانی و کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی اشاره کرد؛ در صورتی که سایر مقیاس‌ها چنین امکانی را فراهم نمی‌سازند. از سوی دیگر این مقیاس برای فرهنگ بومی و ایرانی طراحی شده است. کارایی

محدود و شواهد روان‌سنجی ضعیف نیز از دیگر مشکلات مقیاس‌های موجود هستند (۳۷) که در مقیاس حاضر به چشم نمی‌خورند. نتایج حاصل از انجام تحلیل عاملی اکتشافی داده‌ها حاکی از وجود هفت مؤلفه بود که شش مؤلفه حاصل، تطابق لازم با بنیان نظری مقیاس را دارا بوده و مؤلفه هفتم حذف گردیده است. یافته‌ها نشان داد مقدار شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری ۰/۹۱ درصد است که با مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل‌پذیری

۰/۶۰ درصد (۳۴) فاصله نسبتاً محسوسی دارد. به نظر کیسر (۳۵) این مقدار از شاخص نمونه برداری در دامنه عالی قرار دارد. این یافته بدین معنا است که مولفه‌های موجود در داده‌های مورد تحلیل به میزان مناسبی از هم قابلیت تفکیک دارند و می‌توان آنها را از ماتریس مورد تحلیل استخراج کرد؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت درحالی که مفاهیم و سازه‌های تعبیه شده در مقیاس هم به لحاظ مفهومی و هم آماری با هم در ارتباط هستند، ولی گویه‌های تعبیه شده برای سنجش آنها طوری تهیه شده است که امکان تشخیص و جداسازی آنها از هم را فراهم ساخته است و گویه‌ها توسط افراد گروه نمونه طوری پاسخ‌دهی شده است که هر گروه از گویه‌ها که به لحاظ مفهومی در ارتباط بیشتر با یکدیگر هستند، به لحاظ آماری نیز دارای قوی‌ترین روابط با همدیگر هستند. معنادار بودن آزمون کرویت بارلت (۳۸) هم نشان می‌دهد که ماتریس گویه‌های قرار گرفته در مقیاس دارای روابط قوی و مناسبی هستند که می‌تواند منجر به استخراج مولفه‌هایی از ماتریس داده‌ها شود.

در ضمن نتایج تحلیل عامل‌های اکتشافی انجام شده نشان داد در شرایط استفاده از روش عامل‌یابی مولفه‌های اصلی و چرخش ایکوامکس، عواملی حاصل گردیده که بهترین مطابقت را با مبانی نظری نشان می‌دهد. دلیل حصول ساختار ساده با استفاده از روش عامل‌یابی مولفه‌های اصلی، وجود میزان بالای واریانس اختصاصی گویه‌ها در مقایسه با واریانس مشترک بین آنها دانست (۳۹). دلیل استفاده از چرخش ایکوامکس را هم می‌توان به دلیل وجود روابط نظری و آماری قوی بین سازه‌های تعبیه شده در مقیاس دانست که نسبت به هم هستند و این روش توانسته است آنها را از هم جدا کند (۳۹). روش ایکوامکس در ابتدا به عنوان حد فاصل میان چرخش واریماکس و کواریماکس پیشنهاد شد (۴۰).

دامنه ضرایب همگونی درونی (آلفای کرونباخ) مولفه‌های استخراجی در نسخه مقدماتی مقیاس سلامت روان شناختی کودکان بین ۰/۶۵ (خودتنظیمی) تا ۰/۹۰ (نارسایی در انجام

تکالیف) است. کلیه این ضرایب از نظر میچل و جولی (۴۱) در حد خوب و بالاتر از آن است. این یافته‌ها نشان دادند که به جز مؤلفه هفتم، دیگر مؤلفه‌ها از نظر انسجام درونی و روابط بین گویه‌ها در وضعیت قابل قبولی قرار دارند درحالی که گویه‌های قرار گرفته در مؤلفه هفتم از انسجام کمتری برخوردار بودند. شاید بتوان این نکته را بدین گونه تبیین نمود که خودتنظیمی سازه‌ای است که در مقایسه با دیگر مؤلفه‌ها از پیچیدگی بیشتری برخوردار بوده و بنابراین تعداد کم و محدود گویه‌ها نتوانسته بازنمایی مناسبی از شاخص‌های مربوطه باشد؛ بنابراین نیازمند تهیه گویه‌های بیشتر و دقیق‌تر برای این مؤلفه هستیم.

نکته دیگری که باید بدان اشاره کرد این است که در پژوهش حاضر و پس از تحلیل عاملی اکتشافی، دو مؤلفه رفتارهای ایذایی و آسیب به خود با هم ادغام شدند. از دلایل احتمالی این امر می‌توان به وجود همپوشی‌های اساسی مفهومی بین رفتارهای ایذایی و آسیب به خود اشاره کرد؛ بنابراین برای بازآفرینی این خرده‌مقیاس در ابزار نیاز به بررسی‌ها و بازنگری‌های نظری و پژوهشی در این خصوص و یافتن گویه‌های مناسب‌تر برای ارزیابی آن به چشم می‌خورد که بتواند افتراق‌های مفهومی و علامت شناختی اختصاصی آن را در کنار سایر سازه‌های نزدیک‌تر نشان دهند. عدم توجه به افتراق‌های علامت شناختی موجود بین سازه‌ها منجر به عدم بارگذاری مناسب گویه‌ها بر روی عامل مدنظر، شده و دستیابی به ساختار نظری ابزار در داده‌ها را ناممکن خواهد ساخت (۴۲).

از آنجایی که از ابتدا هدف سازندگان ابزار، وجود خرده‌مقیاسی برای ارزیابی کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی بود و به همین جهت گویه‌هایی برای آن تهیه شد، ولی در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل گویه‌ها این خرده‌مقیاس به دست نیامد. عوامل مختلفی همانند تابو بودن مسئله، ضعف قانون در حمایت از کودکان آزار دیده و ترس از فرد آزاردهنده و قربانی شدن مجدد باعث شده تا موارد

اندکی از سوءاستفاده جنسی از کودکان شناسایی و گزارش شوند و در نتیجه روند مواجهه با این مشکل همچنان کند باقی بماند.

نسخه مقدماتی گزارشی والدین سلامت روان شناختی کودکان قابلیت استفاده در مجموعه‌های آموزشی، خدماتی و درمانی را داراست. در حال حاضر، این ابزار قابلیت استفاده برای اندازه‌گیری شش آسیب (نارسایی در انجام تکلیف، رفتارهای ایذایی و خودآسیب‌زنی، اضطراب، فزون‌کنشی و نارسایی توجه، افسردگی و خودتنظیمی) را داراست، ولی برای تکمیل آن لازم است در کنار رفع اشکالات موجود در خرده‌مقیاس‌های دیگر، اقدام دیگری برای توسعه ابزار و ایجاد خرده‌مقیاس کودکان در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی صورت گیرد. علاوه بر این، لازم است براساس شیوه‌های روایی دیگر، مثل روش‌های همزمان، واگرا و همگرا به بررسی بیشتر در خصوص روایی آزمون پرداخته شود و همچنین از اعتبار مجدد یا بازآزمون و دونیمه کردن برای ارزیابی بیشتر اعتبار ابزار استفاده شود. افزون بر آنچه گفته شد، نیاز است تغییرناپذیری ساختار عاملی ابزار در گروه‌های جنسیتی بررسی شود تا مشخص شود که این ابزار قابلیت استفاده در گروه‌های

جنسیتی دختران و پسران را داراست. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که از تحلیل‌های مدرن براساس الگوی نظریه سؤال-پاسخ، برای مشخص شدن نقش و جایگاه هر سوال در ابزار استفاده شود.

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 تقسیم کار 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. بدین ترتیب از زحمات تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش یاری کرده‌اند تشکر می‌شود.

تضاد منافع: در مندرجات مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Shokuhi-Yekta M, Prand A. Behavioral disorder of children and Teenager. Tehran: Tiemorzadeh-Tayeb; 2009, pp: 25-27. [Persian].
2. Pandean, K. Health psychology. New York: McGraw Hill; 2002, pp: 43-50.
3. Wood JJ, Cowan PA, Baker BL. Behavior problems and peer rejection in preschool boys and girls. *J GENET PSYCHOL.* 2002; 163(1): 72-88.
4. Duncan GJ, Brooks-Gunn J, Klebanov PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development.* 1994; 65(2): 296-318.
5. Mendez JL, Fantuzzo J, Cicchetti D. Profiles of social competence among low-income African American preschool children. *Child Development.* 2002; 73(4): 1085-1100.
6. Stiffler MC, Dever BV. Mental health screening at school: Instrumentation, implementation, and critical issues. New York: Springer; 2015, pp: 109-110.
7. Baumeister AA, Sevin JA. Pharmacologic control of aberrant behavior in the mentally retarded: Toward a more rational approach. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008; 14(3): 253-262.
8. Saucer SH, Waller RJ. A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorder. *Arts Psychother.* 2008; 33(1): 1-10.
9. Tomblin JB, Zhang X, Buckwalter P, Catts H. The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000; 41(4): 473-482.
10. Walker HM. Antisocial behavior in school: Strategies and best practices. New York: Brooks/Cole Publishing Co; 1995; pp: 52-53.
11. Tilly WD. The evolution of school psychology to science-based practice: Problem solving and the three-tiered model. *Best Practices in School Psychology.* 2008; 1: 17-36.
12. Dever BV, Raines TC, Barclay CM. Chasing the Unicorn: Practical Implementation of Universal Screening for Behavioral and Emotional Risk. *School Psychology Forum.* 2012; 6(4): 108-118.
13. Efland DF, Hansen M. Anxiety and depression in a village of Lesotho: A comparison with the United States British. *Journal of Psychiatry.* 2009; 159: 343-350.
14. Gold L, Black, QC, Baldwin S. Defining adolescent behavior disorder: An overview. *Journal of Adolescence.* 2009; 21: 1-13.
15. Pendleton LN. Psychiatric epidemiology. *Archives of General psychiatry.* 2009; 35: 697-702.
16. Mohseni F. Survey behavioral and emotional disorders students schools Yazd Province [Thesis for Master of Science]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology, University of Shahid Beheshti; 2010; 23-25. [Persian].
17. Sirati H. Effective lack father to behavioral disorders children under support Komitye Emdad [Thesis for Master of Science]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology, Tarbiyate Moalem University; 2010. [Persian].
18. Nejati V. Epidemiology of behavioral disorders in students of Tehran. *Journal of Medical Council of Iran.* 2012; 30(2): 33-41. [Persian].
19. Sibert JR, Payne EH, Kemp, AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJH, Lyons RA, Butler I. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl.* 2002; 26: 267-276.
20. Meston CM, Heiman JR, Trapnell PD, Carlin AS. Ethnicity, desirable responding, and self-reports of abuse: A comparison of European- and Asian-ancestry undergraduates. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67: 139-144.
21. Rahimi-Movaqar A, Babaie N, Rostami MR. Epidemiology of child abuse in two district of Tehran. *Journal of Social Welfare.* 2003; 2(7): 141-162. [Persian].
22. Kamphaus RW, Reynolds CR. Behavioral & emotional screening system. New York: Pearson; 2000, pp: 71-72.
23. Weis R, Lovejoy MC, Lundahl BW. Factor structure and discriminative validity of the Eyberg Child Behavior Inventory with young children. *J Psychopathol Behav Assess.* 2005; 27(4): 269-278.

24. Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, Feins A, Lamb S, Fenton T. Pediatric Symptom Checklist: screening school-age children for psychosocial dysfunction. *The Journal of Pediatrics*. 1988; 112(2): 201-209.
25. Gardner W, Murphy M, Childs G, Kelleher K, Pagano M, Jellinek M, McInerney TK, Wasserman RC, Nutting P, Chiappetta L. The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist including psychosocial problem subscales: A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*. 1999; 5: 225-236.
26. Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, recommendation and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. *Health Education Research*. 2007; 22(5): 665-676.
27. Achenbach TM. Integrative guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles. Burlington: University of Vermont. 1991.
28. Kilgus SP, Von Der Embse NP. Social, Academic, and Emotional Behavior Risk Screener (SAEBRS). Minneapolis, MN: Theodore J. Christ & Colleagues; 2015, pp: 221-222.
29. Gratz KL. Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional in expressivity, and affect intensity/reactivity. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76(2): 238-250.
30. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral science. Tehran: Agah; 2015 [Persian].
31. SPSS Inc. SPSS Statistical Algorithms. Chicago: SPSS Inc; 2016.
32. Tukey JW. Exploratory data analysis. Reading, MA: Addison-Wesley; 1977.
33. Comrey AL, Lee HB. A first course in factor analysis. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1992
34. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (4th ed.). Boston, M A: Allyn and Bacon; 2007
35. Kaiser, H. F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39: 31-36.
36. Cattell RB. The Scientific use of factor analysis. New York: Plenum; 1978.
37. Elias MJ, Haynes NM. Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *Sch Psychol Q*. 2008; 23: 474-495.
38. Bartlett MS. Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Statistical Psychology*. 1950; 3: 77-85.
39. Housman HA. Multivariate analysis in behavioral research. Tehran: Parsa Publication; 2001 [Persian].
40. Saunders DR. An analytical method for rotation to orthogonal simple structure. *American Psychologist*. 1953; 8: 10-53.
41. Lackey NR, Sullivan JJ, Pett MA. Making Sense of Factor Analysis: The Use of Factor Analysis for Instrument Development in Health Care Research. California: Thousand Oaks; 2003, pp: 29-30.
42. Mitchell ML, Jolley JM. Research design explained (5th edition). Victoria: Wadsworth Publisher; 2004, pp: 112-113.

Parent Form of Psychological Pathology for Children: Preliminary Study of Development and Psychometric Properties

Saeed Akbari-Zardkhaneh^{*1}, Maryam Alebuieh², Alimohammad Zanganeh³, Nader Mansurkiaie⁴, Mohsen Jallalat-Danesh⁵, Mojtaba Mahdavi⁶

1. Assistant Professor, Department of Educational and Developmental Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran
2. M.A. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Physician, Preventive Department of Judicial System, Tehran, Iran
4. Ph.D. in Social Communications Sciences, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
5. M.A. in International Law, Preventive Department of Judicial System, Tehran, Iran
6. Ph.D. Student of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran

Received: August 6, 2017

Accepted: November 29, 2017

Abstract

Background and Purpose: Behavioral disorders are prevalent and disabling, which cause many problems for family and children and are accompanying with social negative consequences. Present study aims to develop a scale of psychological pathology for children-parent form.

Method: An initial item pool of 190 was generated and after first edition 125 items were selected to comprise the preliminary version of the scale. Population includes parents of elementary school students in six states of Alborz, Eastern Azerbaijan, Sistan & Baluchestan, and Fars & Khorasan Razavi. Sample includes about 100 parents in each state which were randomly chosen from two cities in each state. In sum, sample consists of 600 parents.

Results: Results from item analysis supported the exclusion of 14 items. Factor analysis with generalized least squares method and equamax rotation was performed on the item responses and yielded a 6 factor solution which is consistent with the theoretical framework. Reliability coefficients of subscales ranged between 0.65 (self-regulation) and 0.90 (homework deficiency). Evaluation of correlation coefficients between items and subscales illustrated those coefficients to vary between 0.17 (item 101) and 0.73 (item 37).

Conclusion: Findings suggest that the preliminary scale of psychological health for children-parent form has adequate psychometric properties, and further research can improve it.

Keywords: Mental health, child, scale development

Citation: 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. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 152-164.

***Corresponding author:** Saeed Akbari-Zardkhaneh, Assistant Professor, Department of Educational and Developmental Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
Email: Akbari76ir@yahoo.com Tel: (+98) 021- 29905382