

عامل‌های بنیادی در اختلال‌های کودکان بر پایه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکولار^۱

حسین قمری گیوی^۲، بهنام خشنودنیای چماچائی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین عامل‌های بنیادی در اختلال‌های کودکان بر پایه سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکولار بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهرستان اردبیل در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ بودند. گروه نمونه شامل ۲۰۰ نفر از کودکان و نوجوانان (۸۸ پسر و ۱۱۲ دختر) مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی بودند که به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکولار بود. تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که سه عامل برون‌ریزی، درون‌ریزی (اضطرابی) و جسمانی‌شده قابل استخراج است. همچنین، نتایج نشان داد که دو اختلال مشکلات تفکر و توجه به علت حضور در دو عامل ۱ و ۳، بیشتر به‌عنوان یک عامل مشترک در آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان عمل می‌کنند. بر این اساس می‌توان گفت که سه عامل اختلال‌های برون‌ریزی، درون‌ریزی و جسمانی‌شده به‌عنوان اختلال‌های محوری هستند که به‌وسیله سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکولار قابل شناسایی هستند. مشکلات تفکر، اجتماعی و توجه به‌عنوان عوامل مشترک قابل طبقه‌بندی محسوب می‌شوند. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت سیاهه رفتاری کودک ابزار مناسبی برای استفاده در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی است.

واژگان کلیدی: عامل‌های بنیادی، اختلال‌های کودکان، سیاهه رفتاری کودک

مقدمه

اختلال‌های رفتاری در کودکان و نوجوانان مشکلات شایع و ناتوان کننده‌ای هستند که برای والدین، معلمان و کودکان مشکلات فراوانی را ایجاد می‌کنند و با تعداد زیادی از مشکلات اجتماعی همبودی دارند. اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های

۱. مقاله حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه محقق اردبیلی است و با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شده است.

۲. استاد مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی h_ghamarigivi@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

شروع دوره ابتدایی مشاهده می‌شوند و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج می‌رسند. این اختلال‌های به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی کودکان و نوجوانان تاثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری روانی در بزرگسالی را افزایش می‌دهند (پاندینا^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). طی سه دهه اخیر، بررسی مشکلات رفتاری و روانی کودکان و نوجوانان به‌عنوان یکی از موضوعات اساسی روانپزشکی و روانشناسی تبدیل شده است. توسعه امکانات آموزشی و پژوهشی ویژه‌ی مشکلات و بیماری‌های روانی کودکان و نوجوانان در مدارس و دانشگاه‌ها و همچنین انتشار کتاب‌ها و مجله‌های تخصصی در این زمینه نشان‌دهنده اهمیت این موضوع است (کار^۲، ۲۰۰۶).

یکی از شیوه‌های بررسی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان که با رویکرد سنجش رفتاری سازگار است و به تغییرپذیری میان موقعیت‌ها و شرایط نیز توجه دارد و همچنین در سنجش کودکان از منابع اطلاعاتی مختلف استفاده می‌کند، شیوه‌ای است که آخنباخ و مک‌کوناگی آن را ابداع کرده‌اند (آخنباخ^۳، ۱۹۹۱؛ آخنباخ، مک‌کوناگی و هاول^۴، ۱۹۹۲). این شیوه به نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ^۵ معروف است. سنجش مبتنی بر تجربه به شیوه‌هایی اشاره دارد که بر مشاهده و آزمایش مبتنی هستند و از طریق این ابزارها رد یا تأیید می‌شوند. فرم گزارش والدین در نظام آخنباخ، مدلی چندمحوری است که برای سازماندهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف چارچوبی را فراهم می‌کند (استانگر^۶، ۱۹۹۶). آخنباخ و همکارانش بر اساس شیوه‌های آماری مانند تحلیل عاملی، این مدل را توسعه دادند و به دو عامل کلی درونی‌سازی^۷ و برونی‌سازی^۸ دست یافتند (آخنباخ و رسکولار^۹، ۲۰۰۱).

در این پژوهش اعتبار سازه در چارچوب روش تحلیل عاملی بررسی شده است. عامل یک متغیر پنهان است که در افراد مختلف، متفاوت است. مدل تحلیل عاملی، ابعادی از

1. Pandina
2. Carr
3. Achenbach
4. McConaghy & Howell
5. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
6. Stanger
7. Internalizing
8. Externalizing
9. Rescolar

سندرم‌های دوران کودکی را فراهم می‌کند. در ابعاد سنتی، تفاوت بین نمرات کودکان در سندرم‌های خاص از نظر کمیت بسیار مشهودتر از کیفیت است. کودکان بهنجار در این ابعاد نمرات مشخصی به دست می‌آورند و کودکانی که مشکلات معینی دارند، نمرات دیگری را کسب خواهند کرد؛ بنابراین، حتی زمانی که کودک به‌طور معمول فرد پرخاشگری نیست، ممکن است پرخاشگری هنوز در او پنهان باشد (سی جکسون^۱، ۱۹۷۳؛ به نقل از هارتمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). آن چیزی که بیشتر از همه در نظر گرفته می‌شود، عدم پیوستگی بین کودکان مبتلا به سندرم و کودکان عادی است. در واقع، تمایز بین قابل‌مشاهده بودن و غیر قابل‌مشاهده بودن سندرم‌ها برای گسترش آسیب‌شناسی روانی اساسی است (راتر و پیکلز^۳، ۱۹۹۰). تحلیل عاملی، روایی سازه ابعاد سندرم‌ها را با تحلیل ساختار درونی ابزار از طریق مدل‌سازی بررسی می‌کند (هارتمن و همکاران، ۱۹۹۹). در این پژوهش از سیاهه رفتاری کودک^۴ با روش تحلیل عامل اکتشافی استفاده شد. این سیاهه در بسیاری از کشورها بر روی کودکان و نوجوانان با فرهنگ‌های مختلف (ورنمو و هیردال^۵، ۱۹۹۸؛ مک کلوی، دیویس، سانگ، پیکرینگ و تو^۶، ۱۹۹۹؛ استیونس، پلس، بنگی-ارسلن، ورهالت، استیونز^۷ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویسز، سمسونگ، چایاسیت، ویس^۸ و همکاران، ۱۹۹۳؛ زاکسکین، پیلکاسکیت-والیکین، مالینسکیکن و کراتاویسین^۹، ۲۰۰۴) و حتی نوجوانان پناهنده با فرهنگ‌های مختلف (مولیکا، پوول، سان، موری و تور^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ روسو و دراپو^{۱۱}، ۱۹۹۸؛ سوراندر^{۱۲}، ۱۹۹۸) اجرا شده است. همچنین، سیاهه رفتاری کودک در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. از جمله در پژوهش آخنباخ (۱۹۹۱) که در بعد سنتی هشت سندرم گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، اضطراب/افسردگی،

1. See-Jackson
2. Hartman
3. Rutter & Pickles
4. Child Behavior Checklist
5. Kvernmo, S., & Heyerdahl
6. McKelvey, Davies, Sang, Pickering & Tu
7. Stevens
8. Weisz, Somsong, Chaiyasit, Weiss
9. Zukauskienė, Pilkauskaitė-Valickienė, Malinauskienė & Krataviciene
10. Mollica, Poole, Son, Murray & Tor
11. Rousseau, C., & Drapeau
12. Sourander

مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار مجرمانه و رفتار پرخاشگری را از سیاهه رفتاری کودک استخراج کرد. روسل، سابرامانیان، سادهکر^۱ و روسل (۲۰۰۵) در پژوهشی به تحلیل عامل اکتشافی سیاهه رفتاری کودک پرداختند و شش عامل هیجان منفعل، اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، گوشه‌گیری، مشکلات تفکر و رفتار پرخاشگری را از این مقیاس استخراج کردند. همچنین پاندولفی، مگیار و دیل^۲ (۲۰۰۹) در پژوهشی شش عامل هیجان منفعل، اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، گوشه‌گیری، مشکلات تفکر و رفتار پرخاشگری را در دو بعد درون‌ریزی و برون‌ریزی گزارش کردند. در پژوهشی دیگر پاندولفی، مگیار و دیل (۲۰۱۳) در پژوهشی سیاهه رفتاری کودک را با روش تحلیل عامل بررسی کردند که نتایج پژوهش آنها از دو عامل درون‌ریزی و برون‌ریزی حمایت کرد. در ایران نیز مینایی (۱۳۸۵) با استفاده از روش تحلیل عامل از هشت عامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری در این مقیاس حمایت کرد.

روش پژوهش

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی و مشاوره شهرستان اردبیل در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۱ بودند. گروه نمونه شامل ۲۰۰ کودک و نوجوان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ به طوری که چهار مرکز درمانی و مشاوره در این زمینه همکاری داشتند. شیوه جمع‌آوری اطلاعات بدین گونه بود که هدف پژوهش را با والدین یا سرپرست کودکان و نوجوانانی که به مراکز درمانی و مشاوره مراجعه می‌کردند در میان گذاشته شد و در صورت تمایل به همکاری، جزئیات و نحوه تکمیل پرسشنامه به آنها اطلاع داده شد.

ابزار پژوهش سیاهه‌ی رفتاری کودک بود. این سیاهه توسط آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۱) برای کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال تدوین شده است. سیاهه‌ی رفتاری کودک را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا

-
1. Russell, Subramanian, Sunhakar
 2. Pandolfi, Magyar & Dill

هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ‌دهنده ابتدا تعدادی سوال را که شایستگی‌های کودک را می‌سنجد و همچنین تعدادی سوال باز-پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند. آن بخش از این سیاهه که مشکلات عاطفی-رفتاری را می‌سنجد شامل ۱۱۳ سوال اصلی و ۸ سوال فرعی است که در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (۰= نادرست؛ ۱= تا حدی یا گاهی درست؛ ۲= کاملاً یا غالباً درست) نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه ۸ مشکل یا سندرم عاطفی-رفتاری را اندازه می‌گیرد که شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری)، رفتار قانون‌شکنانه و رفتار پرخاشگرانه است. تعداد ۱۷ سوال به هیچ یک از این سندرم‌ها تعلق ندارند و تحت عنوان "سایر مشکلات" طبقه‌بندی می‌شوند. آزمون مجدد اعتبار کل سیاهه ۰/۹۴ و برای اضطراب/افسردگی ۰/۸۲، گوشه‌گیری/افسردگی ۰/۸۹، شکایات جسمانی ۰/۹۲، مشکلات اجتماعی ۰/۹۰، مشکلات تفکر ۰/۸۶، مشکلات توجه ۰/۹۲، رفتار قانون‌شکنی ۰/۹۱ و رفتار پرخاشگری ۰/۹۰ و همچنین آلفای کرونباخ برای کل سیاهه ۰/۹۷ و برای اضطراب/افسردگی ۰/۸۴، گوشه‌گیری/افسردگی ۰/۸۰، شکایات جسمانی ۰/۷۸، مشکلات اجتماعی ۰/۸۲، مشکلات تفکر ۰/۷۸، مشکلات توجه ۰/۸۶، رفتار قانون‌شکنی ۰/۸۵ و رفتار پرخاشگری ۰/۹۴ گزارش شده است (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱). مینایی (۱۳۸۷) همبستگی درونی این سیاهه را در دامنه‌ی ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. فاصله اطمینان ۹۵ درصد در اطراف این همبستگی‌ها نشان داد که هیچ کدام از سندرم‌ها با یکدیگر همپوشی کامل ندارند که این موضوع نشانگر روایی تشخیصی سندرم‌های این سیاهه است.

یافته‌های پژوهش

این پژوهش بر روی ۲۰۰ نفر از کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی انجام شد که ۸۸ نفر از شرکت‌کنندگان پسر و ۱۱۲ نفر دختر بودند. دامنه‌ی سنی

شرکت کنندگان بدین صورت بود: ۳۷ نفر ۸-۶ سال، ۳۳ نفر ۱۰-۸ سال، ۳۲ نفر ۱۲-۱۰ سال، ۶۵ نفر ۱۴-۱۲ سال، ۲۸ نفر ۱۶-۱۴ سال و ۵ نفر ۱۸-۱۶ سال.

در این پژوهش مدل آخنباخ (آخنباخ و رسکولار، ۲۰۰۱) که به وسیله ۱۰۳ سوال اصلی و زیر سوال اندازه گیری می شود، مورد آزمون قرار گرفت. زمانی که طول پرسشنامه زیاد است به گونه ای که تعداد ۵ الی ۸ سوال روی هر عامل بار می شود، غیرممکن است که مدل مورد نظر برازش رضایت بخشی با داده ها داشته باشد. در این گونه موارد استفاده از بسته های سوال، مناسب خواهد بود (فلوید و ویدامن، ۱۹۹۵). در پژوهش حاضر نشانگرهای سندرم ها از طریق تقسیم تصادفی سوال های هر سندرم به ۳ گروه و جمع کردن نمره سوال های هر گروه شکل گرفت. در واقع، بر اساس سوال های مربوط به هر سندرم تعداد ۳ بسته برای هر سندرم ایجاد شد. بر اساس ۱۰۳ سوال، تعداد ۲۴ بسته سوال به وجود آمد. موردی که پیش از انجام تحلیل عاملی باید کنترل می شد، اطمینان از عدم برابری ماتریس همبستگی با صفر در جامعه بود. به منظور بررسی این مطلب از آزمون KMO و کرویت بارتلت استفاده شد. مقصود از اجرای این آزمون، رد فرضیه صفر مبنی بر درست بودن ماتریس واحد در جامعه است. مقدار KMO به دست آمده در این پژوهش برابر با ۰/۷۸ بود که کفایت نمونه گیری را نشان می دهد.

جدول ۱. ویژگی های توصیفی بسته های سوال و بارهای عاملی

سندرم ها	بسته های سوال	شماره سوال	میانگین	انحراف استاندارد	بار عاملی
	۱	۱۱۲، ۳۳، ۳۰، ۱۴	۳/۵۹	۲/۴۶	۰/۸۳
اضطراب/افسردگی	۲	۷۱، ۴۵، ۳۲، ۲۹	۴/۳۰	۱/۳۹	۰/۷۲
	۳	۹۱، ۵۲، ۵۰، ۳۱	۲/۷۹	۱/۶۰	۰/۷۸
	۱	۱۰۳، ۷۵، ۵	۲/۳۷	۱/۵۹	۰/۸۵
گوشه گیری/افسردگی	۲	۱۰۲، ۶۵، ۴۲	۲/۱۹	۱/۷۹	۰/۸۱
	۳	۱۱۱، ۶۹	۱/۵۱	۱/۳۹	۰/۷۴
	۱	g۵۶، c۵۶، ۵۴، ۴۷	۱/۸۴	۱/۶۲	۰/۷۵
شکایات جسمانی	۲	b۵۶، f۵۶، a۵۶، ۴۹	۱/۳۸	۱/۶۱	۰/۸۰
	۳	d۵۶، e۵۶، ۵۱	۱/۱۴	۱/۱۸	۰/۶۴
	۱	۷۹، ۴۸، ۳۴، ۱۱	۲/۹۱	۱/۶۸	۰/۶۵
مشکلات اجتماعی	۲	۶۴، ۳۸، ۲۷، ۱۲	۲/۹۷	۱/۶۷	۰/۷۹
	۳	۶۲، ۳۶، ۲۵	۱/۸۰	۱/۳۲	۰/۷۴

۰/۶۶	۲/۴۰	۳/۱۷	۹،۵۸،۶۰،۸۳،۷۵	۱	
۰/۷۸	۱/۳۴	۱/۶۱	۱۸،۴۶،۶۶،۷۶،۹۲	۲	مشکلات تفکر
۰/۵۱	۱/۵۹	۱/۲۱	۴۰،۵۹،۷۰،۸۴،۱۰۰	۳	
۰/۸۰	۲/۱۰	۳/۵۱	۱،۸،۱۳،۸۰	۱	مشکلات توجه
۰/۷۱	۱/۵۷	۲/۸۷	۱۰،۴۱،۶۱	۲	
۰/۵۸	۱/۷۷	۲/۸۴	۴،۱۷،۷۸	۳	
۰/۸۴	۱/۶۳	۱/۱۰	۲۶،۳۹،۷۲،۸۱،۹۹،۱۰۵	۱	
۰/۷۵	۱/۷۷	۲/۱۰	۲،۴۳،۶۷،۸۲،۹۶،۱۰۶	۲	قانون‌شکنی
۰/۷۷	۱/۶۰	۲/۵۴	۲۹،۶۳،۷۳،۹۰،۱۰۱	۳	
۰/۷۴	۲/۵۴	۵/۷۰	۱۶،۲۰،۳۷،۸۶،۸۹،۹۵	۱	
۰/۸۵	۲/۵۳	۳/۱۳	۳،۲۱،۲۳،۶۸،۸۸،۹۷	۲	پرخاشگری
۰/۸۶	۲/۸۷	۵/۰۰	۱۹،۲۲،۵۷،۸۷،۹۴،۱۰۴	۳	

تحلیل‌های توصیفی نشان داد که بیشتر بسته‌های سوال بار عاملی مناسبی دارند. افزون بر این، آزمون طبیعی بودن چند متغیری نیز چولگی و کشیدگی معنی‌داری را نشان داد.

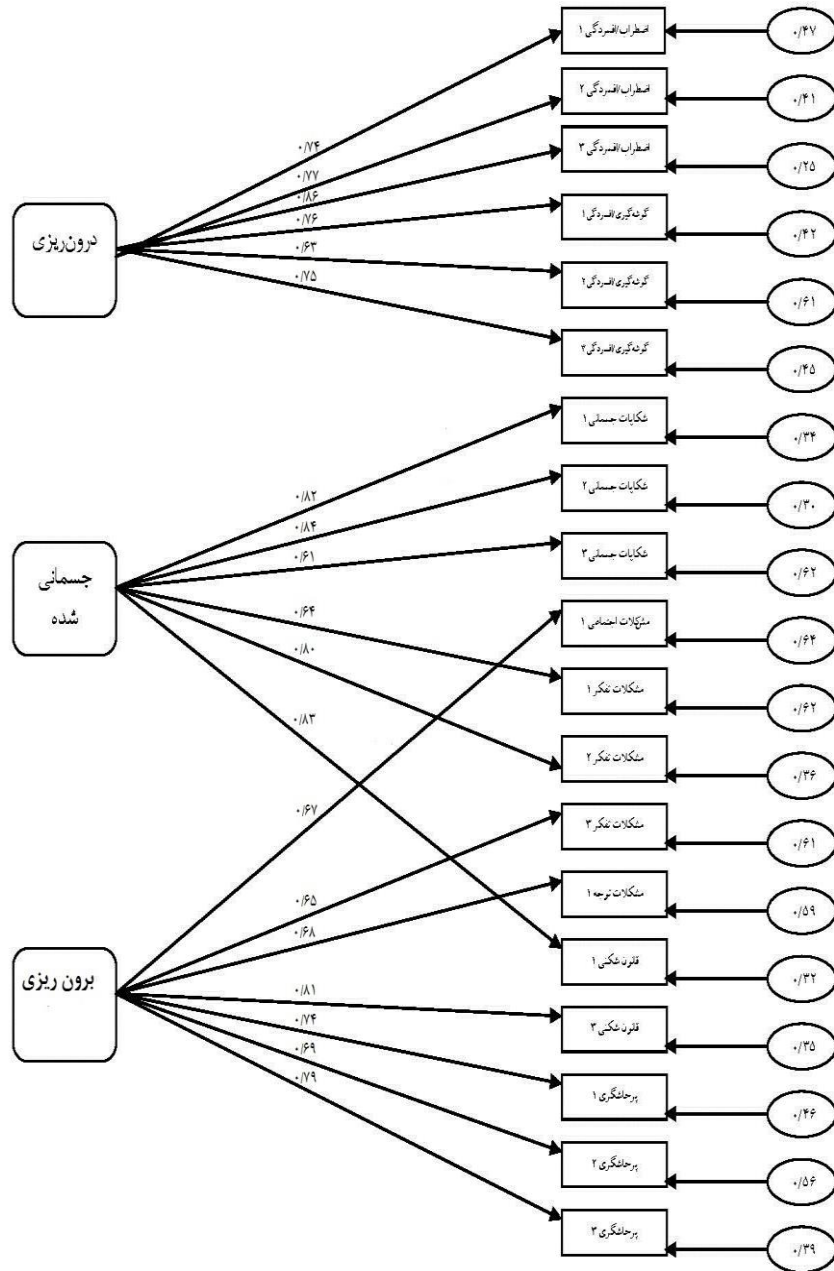
جدول ۲. عامل‌های استخراجی از سبانه رفتاری کودک

متغیر	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳
اضطراب/افسردگی ۱	-	۰/۷۸	-
اضطراب/افسردگی ۲	-	۰/۸۱	-
اضطراب/افسردگی ۳	-	۰/۸۹	-
گوشه‌گیری/افسردگی ۱	-	۰/۸۱	-
گوشه‌گیری/افسردگی ۲	-	۰/۶۱	-
گوشه‌گیری/افسردگی ۳	-	۰/۷۹	-
شکایات جسمانی ۱	-	-	۰/۸۷
شکایات جسمانی ۲	-	-	۰/۹۱
شکایات جسمانی ۳	-	-	۰/۶۰
مشکلات اجتماعی ۱	۰/۶۹	-	-
مشکلات اجتماعی ۲	-	-	-
مشکلات اجتماعی ۳	-	-	-
مشکلات تفکر ۱	-	-	۰/۶۱
مشکلات تفکر ۲	-	-	۰/۸۲
مشکلات تفکر ۳	۰/۶۱	-	-
مشکلات توجه ۱	۰/۶۰	-	-
مشکلات توجه ۲	-	-	-

مشکلات توجه ۳	-	-	-
قانون شکنی ۱	-	-	۰/۹۱
قانون شکنی ۲	-	-	-
قانون شکنی ۳	-	-	۰/۸۷
پرخاشگری ۱	-	-	۰/۷۶
پرخاشگری ۲	-	-	۰/۷۳
پرخاشگری ۳	-	-	۰/۸۳

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، عامل ۱ شامل پرخاشگری ۱، ۲ و ۳، قانون شکنی ۳، مشکلات اجتماعی ۱، مشکلات تفکر ۲ و مشکلات توجه ۱ است. عامل ۲ شامل اضطراب/افسردگی ۱، ۲، ۳ و گوشه گیری/افسردگی ۱، ۲، ۳ می شود. همچنین، عامل ۳ شامل شکایات جسمانی ۱، ۲ و ۳، مشکلات تفکر ۱ و ۲ و قانون شکنی ۳ می شود؛ بنابراین پژوهشگران سه عامل برون ریزی، درون ریزی (اضطرابی) و جسمانی شده را در اجرای این آزمون شناسایی کردند. همچنین، به نظر می رسد دو اختلال مشکلات تفکر و توجه به دلیل حضور در عامل های ۱ و ۳، بیشتر به عنوان یک عامل مشترک در آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان عمل می کنند.

برای سنجش کفایت برازش مدل، به غیر از X^2 که به حجم نمونه و انحراف از طبیعی بودن چند متغیری بسیار حساس است (جارزکاگک و سوربوم، ۲۰۰۱)، از شاخص های GFI، CFI، AGFI و RMSEA استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۰۵۱، ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۰۶۸ به دست آمدند.



شکل ۱. مدل مورد آزمون و برآوردهای کاملاً استاندارد شده پارامترها

جدول ۳. همبستگی درونی سندرم‌های سیاهه رفتاری کودک

سندرم‌ها	AD	WD	SC	SP	TP	AP	RB	AG
اضطراب/افسردگی (AD)	۱							
گوشه‌گیری/افسردگی (WD)	۰/۶۵***	۱						
شکایات جسمانی (SC)	۰/۳۰***	۰/۴۳***	۱					
مشکلات اجتماعی (SP)	۰/۲۶***	۰/۴۷***	۰/۳۵***	۱				
مشکلات تفکر (TP)	۰/۳۰***	۰/۴۷***	۰/۲۴***	۰/۵۹***	۱			
مشکلات توجه (AP)	۰/۱۴*	۰/۴۵***	۰/۱۶*	۰/۵۲***	۰/۵۹***	۱		
قانون‌شکنی (RB)	۰/۲۱**	۰/۲۰**	۰/۱۳*	۰/۳۵***	۰/۵۸***	۰/۵۶***	۱	

	*	*	*	*	*	*	*	پد خاندگیری (AG)
-	**	**	**	**	**	**	**	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

جدول ۳ همبستگی‌های درونی سندرم‌ها را نشان می‌دهد. این همبستگی‌ها بر اساس متغیرهای مکنون محاسبه شده‌اند. فاصله اطمینان در اطراف این همبستگی‌ها نشان می‌دهد که هیچ کدام از سندرم‌ها با یکدیگر همپوشی کامل ندارند که این موضوع روایی تشخیصی سندرم‌ها را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور تحلیل عامل اکتشافی سیاهه رفتاری کودک بر روی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی شهرستان اردبیل انجام شد. نتایج نشان داد یک مدل سه عاملی با مشاهده‌های این پژوهش تناسب بیشتری داشته است. این مدل سه عاملی در یافته‌های پژوهش‌های گذشته (آخنباخ، ۱۹۹۱؛ روسل و همکاران، ۲۰۰۵؛ پاندولفی و همکاران، ۲۰۰۹؛ پاندولفی و همکاران، ۲۰۱۳ و مینایی، ۱۳۸۵) نشان داده نشده است. در این پژوهش مدل‌های مختلف با توجه به پیشینه پژوهشی انجام شده و همچنین نتایج حاصل از تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد. در نهایت، پس از حذف تعدادی از ماده‌ها (ماده‌های که در بیش از یک عامل قرار می‌گرفتند) و آزاد کردن تعدادی از خطاهای کوواریانس بین ماده‌ها که انجام آن با توجه به نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام شده در گذشته مجاز شمرده شده بود (بک‌استید، ۲۰۰۲)، یک مدل سه عاملی استخراج شد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد، عامل اول شامل بسته‌های سوال پرخاشگری ۱، ۲ و ۳، قانون‌شکنی ۳، مشکلات اجتماعی ۱، مشکلات تفکر ۲ و مشکلات توجه ۱ است. عامل دوم نیز شامل بسته‌های سوال اضطراب/افسردگی ۱، ۲ و ۳ و گوشه‌گیری/افسردگی ۱، ۲ و ۳ است. همچنین، عامل سوم شامل بسته‌های سوال شکایات جسمانی ۱، ۲ و ۳، مشکلات تفکر ۱ و ۲ و رفتار قانون‌شکنی ۳ است. بنابراین، در این پژوهش، پژوهشگران سه عامل برون‌ریزی، درون‌ریزی (اضطرابی) و جسمانی‌شده را شناسایی کردند. همچنین، به نظر

می‌رسد دو اختلال مشکلات تفکر و توجه به علت حضور در دو عامل ۱ و ۳، بیشتر به‌عنوان یک عامل مشترک در آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان عمل می‌کنند.

نکته قابل توجه این است که در پژوهش هارتمن و همکاران (۱۹۹۹)، تحلیل عاملی در سطح سوال صورت گرفته است. همان‌طور که فلویید و ویدامن (۱۹۹۵) بیان کرده‌اند زمانی که تعداد سوال‌های یک ابزار زیاد است یا به عبارتی زمانی که مدل مورد آزمون، بزرگ است، غیرممکن است که مدل، برازش رضایت بخشی با داده‌ها داشته باشد و مورد تأیید قرار گیرد. اگرچه لمبرت و همکاران (۲۰۰۳) نیز بر اساس روش بسته‌بندی سوال، ۲۴ بسته سوال را ایجاد کردند و از آنها به‌عنوان نشانگر استفاده نمودند، اما برای برازش مدل از تابع پیشینه احتمال که مبتنی بر مفروضه طبیعی بودن چند متغیری است، استفاده کردند. همان‌طور که گفته شد، توزیع نشانه‌های روانپزشکی کودک دارای چولگی است و حتی استفاده از مقیاس پیوسته آشکار می‌سازد که اکثریت کودکان در دامنه‌ی بدون مشکل قرار می‌گیرند. جازز کاگ و سوربوم (۲۰۰۱) توصیه می‌کنند زمانی که متغیرها پیوسته هستند اما توزیع آنها غیرطبیعی است از تابع کمترین مجذورات بدون وزن استفاده شود. بنابراین، با توجه به نقض مفروضه طبیعی بودن متغیرها و اینکه حجم نمونه بکار رفته در پژوهش لمبرت و همکاران، پایین است، به نظر می‌رسد که استفاده از روش تابع پیشینه احتمال نامناسب است. علاوه بر این، صرف نظر از تفاوت‌ها و مشکلات روش‌شناختی که ذکر شد، ویژگی‌های گروه نمونه که فقط کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی بودند، نرخ پاسخ والدین، حجم نمونه و دامنه سنی می‌تواند علت تفاوت در یافته‌ها باشد. الگوی همبستگی‌های درونی سندرم‌ها در این پژوهش با الگوی همبستگی درونی سندرم‌ها در پژوهش‌های آخنباخ و رسکولار (۲۰۰۱) و مینایی (۱۳۸۷) همسو است. در واقع، این یافته حاکی از این است که سندرم‌ها به لحاظ تجربی قابل تشخیص بوده و واجد روایی تشخیصی هستند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودیت نمونه و حجم آن بود؛ چون نمونه پژوهش صرفاً شامل کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمانی و مشاوره بودند. از این رو، شاید این حجم نمونه اعتبار پژوهش را با محدودیت روبرو کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهشی دیگر با این هدف در جامعه آماری بزرگ‌تر و با حجم نمونه بیشتر انجام گیرد. نکته دیگر اینکه یافته‌های این پژوهش بر اساس داده‌های حاصل از

نمونه کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان اردبیل است و در تعمیم یافته‌ها به گروه‌های دیگر باید احتیاط کرد. با توجه به کاربرد گسترده سیاهه رفتاری کودک در کشورهای مختلف که حاکی از سودمندی آن است، توصیه می‌شود ویژگی‌ها و کیفیت اندازه‌گیری این سیاهه و از جمله ساختار عاملی آن در سایر شهرها، گروه‌های قومی، زبانی و فرهنگی بررسی شود تا بتوانیم بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش‌ها به یک اتفاق نظر و ابزار استاندارد، معتبر و روا در زمینه سنجش مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان دست یابیم. در نهایت، پیشنهاد می‌شود در حال حاضر نتایج حاصل از اجرای این سیاهه تنها بر پایه سه عامل اختلال‌های درون‌ریزی شده، برون‌ریزی شده و جسمانی تحلیل شود و تحلیل‌های بیشتر بر مبنای نتایج پژوهش‌های آینده باشد.

منابع

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک آخنباخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۱)، ۵۵۸-۵۲۸.
مینایی، ا. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی سوالات سندرمی سیاهه رفتاری کودک با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی. *مجله روانشناسی تربیتی*، ۲(۷)، ۱۱۴-۹۳.

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1992). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Achenbach, T. M., & Rescolar, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School - age forms and profiles*. Burlington: ASEBA.
- Beckstead, J. W. (2002). Confirmatory factory analysis of the Maslach burnout inventory Among Florida Nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 39, 785-792.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: a contextual approach*. London: Routledge.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in development and refinement of clinical assessment instrument. *Journal of Psychological Assessment*, 3, 286-299.
- Hartman, A. C., Hox J., Auerbach, J., Erol, N., Fonseca, C. A., Mellenberg, G. G., et al. (1999). Syndrome dimensions of the Child Behavior

- Checklist and Teacher Report Form: A critical empirical evaluation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1095-1116.
- Joreskog, K. G., & Sorbom, B. (2001). *LISREL 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kvernmo, S., & Heyerdahl, S. (1998). Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(7), 743-751.
- Lambert, M. C., Schmitt, N., Samms-Vaughan, M. E., Shin, A. J., Fairclough, M., & Nutter, C. A. (2003). Is it prudent to administer all items for each child behavior checklist cross-informant syndrome? Evaluating the psychometric properties of the youth self-report dimensions with confirmatory factor analysis and item response theory. *Journal of Psychological Assessment*, 4, 550-568.
- McKelvey, R. S., Davies, L. C., Sang, D. L., Pickering, K. R., & Tu, H. C. (1999). Problems and competencies reported by parents of Vietnamese children in Hanoi. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 731-737.
- Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C., & Tor, S. (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescent's functional health and mental health status. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1098-1106.
- Pandina, G. J., Bilder, R. H., Harvey, P. D., Keefe, S. E., Aman, M. G., Gharabawi, G. (2007). Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biological Psychiatry, Neuroscience and Bio-Behavior Review*, 14, 253-262.
- Pandolfi, V., Magyar, C. I., & Dill, C. A. (2013). An initial psychometric evaluation of the CBCL 6-18 in a sample of youth with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 96-108.
- Pandolfi, V., Magyar, C. I., & Dill, C. A. (2009). Confirmatory factor analysis of the child behavior checklist 1/5-5 in a sample of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 986-995.
- Rousseau, C., & Drapeau, A. (1998). Parent-child agreement on refugee children's psychiatric symptoms: A transcultural perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 629-636.
- Russell, S., Subramanian, B., Sudhakar, P., & Russell, S. (2005). Revision and validation of child behavior checklist post-traumatic stress disorder scale in Tamil. *International Journal of Disaster Medicine*, 3(4), 41-44.
- Rutter, M., & Pickles, A. (1990). *Improving the quality of psychiatric data: Classification, cause, and course*. In: Magnusson, D. & Bergman, L. R. (eds) *Data Quality in Longitudinal Research*. Cambridge: Cambridge University Press, 32-57.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 719-727.

- Stanger, C. (1996). *Behavioral assessment: An Overview*. In M. J. Breen & C. R. Fiedler (Eds). *Behavioral Approach to Assessment of Youth with Emotional/ Behavioral Disorders: A Handbook for School- Based Practitioners*. Austin Press.
- Stevens, G. W., Pels, T., Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., Vollebergh, W. A., & Crijnen, A. A. (2003). Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 576-85.
- Weisz, J. R., Somsong, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Achenbach, T. M., & Eastman, K. L. (1993). Behavioral and emotional problems among Thai and American adolescents: Parent reports for ages 12-16. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 395-402.
- Zukauskiene, R., Pilkauskaite-Valickiene, R., Malinauskiene, O., & Krataviciene, R. (2004). Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: cross-informant and longitudinal associations. *Medicina*, 40, 169-177.