

ساختار عاملی، روابط بین عاملی و اعتبار نسخه مقدماتی مقیاس سلامت روان شناختی نوجوان- فرم گزارش معلم

سعید اکبری زردخانه^۱، نادر منصور کیایی^۲، علی محمد زنگانه^۳، فاطمه عرفانی فر^۴، محسن جلال‌دانش^۵، سید محمد شاهورانی^۶، سیامک طهماسبی گرمتمانی^۷ و سیدعین الله طیموری فرد^۸

نوجوانان در خطر مشکلات رفتاری و هیجانی جدی هستند. بسیاری از اختلالاتی که برای اولین بار در دوره بزرگسالی، تشخیص داده می‌شود، در اواخر نوجوانی ریشه دارند. هدف پژوهش حاضر ساخت نسخه مقدماتی مقیاس سلامت روان شناختی نوجوانان- گزارش معلم، بود. برای این منظور طی یک پژوهش توصیفی، ۲۰۷ معلم از استان‌های فارس، سیستان و بلوچستان، کرمانشاه، خراسان رضوی، آذربایجان شرقی و البرز به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به مقیاس سلامت روان شناختی- متوسطه دوم و نسخه گزارش معلم مقیاس مشکلات رفتاری پاسخ دادند. تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های دو ابزار پژوهش نشان داد که الگوی ۷ مولفه‌ای، بهترین مدل براساس آسیب‌شناسی نظری این مطالعه است. همچنین ضرایب همبستگی خرده‌مقیاس‌های مقیاس سلامت روان شناختی با ابعاد نسخه گزارش معلم مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ، حاکی از روایی ملاکی مناسب این ابزار بود. در مجموع، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مقیاس سلامت روان شناختی نوجوان- فرم معلم از کفایت روان‌سنجی لازم برای غربالگری مشکلات رفتاری دانش‌آموزان متوسطه دوم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: مقیاس، سلامت روان شناختی، دانش‌آموزان، نسخه معلم، تحلیل عاملی

مقدمه

نوجوانی که دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است به سه مرحله مهم تقسیم می‌شود: نوجوانی اولیه

۱. دپارتمان روان‌شناسی تربیتی و تحولی، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران (نویسنده ی مسول) akbari76ir@yahoo.com

۲. دپارتمان علوم ارتباطات، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. معاونت پیشگیری قوه قضاییه، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۵. معاونت پیشگیری قوه قضاییه، تهران، ایران

۶. دپارتمان روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران

۷. دپارتمان روان‌شناسی کودکان پیش‌دستانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

۸. دپارتمان روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد قم، تهران، ایران

(۱۱ تا ۱۴ سال)، نوجوانی میانی (۱۵ تا ۱۷ سالگی) و نوجوانی پایانی (۱۸ تا ۲۱ سالگی). مراحل نوجوانی ماهیتا باهم متفاوت اند و این تفاوت‌ها می‌توانند در بروز مسایل مختلف و شدت و ضعف آن‌ها نقش داشته باشد (اندرسون، جاکوب، اسچرام و اسپلیتگربر، ۲۰۰۰). در این دوره، انتظارات تحصیلی از دانش‌آموز متفاوت‌تر و بیشتر می‌شود، و این امر می‌تواند مشکلات مختلفی از قبیل کاهش موفقیت‌های تحصیلی، کاهش اعتمادبه‌نفس و افزایش اضطراب‌های اجتماعی را در پی داشته باشد (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۰). نوجوانان درخطر مشکلات رفتاری و هیجانی جدی هستند (ژانگ، یانگ، ليو، جيا و ليو، ۲۰۱۸). بسیاری از اختلالاتی که بعدها در دوره بزرگسالی، برای اولین بار تشخیص داده می‌شود، در اواخر نوجوانی ریشه می‌دانند (پتال، فیشر، هتريک، مک‌گوری، ۲۰۰۷).

بفلر (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان می‌دهد که شروع بیماری روانی در ۵۰ درصد بزرگسالان از دوران نوجوانی بوده است. مطالعات نشان می‌دهد که ۱۸ تا ۳۴ درصد از نوجوانان به دلیل مشکلات سلامت‌روان به دنبال خدمات درمانی هستند (گالیور و همکاران، ۲۰۱۰). در این دوره، مسایل و مشکلات مختلفی از جمله خودآسیب‌رسانی، خودکشی، نقص در تنظیم هیجان و انواع سواستفاده وجود دارد که می‌توانند نوجوانان را به‌شدت تحت تاثیر قرار داده و حتی حیات آنان را به خطر بیندازند و یا تاثیر منفی بلندمدتی بر روی سلامت‌روان آنان در بزرگسالی داشته باشند (آلدایو، نولن هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰؛ گلابو و همکاران، ۲۰۱۸؛ هاتون، برگن، کاپور، کوپر، استیگ، نس و همکاران، ۲۰۱۲؛ هاتون و هاریس، ۲۰۰۸؛ کیدگر، هرون، لویز، ایوانز و گونل، ۲۰۱۲؛ هاتون و رودهام، ایوانز و ودرال، ۲۰۰۲). تنظیم هیجان (آلداو، نولن، هوکسما و شوایزر، ۲۰۱۰) در طول زمانی که فرد با تغییرات مختلف اجتماعی، روانی و عصب‌شناسی روبرو است (کاسی، ۲۰۱۵) بدرفتاری و سواستفاده از کودکان و نوجوانان (نورمن، بیامبا، بوتچارت، اسکات و وست، ۲۰۱۲) سورفتار (بریر و الیوت، ۲۰۰۳) از دیگر موضوعات مهم مطرح در آسیب‌شناسی روانی دوره‌ی نوجوانی است.

ادبیات گسترده‌ای با این مضمون وجود دارد که بهترین رویکرد برای مواجهه با مشکلات روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی تشخیص زودهنگام و پیشگیری از آن‌هاست (بروندبو، ماتیاسن، مارتینسن، هیروانگ، اریکسن، مو و کورنمو، ۲۰۱۱). اگر بتوان از طریق ابزار غربالگری صحیح و به‌موقع، فرد را سریع‌تر وارد برنامه پیشگیری نمود، ظرفیت این برنامه افزایش پیدا خواهد کرد (بروندبو و همکاران، ۲۰۱۱). در روش غربالگری چنددرگاهی برای شناسایی دقیق‌تر و کامل‌تر کودکان و نوجوانان، از چندین منبع آگاه در مورد فرد اطلاعات می‌گیرند (کارلیویس، لبلاتک، گانگون و لاریوی، ۱۹۹۴؛ استیفلر و دوور، ۲۰۱۵). این منابع اطلاعاتی معمولاً خود کودک یا نوجوان، والدین و معلم است. در

پژوهش‌های مختلفی مانند پژوهش لوبر، دیشیون و پاتریسون (۱۹۸۴) پژوهش کارلبویس و همکاران (۱۹۹۴) و شیباتا، اوکادا، فوکوموتو و نومورا (۲۰۱۵) نشان داده شده است که استفاده از درجه بندی چندگانه توسط معلم از موثرترین روش‌ها برای پیش‌بینی مشکلات نوجوانان است. ابزارهای مختلفی برای غربالگری و تشخیص مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان از طریق گزارش معلم ساخته شده است. اغلب ابزارهایی که با هدف غربالگری در مدرسه وجود دارند، براساس الگوی موجود در نسخه اصلی است و با خصوصیات دانش آموزان ایرانی سنخیت ندارد و فعالیت‌های منطبق‌سازی برای مناسب کردن این ابزارها برای دانش‌آموزان ایرانی انجام نشده است و اگر هم انجام شده باشد، در گروه‌های کوچک و محدود و بر روی افراد یک شهر انجام شده است که قابلاستفاده برای دانش‌آموزان در اقلیم‌ها و جوامع مختلف نیست (اکبری زردخانه، شاهورانی، منصور کیایی، زنگانه، جلالت دانش، طهماسبی، ۲۰۱۸). لذا، هدف از پژوهش حاضر، ساخت مقدماتی نسخه معلم مقیاس سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان متوسطه دوم، براساس الگوی بومی و با اولویت‌های آسیب‌شناختی جامعه دانش‌آموزی ایران است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی - پیمایشی است. جامعه‌ی آماری شامل معلمان دوره متوسطه دوم آموزش و پرورش بودند. برای انتخاب نمونه، بر مبنای تنوع و پراکندگی جغرافیایی و فرهنگی، شش استان البرز، فارس، خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، کرمانشاه و سیستان و بلوچستان تعیین و سپس برخوردارترین و کم برخوردارترین شهر از لحاظ امکانات اجتماعی و اقتصادی، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در مرحله بعدی، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه از هر یک از این شهرها برای اجرای پژوهش برگزیده شد. در نهایت ۲۰۷ نفر از معلمان این مدارس، در قالب سرشماری با نسخه‌ی قلم - کاغذی گزارش معلم سلامت روان‌شناختی نوجوان و فرم گزارش معلم فهرست رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) مورد سنجش قرار گرفتند.

مقیاس سلامت روان‌شناختی نوجوان شامل ۱۱۹ گویه بود که محتوای گویه‌ها براساس الگوی آسیب‌شناختی نوجوانان (۱۲ تا ۱۸ سال)، مشکلات رفتاری و هیجانی آنان را هدف قرار داده بود. برای این ابزار هشت مولفه اضطراب، افسردگی، بیش‌فعالی و نارسایی توجه، رفتارهای ایدایی و کنترل تکانه، نقص در خودگردانی، نقص در انجام تکالیف تحصیلی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و سواستفاده

از کودک در نظر گرفته شده است. تعداد گویه‌های تعبیه‌شده برای هر یک از مولفه‌ها بین ۱۲ تا ۱۸ گویه است.

فرم گزارش معلم فهرست رفتاری کودکان (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) برای دامنه سنی بین ۶ تا ۱۸ سال کاربرد دارد که توسط معلمان و یا سایر کارکنان مدرسه که با دانش آموز سروکار دارند، تکمیل می‌شود. فرم گزارش معلم از دو بخش تشکیل شده است که بخش دوم آن شامل ۱۱۳ سوال است. در هر یک از سوالات، پاسخ‌دهنده، مشکلات رفتاری، هیجانی و اجتماعی نوجوان را در دو ماه اخیر درجه‌بندی می‌کند. مقیاس‌های فرم گزارش معلم شامل اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، بی‌توجهی، بیش‌فعالی، تکانشگری، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری و مشکلات کلی است. همچنین خرده‌مقیاس‌های این فرم را به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند. دسته نخست شامل اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری، افسردگی و شکایات جسمانی را مشکلات درونی‌سازی و دسته دوم شامل رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه را برونی‌سازی نامیدند. همچنین تفاوت فرم گزارش معلم با ابزارهایی از قبیل سیاهه رفتاری کودک و پرسشنامه خودسنجی نوجوان در این است که برای مشکلات توجه دو خرده‌مقیاس بی‌توجهی و بیش‌فعالی در نظر گرفته است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در مرحله نخست، با هدف بررسی کفایت گویه‌های مقیاس سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان، فرآیند تحلیل گویه بر مبنای ۸ ملاک آماری اجرا شد و در مرحله دوم، تحلیل عاملی اکتشافی با هدف بررسی مناسب‌ترین ساختار عاملی متغیرهای مقیاس، بر روی گویه‌هایی که کفایت آماری آن‌ها در مرحله قبل احراز شده بود، صورت پذیرفت. داده‌ها با بیست و دومین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

شیوه‌ی اجرا

فرآیند تحلیل گویه روی ۱۱۹ گویه انجام شد؛ به‌طوری‌که هشت ملاک آماری شامل خارج بودن میانگین گویه از دامنه ۰/۵ تا ۲/۵، انحراف معیار کمتر از ۰/۵، نمره معیار کجی بالاتر از ۳، نمره معیار کشیدگی بالاتر از ۵، ضریب همبستگی نمره گویه با نمره کل مقیاس کمتر از ۰/۱۰، مجذور ضریب همبستگی چندگانه کمتر از ۰/۳۰، ضریب آلفای کرونباخ پس از حذف گویه کمتر از ۰/۹۰ و پاسخ‌دهی بیش از ۵۰ درصد از آزمودنی‌ها به یک گزینه بررسی شدند و نتایج نشان داد که تمام گویه‌های از کفایت لازم برای ورود به تحلیل عاملی اکتشافی برخوردار هستند. پس از فرآیند تحلیل گویه،

همسانی درونی مقیاس ۱۱۹ گویه‌ای نسخه گزارش معلم سلامت روان شناختی نوجوان براساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۷ به دست آمد و مفروضه‌های بهنجاری توزیع داده‌ها، خطی بودن روابط بین متغیرها، نبود داده‌های پرت و عدم هم خطی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین میزان شاخص کفایت نمونه‌برداری کیسر - مایر - الکین، برابر با ۰/۸۶ و مقدار شاخص بار تلت ۱۹۲۲۹/۱۳۷ بود که به درجه آزادی ۷۰۲۱، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شد. لذا فرآیند تحلیل گویه در کنار بررسی شاخص‌های مورد اهمیت در تحلیل عاملی اکتشافی، شرایط مناسبی را برای انجام این تحلیل نشان دادند.

در فرآیند تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۱۹ گویه، از انواع روش‌های استخراج شامل مولفه‌های اصلی، حداقل مجذورات بدون وزن، حداقل مجذورات تعمیم یافته، شباهت حداکثری، عامل یابی محور اصلی، عامل یابی آلفا و عامل یابی تصویری و همچنین انواع چرخش‌های متعامد و مایل به همراه محدودیت‌های مختلف در تعداد عوامل و میزان بار عاملی گویه‌ها استفاده شد. در نهایت، ساده‌ترین ساختار عاملی متناسب با الگوی نظری پژوهش، با روش حداقل مجذورات بدون وزن، چرخش پروماکس، محدودیت عوامل به ۷ و حداقل بار عاملی ۰/۳۰ به دست آمد.

یافته‌ها

مولفه‌های حاصل از تحلیل عاملی نسخه گزارش معلم سلامت روان شناختی نوجوان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. مولفه‌های حاصل از تحلیل عاملی نسخه گزارش معلم سلامت روان شناختی نوجوان

ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس تراکمی	عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصد تبیین واریانس تراکمی	عامل
۳۲/۲۰	۲۷/۰۶	۲۷/۰۶	یکم	۳/۵۲	۲/۹۶	۴۶/۵۹	پنجم
۸/۴۴	۷/۰۹	۳۴/۱۵	دوم	۲/۶۶	۲/۲۳	۴۸/۸۳	ششم
۷/۵۸	۶/۳۷	۴۰/۵۳	سوم	۲/۴۳	۲/۰۴	۵۰/۵۸	هفتم
۳/۶۹	۳/۱۰	۴۳/۶۳	چهارم				

همان طوری که از جدول ۱ مشخص است، این ساختار هفت عاملی، در مجموع ۵۰/۸۷ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کرد. در ادامه، جدول ۲ ویژگی‌های توصیفی ۵ گویه از هر خرده مقیاس و در جدول ۳ ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر را نشان می‌دهد.

جدول ۲. محتوا و ویژگی های روان سنجی پنج گویه از خرده مقیاس ها و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس های گزارش معلم سلامت روان شناختی نوجوان

ردیف	شماره	محتوی	M (sd)	بارعام لی	r	α
۱	۷	بی دقتی در انجام تکالیف تحصیلی	(۲/۷۰)۰/۸۶	۰/۷۲	۰/۵۶	۰/۹۲
	۱۲	ناتوانی از توجه به جزئیات درسی	(۲/۶۳)۰/۹۹	۰/۶۷	۰/۵۱	
	۲۷	بی علاقه‌گی به انجام تکالیف	(۲/۷۴)۱/۰۶	۰/۷۶	۰/۸۴	
	۳۶	نیمه تمام رها کردن تکالیف	(۰/۹۱)۰/۷۳	۰/۷۷	۰/۸۴	
	۴۲	کمک دیگران در انجام تکالیف	(۲/۰۶)۰/۹۵	۰/۵۹	۰/۵۵	
۲	۲	حرکت بدون هدف دست و پا	(۲/۰۳)۰/۸۶	۰/۵۲	۰/۴۵	۰/۷۸
	۳	پاسخ با عجله و بدون ملاحظه	(۲/۱۹)۰/۹۹	۰/۵۱	۰/۴۲	
	۱۴	قطع کردن حرف دیگران	(۲/۰۹)۰/۹۳	۰/۷۴	۰/۵۸	
	۲۱	ناتوانی در انجام فعالیت بی سروصدا	(۲/۰۳)۰/۹۸	۰/۵۷	۰/۵۴	
	۲۲	منتظر ماندن در نوبت	(۲/۶۸)۰/۹۳	۰/۴۸	۰/۳۹	
۳	۴	ناراحتی در زمان جدایی از والدین	(۱/۴۹)۰/۸۰	۰/۳۱	۰/۲۱	۰/۷۲
	۱۰	نگرانی در مورد قضاوت دیگران	(۲/۲۳)۱/۰۳	۰/۵۲	۰/۳۳	
	۱۵	ترس شدید از آسیب دیدن والدین	(۱/۸۷)۰/۹۹	۰/۴۶	۰/۱۹	
	۲۴	نگرانی در مورد جدایی از والدین	(۱/۸۲)۱/۰۱	۰/۳۴	۰/۶۵	
	۲۵	تعریق زیاد و لرزش دست	(۱/۵۹)۰/۷۷	۰/۵۷	۰/۴۱	
۴	۸	آزار جنسی و فیزیکی	(۱/۲۳)۰/۶۱	۰/۴۰	۰/۲۵	۰/۸۲
	۱۳	مشغولیت ذهنی در مورد مسایل جنسی	(۱/۹۳)۱/۰۲	۰/۶۶	۰/۵۰	
	۱۹	سوالات جنسی نامتناسب با سن	(۱/۵۰)۰/۷۵	۰/۵۰	۰/۴۰	
	۲۸	رفتارهای جنسی نامتناسب با سن	(۱/۶۰)۰/۸۸	۰/۶۹	۰/۵۷	
	۵۲	رفتارهای مشکوک به تحریک کنندگی	(۱/۵۳)۰/۹۰	۰/۶۲	۰/۴۸	
۵	۶	رفتارهای خطرناک	(۱/۹۳)۰/۹۵	۰/۳۵	۰/۵۷	۰/۷۵
	۱۶	زخم یا مجروح کردن بدن	(۱/۳۵)۰/۶۳	۰/۶۴	۰/۴۱	
	۲۶	کندن موی سر یا مژه	(۱/۲۳)۰/۵۲	۰/۶۴	۰/۳۸	
	۳۵	چنگ زدن با ناخن	(۱/۲۶)۰/۶۰	۰/۵۱	۰/۳۸	
	۶۶	گاز گرفتن خود، کندن لب یا ناخن	(۱/۵۴)۰/۷۷	۰/۶۳	۰/۵۰	
۶	۵۱	استقلال در فعالیت‌ها	(۲/۷۱)۱/۰۰	۰/۳۵	۰/۶۹	۰/۶۹
	۵۷	تنظیم مستقل روابط اجتماعی	(۲/۶۹)۰/۹۴	۰/۴۲	۰/۲۴	
	۵۸	توانایی سازگاری با شرایط	(۲/۶۳)۰/۹۰	۰/۳۸	۰/۲۵	
	۹۵	مسوولیت پذیری	(۲/۴۱)۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۵۹	
	۱۱۰	انجام و پیگیری امور	(۲/۱۹)۰/۹۳	۰/۳۶	۰/۶۷	
۷	۱۱	حساسیت و زودرنجی	(۲/۵۱)۱/۰۳	۰/۴۰	۰/۲۹	۰/۶۷
	۳۴	کم انرژی بودن	(۱/۹۹)۰/۹۸	۰/۴۶	۰/۲۸	
	۸۸	کمبود خواب	(۲/۱۴)۰/۹۴	۰/۳۲	۰/۴۵	
	۹۱	بی میلی به فعالیت گروهی	(۲/۰۰)۱/۰۰	۰/۴۰	۰/۳۴	
	۹۴	بی حالی	(۲/۳۰)۱/۰۱	۰/۶۱	۰/۴۸	

جدول ۲ نشان می دهد که ضرایب همسانی درونی برای خرده مقیاس ها ۰/۶۷ تا ۰/۸۲ متغیر و از مقدار مناسبی برخوردار هستند.

جدول ۳. ضرایب همبستگی خرده مقیاس های گزارش معلم سلامت روان شناختی نوجوان

خرده مقیاس ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
نقص در انجام تکالیف تحصیلی (۱)	۱					
بیش فعالی-نقص توجه و رفتارهای ایدایی (۲)	۰/۵۹*	۱				
اضطراب (۳)	۰/۲۶*	۰/۳۵*	۱			
سو استفاده از کودک (۴)	۰/۵۵*	۰/۶۲*	۰/۴۴*	۱		
رفتارهای خود آسیب رسان (۵)	۰/۵۰*	۰/۵۶*	۰/۴۴*	۰/۶۴*	۱	
نقص در خودگردانی (۶)	۰/۶۱*	۰/۳۵*	۰/۱۴*	۰/۳۰*	۰/۲۷*	۱
افسردگی (۷)	۰/۵۶*	۰/۴۲*	۰/۵۷*	۰/۵۷*	۰/۴۳*	۰/۴۵*

*: معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴. ضرایب روابی همزمان خرده مقیاس های سلامت روان شناختی نوجوان با مشکلات رفتاری آبخناخ

خرده مقیاس ها	اضطراب	گوشه گیری	تکلیف نسی	مشکلات اجتماعی	مشکلات تفکر	مشکلات توجه	قانون گریزی	پرخاشگری
نقص در انجام تکالیف	۰/۳۲**	۰/۳۹**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	۰/۵۰**	۰/۷۵**	۰/۵۵**	۰/۵۰**
بیش فعالی ...	۰/۳۰**	۰/۱۰	۰/۲۳**	۰/۶۱**	۰/۶۴**	۰/۶۵**	۰/۷۶**	۰/۸۶**
اضطراب	۰/۷۱**	۰/۵۹**	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۵۶**	۰/۴**	۰/۲۱**	۰/۲۵**
سو استفاده از	۰/۴۸**	۰/۳۹**	۰/۳۵**	۰/۵**	۰/۵۹**	۰/۵۲**	۰/۶۶**	۰/۵۵**
خود آسیب رسان	۰/۴۲**	۰/۲۶**	۰/۴۳**	۰/۵۶**	۰/۶۳**	۰/۴۹**	۰/۶۰**	۰/۵۶**
نقص در خودگردانی	۰/۲۱**	۰/۳۲**	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۳۰**	۰/۴۸**	۰/۳۵**	۰/۳۲**
افسردگی	۰/۵۶**	۰/۶۴**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۵۴**	۰/۵**	۰/۴۱**	۰/۴۹**

*: معناداری در سطح ۰/۰۱

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ساخت و بررسی ویژگی های روانسنجی نسخه قلم - کاغذی از مقیاس گزارش معلم سلامت روان شناختی دانش آموزان دوره متوسطه دوم انجام گرفت. در تحلیل آیتم و بررسی ویژگی های توصیفی گویه ها، کفایت گویه ها برای قرار گرفتن در مقیاس مورد تایید قرار گرفت و در

فرم نهایی مقیاس کاهش یافت. نتایج نشان داد ضریب اعتبار کل مقیاس مناسب است که اعتبار بالایی را نشان می‌دهد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس سلامت روان‌شناختی نوجوان نشان داد که مناسب‌ترین الگویی که با مبنای نظری ابزار مورد نظر تطابق دارد، یک ساختار هفت‌مولفه‌ای است. نقص در انجام تکالیف تحصیلی، بیش‌فعالی - نقص توجه و رفتارهای ایذایی، اضطراب، سواستفاده از کودک، رفتارهای خودآسیب‌رسان، نقص در خودگردانی و افسردگی هفت مولفه‌ی این مقیاس را تشکیل دادند. ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها در حد مطلوب و مناسب به‌دست آمد. مجموع میزان واریانس تبیین‌شده در حد قابل قبول بود.

درمورد ترکیب اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و اختلالات رفتار ایذایی از قبیل اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای می‌توان بیان کرد که از رایج‌ترین اختلالات همبود با اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه با اختلالات زیادی همراه است، اما در این بین هیچ اختلالی به اندازه اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه همراه نیست. این همبودی در حدود ۶۰ درصد تخمین زده شده‌است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ موگان، رو، مسر، گودمن و ملترز، ۲۰۰۴). از طرف دیگر، داگرتی، اولورا، آچسون، هیل - کاپترزاک، ریان و ماتیاس (۲۰۱۶) بیان می‌کنند که هم افراد دارای اختلال بیش‌فعالی و هم افراد دارای اختلال سلوک هر دو در مقیاس‌های عصب-روان‌شناختی از قبیل توجه، بازداری، فرایند پاداش و تکانشگری دچار نقص‌های مشابه هستند. آزر دو، موریرا و باربوسا (۲۰۱۸) در مطالعه نظام‌مند خود بر روی ۲۷۹ مقاله که رابطه بین اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، سلوک و نافرمانی مقابله‌ای را مورد بررسی قرار داده‌اند، ذکر کرده‌اند که افراد دارای اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه، مستعد نشان دادن رفتارهای رایج ایذایی، حتی رفتارهای ضداجتماعی هستند. لذا همبودی رفتارهای ایذایی و کنترل تکانه با علایم بیش‌فعالی - نقص توجه در یک عامل، دور از انتظار نیست.

تحلیل نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش‌های لوبر و همکاران (۱۹۸۴)، کارلبویس و همکاران (۱۹۹۴)، لودس و همکاران (۲۰۱۰) و شیباتا و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که معلمان در ارزیابی رفتار دانش‌آموزان از مهارت بالایی برخوردارند، به طوری که شناسایی دقیق مشکلات دانش‌آموزان به وسیله معلمان سبب شده‌است که اختلالات کودکان در دسته بندی‌های مجزایی در تحلیل عاملی قرار بگیرند. این امر نشان‌دهنده اشراق منطقی و مناسب معلمان بر نشانه‌های رفتاری و روان‌شناختی دانش‌آموزان باشد و به همین دلیل، ارزیابی معلمان نمرات نسبتاً دقیقی را نشان داده است؛ درحالی که

والدین تمایل به بزرگنمایی مشکلات فرزندانشان داشته و مشکلات آن‌ها را بیش برآورد می‌کنند (شیباتا و همکاران، ۲۰۱۵). معلم به‌عنوان منبعی قابل اعتماد برای ارجاع دانش‌آموزان، اولین فردی است که در مدرسه با آن‌ها در تماس بوده و این مساله می‌تواند عاملی برای توانایی تشخیص مناسب مشکلات دانش‌آموزان باشد (اپلتون، ۲۰۰۰). به‌علاوه، معلمان قادرند دانش‌آموزانی که اختلالات مشابهی با سطوح مختلف از نظر شدت دارند را به خوبی از هم متمایز کنند (لودس و همکاران، ۲۰۱۰). در مجموع، با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که ابزار حاضر از روایی عاملی قابل قبول و ساختار نسبتاً دقیق عاملی مطابق با الگوی نظری پژوهش حاضر برخوردار است و ضرایب قابلیت اعتماد و میزان همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها نیز شرایط مطلوبی را نشان می‌دهند.

References

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment. University of Vermont, research center for children youth & families.
- Akbari-Zardkhaneh, S., Shahvarani, S. M., Mansurkiaie, N., Zanganeh, A., Jallalat-Danesh, M., Tahmasebi Garmtani, S., et al. (2018). Psychometric Properties of Electronic Mental Health Assessment Device for High School Students: Teacher and Parent Form. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(3):324-33. (Persian)
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Anderson, L. W., Jacobs, J., Schramm, S., & Splittgerber, F. (2000). School transitions: beginning of the end or a new beginning? *International journal of educational research*, 33(4), 325-339.
- APA- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual disorders- DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American psychiatric association.
- Appleton, P. (2000). Tier 2 CAMHS and its interface with primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(5), 388-396.
- Azeredo, A., Moreira, D., & Barbosa, F. (2018). ADHD, CD, and ODD: Systematic review of genetic and environmental risk factors. *Research in developmental disabilities*, 82, 10-19.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Brøndbo, P. H., Mathiassen, B., Martinussen, M., Heiervang, E., Eriksen, M., Moe, T. F., Kvernmo, S. (2011). The strengths and difficulties questionnaire as a screening instrument for Norwegian child and adolescent mental health services, application of UK scoring algorithms. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(1), 32.
- Casey, B. J. (2015). Beyond simple models of self-control to circuit-based accounts of adolescent behavior. *Annual review of psychology*, 66, 295-319.
- Charlebois, P., Leblanc, M., Gagnon, C., & Larivée, S. (1994). Methodological issues in multiple-gating screening procedures for antisocial behaviors in elementary students. *Remedial and Special Education*, 15(1), 44-54.
- Conners, C. K. (1990). *Manual for Conners' Rating Scales*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Dever, B. V., Mays, K. L., Kamphaus, R. W., & Dowdy, E. (2012). The factor structure of the BASC-2 behavioral and emotional screening system teacher form, child/adolescent. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30(5), 488-495.
- Donald E. Greydanus, MD, & Bashe, P. (2005). *Caring for Your Teenager*. American Academy of Pediatrics.
- Dougherty, D. M., Olvera, R. L., Acheson, A., Hill-Kaputczak, N., Ryan, S. R., & Mathias, C. W. (2016). Acute effects of methylphenidate on impulsivity and attentional behavior among adolescents comorbid for ADHD and conduct disorder. *Journal of adolescence*, 53, 222-230.
- Elliott, S. N., & Busse, R. T. (2004). Assessment and evaluation of students' behavior and intervention outcomes: The utility of rating scale methods. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*. New York: Guilford Press.
- Geulayov, G., Casey, D., McDonald, K. C., Foster, P., Pritchard, K., Wells, C., & Hawton, K. (2018). Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in

- adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 167-174.
- Glover, T. A., & Albers, C. A. (2007). Considerations for evaluating universal screening assessments. *Journal of School Psychology*, 45(2), 117-135.
- Goodman R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *Biomedcentral psychiatry*, 10(1), 113.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2008). How Often Does Deliberate Self-Harm Occur Relative to Each Suicide? A Study of Variations by Gender and Age. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(6), 650-660.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212-1219.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Biomedical Journal*, 325(7374), 1207-1211.
- Hsan Abadi, S., Mohammadi, M. R., Ahgar, G. (2012). The Comparison of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) vs Drug Therapy Effect in Reducing Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), 1(2): 19-30. (Persian)
- Johnson, R. M., Kotch, J. B., Catellier, D. J., Winsor, J. R., Dufort, V., Hunter, W., & Amaya-Jackson, L. (2002). Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence. *Child maltreatment*, 7(3), 179-186.
- Kamphaus, R. W., & Reynolds, C. R. (2007). Behavior assessment system for children, (BASC-2): Behavioral and emotional screening system (BESS) (2nd ed.). Bloomington: Pearson
- Kidger, J., Heron, J., Lewis, G., Evans, J., & Gunnell, D. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *Biomedcentral psychiatry*, 12(1), 69.
- Kilgus, S. P., Chafouleas, S. M., & Riley-Tillman, T. C. (2013). Development and initial validation of the social and academic behavior risk screener for elementary grades. *School Psychology Quarterly*, 28(3), 210-226.
- Loades, M. E., & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' recognition of children's mental health problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150-156.
- Loeber, R., Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1984). Multiple gating: A multistage assessment procedure for identifying youths at risk for delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 21(1), 7-32.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Minayi, A. (2006). Motaleeye sakhthere ameli forme gozashes moalem Achenbach ba estefade az tahlil ameliye taayidi. *Research on exceptional children*, 19(1): 529-558. (Persian)
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Shahim, S., Yousefi, F., Shahayian, A. (2007). Hannjaryabi va vijegihaye ravansanji meghyase darajebanandiye conners- Teacher Form. *Journal of educational science*, 3(1,2): 1-26. (Persian)
- Shibata, Y., Okada, K., Fukumoto, R., & Nomura, K. (2015). Psychometric properties of the parent and teacher forms of the Japanese version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Brain and Development*, 37(5), 501-507.
- Stiffler, M. C., & Dever, B. V. (2015). *Mental health screening at school: Instrumentation, implementation, and critical issues*. USA: Springer.
- World Health Organization. (2010). Participant manual: IMAI one-day orientation on adolescents living with HIV. World Health Organ.
- Yazdkhasti, F., Oreyzi, H. (2011). Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 17(1): 60-70. (Persian)
- Zhang, L., Yang, Y., Liu, Z. Z., Jia, C. X., & Liu, X. (2018). Sleep disturbance mediates the association between intrafamily conflict and mental health problems in Chinese adolescents. *Sleep medicine*, 46, 74-80.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 53), pp.67-76, 2019

Exploratory Factor Structure and Reliability of Preliminary Version of Mental Health problems Scale- Teacher Form for Iranian Students in Late Adolescent Age

Akbari-Zardkhaneh, S.

Dept. of Educational and Developmental Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran (Corresponding Author)

Mansurkiaie, N.

Dept. of Communication Sciences, University of Allameh Tabatabayi, Tehran, Iran

Zanganeh, A.

Deputy of Prevention of Judiciary, Tehran, Iran

Erfanifar, F.

Dept. of Child and Adolescent Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

Jallalat-Danesh, M.

Deputy of Prevention of Judiciary, Tehran, Iran

Shahvarani, S. M.

Dept. of Clinical Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

Siamak Tahmasebi Garmtani

Dept. of Preschool Child Psychology, University of social welfare and rehabilitation sciences, Tehran, Iran

Teymourifard, S. E.

Dept. of Educational Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Received: 2019 Jul 6

Accepted: 2019 Sept 22

Adolescents are at risk for behavioral and emotional problems. Most of the disorders that firstly are diagnosed in adulthood have roots in late adolescence. The aim of the current study was to develop a preliminary version of Mental Health Problems Scale- Teacher Report for Iranian in late adolescent age (15-18 years). For this purpose, 207 teachers from Fars, Sistan and Baloghestan, Kermanshah, Khorasan razavi, East Azarbaijan, and Alborz Provinces were selected by convenience sampling method and asked him to complete the Mental Health Problem Scale and Achenbach's Behavior Problems Scale- Teacher Report Form. Item analysis and exploratory factor analysis showed that the 7-component model has the best fit with the theoretical framework of the study. Also, correlation coefficients of the subscales of mental health problem scale and the subscales of the Achenbach Scale indicated the appropriate criterion validity of this instrument. Generally, the findings indicate that the Adolescents Mental Health Problem Scale- Teacher Report has the psychometric adequacy to screen the behavioral problems of students in late adolescent age (second high school).

Key words: Scale Development, Mental Health, Students, Teacher Report Form, Factor analysis,

Electronic mail may be sent to: J.karami@razi.ac.ir