

## بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی مقیاس مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی

دکتر علی اکبر خسروی \*

دکتر حیدرعلی هومن \*\*

عباس شکری \*\*\*

### چکیده

در این پژوهش عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی مقیاس مشکلات رفتاری آزمون مقیاس های رفتاری پیش دبستانی و مهدکودک بررسی شده است. یک گروه نمونه با حجم ۴۰۲ نفر از طریق نمونه برداری تصادفی مرحله ای انتخاب شد. مقیاس مشکلات رفتاری بر پایه طیف لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری شده، شامل ۴۲ سؤال است که پس از اجرای تحلیل عاملی هیچ یک از سؤال ها حذف نشد و ضریب اعتبار آن از طریق فرمول کلی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲۲ به دست آمد. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل مؤلفه های اصلی بهره گرفته شد. نتایج حاصل از آن نشان می دهد ۶ عامل استخراج شده، ۴۶/۲ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین می کند. ۶ عامل مشتمل بر مشکلات توجه / بیش فعالی، اجتماع ستیز / پرخاشگر، انزوای اجتماعی، خودمحوری، حساسیت، اضطراب / مشکلات جسمانی است. در نهایت، دو نوع نرم درصدی و نرم مقوله ای برای این مقیاس تهیه شد.

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری، عملی بودن، اعتبار، روایی، نرم یابی، کودکان پیش دبستانی.

Email: Khosravi.edu@gmail.com

Email: Haidarali70@yahoo.com

Email: Shokri.psy@gmail.com

\* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

\*\* استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان سنجی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی



طی چند دهه گذشته علاقه و توجه به رشد عاطفی، اجتماعی کودکان پیش دبستانی و کودکانستانی افزایش یافته است. پیش از این والدین، متخصصان و پژوهشگران بر این باور بودند که مشکلات کودکان ناشی از نارسایی های رشدی آن ها است و این گروه از کودکان این مشکلات را پشت سر خواهند گذاشت. واقعیت این است که دوران کودکی و پیش دبستان دورانی است که با رشد و تغییر بسیار همراه است، از این رو پاره ای ناپایداری های رفتاری را می توان انتظار داشت. با این وجود کاملاً روشن است که بسیاری از کودکان که در سال های اول کودکی مشکلات عاطفی و رفتاری دارند در طی زمان و شاید تا دوران بلوغ و حتی در بزرگسالی نیز مشکلاتشان ادامه خواهد یافت.

در حیطه بهداشت روانی تأکید بیشتر بر تشخیص و درمان زودهنگام کودکانی است که مشکلات رفتاری و عاطفی دارند. متخصصان بهداشت روانی به این نتیجه رسیده اند که وقتی کودک به سن مدرسه می رسد ممکن است فرصت استفاده از تدابیر درمانی مهمی را از دست داده باشد، تدابیری که می تواند مانع مشکلات جدی بیشتری در آینده شود (شانکف و میسلز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

به منظور اجرای تدابیر درمانی زودهنگام باید ابزارها و مقیاس هایی وجود داشته باشد که بتواند با دقت و شایستگی کودکان دارای مشکلات روانی و نیازهای ویژه را شناسایی کند. متأسفانه همواره در راه ارزشیابی خردسالان چالش های فراوانی وجود دارد. این چالش ها ناشی از نبود مقیاس های مخصوص سنجش این گروه از کودکان و مشکلات فنی ابزارهای موجود سنجش ویژگی های اجتماعی - عاطفی آنان است. افزون بر این رفتارهای عاطفی و اجتماعی خردسالان اغلب اوقات متغیر است و تحت تأثیر شرایط و موقعیت ها قرار می گیرد و دستیابی به درجه بندی اطمینان بخش رفتاری را دشوار می کند (مرل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

با قبول بیش از پیش این واقعیت که مشکلات عاطفی و رفتاری اغلب به طور طبیعی کاهش نخواهد یافت توجه فزاینده ای صرف پیشگیری و درمان مشکلات کودکانی ها و پیش دبستانی ها می شود.

مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان در اصل به دو گروه کلی یعنی مشکلات برون سو<sup>۳</sup> و مشکلات درون سو<sup>۴</sup> تقسیم می شوند. مشکلات برون سو معطوف به خارج و مشتمل بر رفتارهایی مانند برون ریزی، ستیزه جویی و نافرمانی و مشکلات درون سو بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه گیری، افسردگی و اضطراب است. علاوه بر این، معمولاً کودکان از خود رفتارهایی بروز می دهند که در هیچ یک از این دو حیطه رفتاری قرار نمی گیرند (مرل، ۲۰۰۹).

### مشکلات برون سو

به طور کلی سه نوع اختلال برون سو تشخیص داده شده که عبارتند از: اختلال کمبود توجه / بیش فعالی<sup>۵</sup>،

1. Shonkoff & Meisels
2. Merrell
3. externalizing problems
4. internalizing problems
5. attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

اختلال نافرمانی مقابله ای<sup>۱</sup>، اختلال سلوکی<sup>۲</sup>.

با این که هر یک از اختلال ها را می توان در کودکان دید، تشخیص اختلال سلوکی با وجود ماهیت خطیری که دارد به ندرت در مورد کودکان کم سن و سال مطرح می شود. با این وجود اختلال نافرمانی مقابله ای که اغلب نوع ملایم تر اختلال سلوکی به شمار می آید یکی از رایج ترین اختلال هایی است که در کودکانی ها و پیش دبستانی ها مشاهده می شود. با این که هنوز در مورد این مهم که باید به تشخیص اختلال کمبود توجه/ بیش فعالی در خردسالان پرداخت یا نه و در صورت تشخیص، چه نوع تصمیمی باید اتخاذ شود بحث و گفتگوی زیادی وجود دارد، اقدام به تشخیص این اختلال در کودکانی ها و دبستانی ها روز به روز بیشتر می شود (گیمپل و هالند<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳، ترجمه جلالی، ۱۳۸۳).

به هر حال در این که پیشرفت نشانه های اختلال با فرایند رشد کودک ارتباط دارد توافق وجود دارد، در رفتارهای کودکانی ها و پیش دبستانی ها، بیش فعالی و رفتارهای تکانشی بیشتر از کمبود توجه دیده می شود (گیمپل، ۲۰۰۳).

در حقیقت بیشتر تشخیص های مرتبط با نوع غالب رفتارهای بیش فعالی - تکانشی مربوط به کودکان ۶ ساله یا کم سن و سال تر است. کمبود توجه چه به تنهایی و چه به صورت ترکیب با رفتارهای بیش فعالی - تکانشی حدوداً هنگام ورود کودکان به مدرسه بروز می کند. بنابراین، تشخیص در مورد کودکانی که بیش از ۶ سال سن دارند به احتمال زیاد یا به صورت نوع آمیخته یا به صورت نوع غالب کمبود توجه است. در دوران بلوغ بسیاری از این دسته کودکان نشانه های اختلال آشکار بیش فعالی را نشان نمی دهند بلکه بیشتر اختلال رفتاری آنها به صورت اختلال کمبود توجه بروز می کند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، لاهی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸).

در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM-IV)<sup>۵</sup> اختلال نافرمانی مقابله ای به عنوان یک الگوی رفتاری منفی، برگشت پذیر، نافرمان، ناپیرو و خصمانه نسبت به صاحبان قدرت تعریف شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، صفحه ۹۱).

شیوع اختلال نافرمانی مقابله ای بین ۲ تا ۱۶ درصد است و همانند کمبود توجه/ بیش فعالی حداقل تا رسیدن به سن بلوغ در پسران بیش از دختران رواج دارد. نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای کلاً در ابتدای دوره ابتدایی بروز می کند و معمولاً اول بار در محیط خانه مشاهده می شود. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، لاهی و دیگران، ۱۹۹۸).

تعداد قابل توجهی از کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله ای در اصل اختلال سلوکی جدی تری از خود نشان می دهند. بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که اختلال نافرمانی مقابله ای پیش آیند اختلال سلوکی است و این دو اختلال با هم تحت عنوان مشکلات سلوکی بررسی می شوند. کودکانی که در سنین پایین مشکلات سلوکی از خود نشان می دهند اغلب از رفتارهای مخالفت آمیز به اختلال رفتار سلوکی سطح پایین مانند دروغگویی و نافرمانی و سپس به رفتارهای شدیدتر مانند خسارت به اموال عمومی و آتش افروزی روی می آورند (لبر، گرین، لاهی،

1. oppositional defiant disorder (ODD)
2. conduct disorder (CD)
- 3 Gimpel & Holland
4. Lahey
5. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)

فریک و برنت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

انجمن روان پزشکی آمریکا، اختلال سلوکی را الگوی رفتاری تکراری و پایایی می داند که طی آن حقوق ابتدایی دیگران یا هنجارهای مهم اجتماعی یا قوانین مناسب با سن و سال نقض می شود. در DSM-IV دو نوع فرعی اختلال سلوکی معرفی شده است. یکی نوعی است که در اوان کودکی مشاهده می شود و حداقل با یک نشانه از اختلال سلوکی پیش از ده سالگی همراه است. و نوع دیگری که در اوان بلوغ ظاهر می شود که تا قبل از ده سالگی هیچ نشانی از وجود اختلال سلوکی در آن نیست (گیمپل و هالند، ۲۰۰۳، ترجمه جلالی، ۱۳۸۳).

اختلال سلوکی معمولاً در کودکانی که پیش دبستانی ها و پیش دبستانی ها دیده نمی شود. DSM خاطر نشان می کند که اختلال سلوکی ممکن است در ۵ تا ۶ سالگی بروز کند ولی معمولاً شروع آن در اواخر دوره کودکی یا اوایل بلوغ است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، صفحه ۸۹).

گرچه احتمال این که بتوان کودکان کم سن و سال را دارای اختلال سلوکی دانست کم است. با این همه لازم است متخصصینی که با کودکانی که پیش دبستانی ها و پیش دبستانی ها کار می کنند با توجه به وجود ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوکی درک درستی از هر دو مورد داشته باشند.

### مشکلات درون سو

با اینکه گروه های پژوهشی متعددی دریافته اند که نشانه های اختلال درون سو و برون سو به طور مساوی در کودکان کم سن و سال دیده می شوند، تشخیص مشکلات درون سو کمتر از تشخیص مشکلات برون سو معمول است. گرچه بروز نشانه های درون سو در کودکانی که پیش دبستانی ها و پیش دبستانی ها به اندازه ای نیست که برای تشخیص آن به یک تشخیص رسمی نیاز باشد. با این همه، نشانه های سطح بالای اختلال های درون سو ممکن است مداخله های بالینی را اقتضا کند.

اختلال اضطراب جدایی<sup>۲</sup> تنها اختلال درون سویی است که در فصل کودکی DSM-IV فهرست شده است. اختلال اضطراب جدایی، اضطرابی است ناشی از جدایی از خانه یا کسانی که شخص به آنها دلبستگی دارد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴، صفحه ۱۱۰).

کودکان هنگام جدایی از کسانی که از آنها مواظبت می کنند یا وقتی که جدایی نزدیک است ولی مدتی به زمان وقوع آن مانده است دردمندی و ناتوانی شدیدی از خود بروز می دهند. این گروه از کودکان از این بیم دارند که به شخصی که از آنها مواظبت می کند آسیبی وارد آید یا پیش آمد یا حادثه ناخوشایندی برای آنها اتفاق بیفتد. این کودکان ممکن است از جدا شدن اجتناب کنند و به شدت به کسانی که از آنها مواظبت می کنند بچسبند (البانو، چرپیتا و بارلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳).

اضطراب جدایی برای کودکان تا سن ۶ سالگی بخشی از فرایند رشد طبیعی محسوب می شود. بنابراین، در صورتی می توان روی یک کودک خردسال تشخیص اختلال اضطراب جدایی گذاشت که سطح اضطراب او شدیدتر

1. Loeber, Green, Lahey, Frick & Mc Burnett  
2. separation anxiety disorder (SAD)  
3. Albano, Chorpita & Barlow

از سطحی باشد که کودکان هم سن و سال او نشان می دهند. افزون بر اختلال اضطراب جدایی، کودکان ممکن است با تشخیص انواع دیگر اختلال های اضطرابی که در DSM-IV آمده است روبرو شوند مانند: هراس های ویژه، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری عملی.

گرچه نمونه ویژه ای در مورد افسردگی کودکی در دست نیست ولی کودکان را می توان با ملاک اختلال های افسردگی موجود در DSM-IV مشتمل بر اختلال های افسردگی عمده و اختلال های افسرده خو مورد ارزشیابی قرار داد. با این که ملاک خاصی برای تشخیص افسردگی در کودکان در دست نیست ولی تأکید DSM-IV بر این عقیده است که کودکان به جای خلق و خوی افسرده<sup>۱</sup> ممکن است از خلق و خوی تحریک پذیر<sup>۲</sup> برخوردار باشند (گمپل و هالند، ۲۰۰۳، ترجمه جلالی، ۱۳۸۳).

نشانه های افسردگی همراه با رشد تغییر می کند و احتمال این که خردسالان بیش از کودکان مسن تر، از دردهای جسمی شکایت کنند و از خود بی قراری و انزوایی نشان دهند بیشتر است (انجمن روان پزشکی امریکا، ۱۹۹۴، صفحه ۳۲۷).

گرچه رواج افسردگی در پیش دبستانی ها و کودکان دبستانی ها مشخص نیست ولی رواج افسردگی در این گروه سنی احتمال دارد کمتر از ۱ درصد باشد (همن و رودلف، ۲۰۰۳).

مقیاس های درجه بندی رفتار به خاطر سودمندی های فراوانی که دارند ابزار مناسبی برای سنجش رفتار کودکان دبستانی و پیش دبستانی به شمار می آیند. با این همه پژوهشگران و متخصصان بالینی به پرورش و هنجاریابی مقیاس های درجه بندی رفتار ویژه خردسالان پرداخته اند. در طول دو دهه گذشته، تعداد مقیاس های درجه بندی برای جمعیت خردسال افزایش یافته است. بیشتر این مقیاس ها فرم های گسترش یافته مقیاس های موجود هستند. مانند فهرست رفتاری کودک (CBCL)<sup>۳</sup> که به گونه ای گسترده برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان به کار می رود. این مقیاس و نمونه همتای آن یعنی نسخه ویژه مدرسه و فرم گزارش معلم (TRF)<sup>۴</sup> اغلب اوقات به عنوان ابزار غربالگری برای تعیین شرایط و موقعیت هایی که در آن کودک مشکلات رفتاری از خود نشان می دهد مورد استفاده قرار می گیرند (آخنباخ و رسکرلا، ۲۰۰۱).

نظام سنجش رفتار کودکان (BASC)<sup>۵</sup> نظام درجه بندی رفتاری جامعی است که برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان و بزرگسالان طراحی شده است (رینلدز و کمفز، ۱۹۹۲)<sup>۶</sup>. مقیاس درجه بندی رفتاری کانرز (CRS)<sup>۷</sup> برای تشخیص مشکلات رفتاری کودکان و بزرگسالان در ایالات متحده آمریکا سال ها است که مورد استفاده قرار گرفته است. ویژگی نظام کانرز در این است که فرم های بلند و کوتاه مقیاس های معلمان، والدین و مقیاس های خود

1. depressed mood
2. irritable mood
3. Hammen & Rudolph
4. child behavior checklist (CBCL)
5. teacher's report form (TRF)
6. Achenbach & Rescorla
7. behavior assessment system for children (BASC)
8. Reynolds & Kamphaus
9. conners rating scale (CRS)

گزارشی در دسترس است (کانرز، ۱۹۹۷). پرسشنامه رفتاری کودک ایبرگ (ECBI)<sup>۱</sup> با ۳۶ ماده که توسط والدین، درباره کودکان ۲ سال و بالاتر اجرا می شود که در رابطه با مشکلات رفتاری رایج کودکان است (ایبرگ و راس<sup>۲</sup>، ۱۹۷۸). این مقیاس برای تشخیص والدینی که انتظارات بالا و یا پایین غیر معمولی از کودک خود دارند ابزار مفیدی است (همبری و مک نیل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

مقیاس های رفتاری مهدکودک و پیش دبستانی (PKBS)<sup>۴</sup> مقیاسی است با ۷۶ ماده که برای اندازه گیری مشکلات عاطفی- اجتماعی کودکان ۳ تا ۶ سال تدوین شده است. این ابزار مرکب از دو مقیاس مجزا است یکی مقیاس مهارت های اجتماعی با ۳۴ ماده و دیگری مقیاس مشکلات رفتاری با ۴۲ ماده. این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۹۴ در ایالات متحده آمریکا بر روی نمونه ۲۸۵۵ نفر از کودکان بین ۳ تا ۶ سال هنجار شد و از اعتبار قابل قبولی برخوردار بود ( $\alpha = 0/97$ ) (مرل، ۱۹۹۴). در سال ۲۰۰۲ دوباره در ۱۷ ایالت آمریکا بر روی نمونه ۳۳۱۳ نفری هنجاریابی شد و اعتبار آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ گزارش شد (مرل، ۲۰۰۲). همچنین، فرم اسپانیایی و آرژانتینی این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در فرم اسپانیایی این مقیاس اعتبار مقیاس مهارت های اجتماعی ( $\alpha = 0/93$ ) و اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری ( $\alpha = 0/96$ ) گزارش شده است (کارنی و مرل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲). در فرم آرژانتینی اعتبار مقیاس مهارت های اجتماعی و مقیاس مشکلات رفتاری به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۴ است (رینا و بروسینو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹).

و نیز اعتبار فرم پرتغالی این مقیاس بین ۰/۹۵ تا ۰/۹۸ گزارش شد (گمز، پریرا، مرل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر، مقیاس مشکلات رفتاری آزمون مقیاس های رفتاری مهدکودک و پیش دبستانی بر روی نمونه ۴۰۲ نفری از کودکان ۴ تا ۶ ساله شهر تهران اجرا شد. هدف از انجام این پژوهش بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی مقیاس مشکلات رفتاری در بین کودکان پیش دبستانی شهر تهران بود. به طور خلاصه می توان اهداف پژوهش را به شرح زیر بیان کرد:

- فراهم کردن ابزاری مناسب و دقیق جهت تشخیص مشکلات رفتاری کودکان؛
  - شناسایی و طبقه بندی کودکان براساس مشکلات رفتاری توسط یک ابزار سنجش؛
  - ابزار پژوهشی برای بررسی و تدوین الگوهای رفتاری کودکان پیش دبستانی.
- چون این مقیاس برای نخستین بار در ایران ترجمه شده است، بررسی روایی و اعتبار آن در گروه مهدکودکی ها و پیش دبستانی ها ضروری بود. با توجه به این که موضوع مورد بررسی جنبه اکتشافی دارد، لذا تهیه پاسخ برای پرسش های زیر نیز امری ضروری است.

- آیا مقیاس مشکلات رفتاری از اعتبار قابل قبولی برخوردار است؟

1. Eyberg child behavior inventory (ECBI)
2. Eyberg & Ross
3. Hambree & McNeil
4. preschool & kindergarten behavior scales
5. Carney & Merrell
6. Reyna & Brussino
7. Gomes, Pereira & Merrell

- آیا مقیاس مشکلات رفتاری از روایی قابل قبولی برخوردار است؟
- آیا بین سوالات مقیاس مشکلات رفتاری هماهنگی وجود دارد؟
- مقیاس مشکلات رفتاری از چند عامل اشباع شده است؟

## روش

جامعه آماری این پژوهش را تمامی والدین کودکان (دختر و پسر) ۴ تا ۶ ساله مراکز پیش دبستانی و مهدکودک های شهر تهران تشکیل دادند. بدین منظور برای تعیین گروه نمونه از روش نمونه برداری تصادفی چند مرحله ای استفاده شد. بدین صورت که ابتدا شهر تهران به پنج ناحیه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز) تقسیم و سپس از هر منطقه به نسبت توزیع مراکز، مهدکودک ها و پیش دبستانی ها انتخاب شد و بین آن ها به صورت تصادفی ۴۰۲ کودک ۴ تا ۶ ساله گزینش و پرسشنامه در اختیار والدین آن ها قرار گرفت.

ابزار این پژوهش، مقیاس مشکلات رفتاری<sup>۱</sup> آزمون مقیاس های رفتاری پیش دبستانی و مهدکودک (PKBS)<sup>۴</sup> است. مقیاس مشکلات رفتاری شامل ۴۲ گویه است که والدین با توجه به مشاهدات خود از رفتار کودک طی سه ماه اخیر بر روی یک مقیاس ۴ درجه ای از هرگز تا اغلب آن را درجه بندی می کنند.

به منظور اجرای طرح و گردآوری داده ها پرسشنامه ها تحویل مراکز پیش دبستانی و مهدکودک ها شد تا در اختیار والدین کودکان قرار دهند. این پرسشنامه به صورت کاغذ مدادی با همکاری والدین ۴۰۲ کودک ۴ تا ۶ ساله اجرا و پس از پاسخگویی توسط پژوهشگر از مراکز پیش دبستانی جمع آوری شد.

تحلیل داده ها براساس اهداف پژوهش و با استفاده از روش آمار توصیفی و استنباطی به شرح زیر است:

- ۱- برای تعیین مشخصه گروه از روش های متداول آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی، شاخص های گرایش به مرکز و شاخص های پراکندگی استفاده شده است.
- ۲- برای تعیین هماهنگی درونی و میزان اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفته شد.
- ۳- برای بررسی روایی پرسشنامه از روش تحلیل مؤلفه های اصلی (PC)<sup>۳</sup> استفاده شده است.
- ۴- برای بررسی اینکه آزمون از چند عامل اشباع شده است پس از اجرای تحلیل مؤلفه های اصلی از چرخش متعامد استفاده شد.

## یافته ها

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اعتبار، روایی و نرم یابی مقیاس مشکلات رفتاری آزمون PKBS بود. برای برآورد ضریب اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری از فرمول کلی ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با اجرای چندین بار تحلیل عاملی مشاهده شد تمام سوال ها دارای بار عاملی بزرگتر از ۰/۳ هستند لذا هیچ یک از سوال ها حذف نشد و اعتبار کل مجموع ۴۲ سوالی برابر ۰/۹۲۲ به دست آمد که نشان دهنده بالابودن اعتبار این مقیاس است. پرسش ۲۵

1. behavior problems scale
2. preschool & kindergarten behavior scales (PKBS)
3. principal components (PC)

بیشترین همبستگی ( $r = 0/637$ ) و پرسش ۲۶ کمترین همبستگی ( $r = 0/279$ ) را با نمره کل مجموعه نشان داد. مهمترین پرسشی که باید درباره هر نوع روش سنجش صورت گیرد این است که آن روش تا چه حد روا است؟ منظور این است که ابزار سنجش چیزی را اندازه بگیرد که برای آن ساخته شده است. در این پژوهش شواهد مربوط به روایی سازه گردآوری شد.

برای تعیین روایی سازه روش های گوناگونی وجود دارد که یکی از آنها روش تحلیل عاملی است. تحلیل عاملی اصطلاحی است که برای رواسازی و توسعه ابزارهای روان سنجی، تحلیل داده ها به منظور کشف سازه های جدید و کمک به تدوین تئوری تحلیل محتوا و مواد مصاحبه ها، سبک های مدیریتی، علائق شغلی و... به کار می رود (هومن، ۱۳۸۵). برای انجام تحلیل عاملی رعایت مفروضه های زیر ضروری است:

۱- شاخص کفایت نمونه برداری (KMO)<sup>۱</sup> که باید حداقل ۰/۶ و بالاتر از آن باشد. اندازه KMO در این پژوهش ۰/۹۱۷ است که اجرای تحلیل عاملی را برای پژوهش قابل توجیه می سازد.

۲- برای بررسی درباره این مطلب که آیا ماتریس همبستگی داده ها در جامعه صفر نیست، از آزمون کرویت بارتلت<sup>۲</sup> استفاده می شود. هدف از اجرای این آزمون، رد فرضیه صفر مبنی بر درست بودن ماتریس همسانی است که عناصر قطری آن «۱» و همه عناصر غیرقطری آن در جامعه «۰» باشد (هومن، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر مقدار مشخصه آماری آزمون بارتلت برابر با ۵۷۸۲/۳۸۸ و سطح معناداری آن ۰/۰۰۰ است. بنابراین می توان ادعا کرد که بین متغیرها در جامعه همبستگی وجود دارد.

۳- پژوهشگران به منظور بررسی درباره ماهیت روابط بین متغیرها و نیز دستیابی به تعریف و نامگذاری عامل ها ضرایب بالاتر از ۰/۳۰ و گاه بالاتر از ۰/۴۰ را در تعریف عامل ها مهم و با معنا دانسته و ضرایب کمتر از این حدود را به عنوان صفر (عامل تصادفی) در نظر گرفته اند (هومن، ۱۳۸۵). در این پژوهش بار عاملی با ضرایب ۰/۳۰ به عنوان بار عاملی قابل قبول انتخاب شد. چون بار عاملی سوال ها روی تمام عوامل چرخش یافته بزرگتر از ۰/۳۰ بود در نتیجه هیچ یک از سوال ها از آزمون کنار گذاشته نشد.

۴- هر یک از عامل ها باید دست کم متعلق به سه سوال باشد.

۵- عامل ها باید از اعتبار کافی برخوردار باشد.

همان طور که ملاحظه شد، مقدار KMO برابر ۰/۹۱۷ و سطح معنادار بودن مشخصه آزمون کرویت بارتلت نیز (۰/۰۰۰) است. بنابراین، برپایه هر دو ملاک می توان نتیجه گرفت که اجرای تحلیل عاملی براساس ماتریس همبستگی حاصل در گروه نمونه مورد مطالعه قابل توجیه خواهد بود. علاوه براین، برون داد اولیه کامپیوتر نیز نشان می دهد مقدار دترمینان ماتریس همبستگی عددی غیر صفر یعنی ۰/۰۰۰۰۰۰۰۹ است که نشان می دهد برپایه داده ها استخراج عامل ها امکان پذیر است.

اجرای تحلیل عاملی مواد مقیاس مشکلات رفتاری برای تعیین مقدار عامل اشباع شده از این مقیاس، سه شاخص عمده را مورد توجه قرار داده است:

1. kaiser-meyer-olkin  
2. bartlett test of sphericity



۱- ارزش ویژه؛

۲- نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل؛

۳- نمودار ارزش های ویژه که اسکری<sup>۱</sup> نامیده می شود.

مشخصه های آماری اولیه که با اجرای تحلیل مؤلفه های اصلی با روش (pc) به دست آمد، نشان داد ارزش های ویژه ۱۱ عامل بزرگتر از یک است. درصد واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۱۱ عامل بر روی هم ۵۹/۳ درصد کل واریانس متغیرها را تبیین کرد. از مجموعه پرسش ها ۶ عامل استخراج شد که به اندازه ۴۶/۲ درصد از واریانس را تبیین کرد. سهم عامل یکم با ارزش ویژه ۱۰/۷۱۹، ۲۵/۵ درصد کل واریانس متغیرها را توجیه کرد.

نمودار شیب دار اسکری، طرحی از واریانس کل تبیین شده به وسیله هر متغیر را در ارتباط با سایر متغیرها نشان می دهد. در این طرح عامل های بزرگ در بالا و سایر عامل ها با شیبی تدریجی در کنار هم نشان داده شده است. تجربه نشان داده که اگر  $k$  تعداد عامل های حقیقی باشد، اسکری از عامل  $k$  ام شروع می شود. از این نمودار می توان استنباط کرد، سهم عامل نخست در واریانس کل متغیرها چشمگیر و از سهم بقیه عامل ها متمایز است. اما شیب نمودار بعد از عامل ششم از بین می رود و در واقع فلات نمودار از عامل ششم شروع می شود. با توجه به این که نقطه برش برای چرخش عامل ها جایی است که شیب خط تغییر می کند. بنابراین، عامل های مناسب برای چرخش با استفاده از این روش ۶ عامل است.

واریانس تبیین شده توسط عامل ها نشان داد، عامل یکم قبل از چرخش ۲۵/۵ درصد، عامل دوم ۶/۴ درصد، عامل سوم ۴/۰ درصد، عامل چهارم ۳/۶ درصد و... از واریانس را تبیین می کند. بقیه عامل ها هر کدام سهم ناچیزی در تبیین واریانس دارند. بنابراین، با توجه به مقدار واریانس تبیین شده ۶ عامل برای استخراج مناسب بود. برپایه نتایج به دست آمده از اجرای تحلیل عاملی، از مجموعه ۴۲ سوال، ۶ عامل استخراج شد که در مجموع ۴۶/۲ درصد واریانس کل متغیرها را توجیه کرد. میزان اشتراک مواد مجموعه ۴۲ سوالی مقیاس مشکلات رفتاری که از طریق مؤلفه های اصلی به دست آمد، نشان داد بیشترین میزان اشتراک متعلق به سوال ۲۸ که برابر ۰/۶۱۸ و کمترین میزان اشتراک متعلق به سوال ۴ و برابر ۰/۲۲۷ است.

پس از تعیین تعداد عوامل مناسب قابل استخراج با توجه به مقدار واریانس تبیین شده و نمودار اسکری برای رسیدن به ساختار ساده، ۶ عامل مشخص شده چرخش داده شد. هدف از این روش رسیدن به ساختار ساده است. بنابراین اطلاعات به دست آمده پس از چرخش متعامد برای ۶ مؤلفه استخراج شده نشان داد که نتایج پس از چندین چرخش آزمایشی به ساختار ساده رسید. ماتریس ساختار یافته در جدول ۱ ملاحظه می شود.

جدول ۱: ماتریس ساختار ساده برای عامل ها

عامل ۱	سئوال	عامل ۲	سئوال	عامل ۳	سئوال	عامل ۴	سئوال	عامل ۵	سئوال	عامل ۶	سئوال
۰.۶۶۶	۱۶	۰.۷۱۹	۴۲	۰.۷۶۸	۲۸	۰.۶۳۶	۱۳	۰.۵۹۰	۳۶	۰.۶۳۱	۲
۰.۶۴۳	۲۲	۰.۶۵۶	۲۹	۰.۷۱۴	۱۷	۰.۶۲۹	۷	۰.۵۴۸	۲۳	۰.۶۲۳	۹
۰.۶۳۸	۱۰	۰.۶۰۶	۳۴	۰.۶۹۴	۱۲	۰.۶۱۳	۱۱	۰.۵۱۹	۳۷	۰.۵۵۰	۱۸
۰.۵۹۱	۲۰	۰.۶۰۳	۳	۰.۴۴۱	۳۰	۰.۳۹۹	۴۱	۰.۴۵۹	۱۵	۰.۳۸۳	۵
۰.۵۷۲	۱	۰.۵۰۱	۳۵	۰.۴۲۶	۲۷	۰.۳۹۹	۳۲	۰.۳۷۹	۳۸	۰.۳۷۳	۸
۰.۵۴۵	۶	۰.۴۷۴	۲۵	۰.۳۴۳	۲۴	۰.۳۵۷	۱۴	۰.۳۶۶	۳۳		
۰.۵۴۲	۱۹	۰.۴۶۴	۲۱	۰.۳۲۰	۴	۰.۳۵۴	۴۰	۰.۳۵۰	۲۶		
۰.۴۳۹	۳۹	۰.۴۴۹	۳۱								

همان طور که ساختار ساده عامل ها در جدول ۱ نشان داده شده است، چنان چه ۶ عامل استخراج شده با استفاده از شیوه متعامد چرخش داده شود مجموعه پرسش هایی که مشترکاً با یک عامل همبسته بوده و تشکیل یک خرده آزمون می دهند به شرح زیر به دست می آید:

عامل یکم: سوال های ۱۶، ۲۲، ۱۰، ۲۰، ۱، ۶، ۱۹، ۳۹

عامل دوم: سوال های ۴۲، ۲۹، ۳۴، ۳، ۳۵، ۲۵، ۲۱، ۳۱

عامل سوم: سوال های ۲۸، ۱۷، ۱۲، ۳۰، ۲۷، ۲۴، ۴

عامل چهارم: سوال های ۱۳، ۷، ۱۱، ۴۱، ۳۲، ۱۴، ۴۰

عامل پنجم: سوال های ۳۶، ۲۳، ۳۷، ۱۵، ۳۸، ۳۳، ۲۶

عامل ششم: سوال های ۲، ۹، ۱۸، ۵، ۸

پس از استخراج عامل ها، خرده آزمون های به دست آمده، به شرح زیر نامگذاری شد:

- ۱- مشکلات توجه/ بیش فعالی
- ۲- اجتماع ستیز/ پرخاشگر
- ۳- انزوای اجتماعی
- ۴- خودمحوری
- ۵- حساسیت
- ۶- اضطراب/ مشکلات جسمانی

همان طور که پیش تر آمد، مواد مقیاس مشکلات رفتاری بر پایه مقیاس چهارمقوله ای هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب با نمره های ۰ تا ۳ درجه بندی شده است. نمره های بالا بیانگر مشکلات رفتاری شدید و نمره های پایین نشان دهنده نبود مشکلات رفتاری است. مشخصه های آماری نمره های حاصل از پرسشنامه ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصه های آماری نمره های مقیاس مشکلات رفتاری

خطای چولگی	خطای کشیدگی	خطای کشیدگی	خطای میانگین کشیدگی	خطای میانگین	انحراف استاندارد	نما	میانگین	میانگین
۰/۲۴۳	۰/۵۶۱	۰/۱۲۲	۰/۵۸۲	۰/۸۹۴	۱۷/۹۲۳	۴۷	۳۹/۰۰	۴۰/۰۱

به منظور تعبیر و تفسیر نمره های هر فرد، لازم است نمره های خام وی در مقیاسی بیان شود که چارچوبی کلی برای مقایسه نمره ها به دست دهد. مقصود از این مقیاس که نرم یا هنجار خوانده می شود این است که وضع نسبی و مرتبه فرد را در یک گروه مرجع مناسب بیان کند. گروه مرجع مناسب آن است که فردی می تواند به گونه منطقی با آن مقایسه شود. (هومن، ۱۳۸۶). برای دستیابی به این اهداف در پژوهش حاضر، نمره ها به صورت نرم های درصدی و مقوله ای نشان داده شده است. در مورد نرم های درصدی، نمره های خام آزمودنی ها به درصدهایی تبدیل شده است که نشان می دهد، چند درصد آزمودنی ها در گروه نرمی پایین تر از نمره به خصوصی قرار دارند. به همین منظور جدول نرم درصدی در جدول ۳ ارائه شده است. به این ترتیب با داشتن میانگین نمره خام هر فرد می توان وضعیت نسبی او را مشخص کرد، چند درصد از افراد دیگر، مشکلات رفتاری بیشتر یا کمتری نسبت به او دارند.

جدول ۳: نرم های درصدی مقیاس مشکلات رفتاری

نمره میانگین	نمره خام	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی	نمره میانگین	نمره خام	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی	نمره میانگین	نمره خام	فراوانی	درصد فراوانی	درصد تجمعی
۰,۰۴	۲	۱	۰,۲	۰,۲	۰,۷۶	۳۲	۱۳	۰,۲	۳۶,۸	۱,۴۲	۶۰	۶	۱,۵	۸۹,۳
۰,۰۹	۴	۱	۰,۲	۰,۵	۰,۷۸	۳۳	۳	۰,۷	۳۷,۶	۱,۴۵	۶۱	۲	۰,۵	۸۹,۸
۰,۱۴	۶	۱	۰,۲	۰,۷	۰,۸۰	۳۴	۶	۱,۵	۳۹,۱	۱,۴۷	۶۲	۲	۰,۵	۹۰,۳
۰,۱۶	۷	۱	۰,۲	۱,۵	۰,۸۳	۳۵	۱۳	۳,۲	۴۲,۳	۱,۵۰	۶۳	۲	۰,۵	۹۰,۸
۰,۱۹	۸	۳	۰,۷	۱,۷	۰,۸۵	۳۶	۷	۱,۷	۴۴,۰	۱,۵۲	۶۴	۳	۰,۷	۹۱,۵
۰,۲۱	۹	۵	۱,۲	۳,۰	۰,۸۸	۳۷	۹	۲,۲	۴۶,۳	۱,۵۴	۶۵	۳	۰,۷	۹۲,۳
۰,۲۳	۱۰	۲	۰,۵	۳,۵	۰,۹۰	۳۸	۱۰	۲,۵	۴۸,۸	۱,۵۷	۶۶	۱	۰,۲	۹۲,۵
۰,۲۶	۱۱	۱	۰,۲	۳,۷	۰,۹۲	۳۹	۱۰	۲,۵	۵۱,۲	۱,۵۹	۶۷	۳	۰,۷	۹۳,۳
۰,۲۸	۱۲	۴	۱,۰	۴,۷	۰,۹۵	۴۰	۶	۱,۵	۵۲,۷	۱,۶۴	۶۹	۱	۰,۲	۹۳,۵
۰,۳۰	۱۳	۲	۰,۵	۵,۲	۰,۹۷	۴۱	۴	۱,۰	۵۳,۷	۱,۶۶	۷۰	۲	۰,۵	۹۴,۰
۰,۳۳	۱۴	۴	۱,۰	۶,۲	۱,۰۰	۴۲	۹	۲,۲	۵۶,۰	۱,۶۹	۷۱	۲	۰,۵	۹۴,۵
۰,۳۵	۱۵	۷	۱,۷	۸,۰	۱,۰۲	۴۳	۸	۲,۰	۵۸,۰	۱,۷۱	۷۲	۲	۰,۵	۹۵,۰
۰,۳۸	۱۶	۲	۰,۵	۸,۵	۱,۰۴	۴۴	۱۰	۲,۵	۶۰,۴	۱,۷۳	۷۳	۲	۰,۵	۹۵,۵
۰,۴۰	۱۷	۳	۰,۷	۹,۲	۱,۰۷	۴۵	۱۱	۲,۷	۶۳,۲	۱,۷۶	۷۴	۲	۰,۵	۹۶,۰
۰,۴۲	۱۸	۵	۱,۲	۱۰,۴	۱,۰۹	۴۶	۱۱	۲,۷	۶۵,۹	۱,۷۸	۷۵	۱	۰,۲	۹۶,۳
۰,۴۵	۱۹	۳	۰,۷	۱۱,۲	۱,۱۱	۴۷	۱۹	۴,۷	۷۰,۶	۱,۸۳	۷۷	۳	۰,۷	۹۷,۰
۰,۴۷	۲۰	۴	۱,۰	۱۲,۲	۱,۱۴	۴۸	۸	۲,۰	۷۲,۶	۱,۸۵	۷۸	۱	۰,۲	۹۷,۳
۰,۵۰	۲۱	۱۰	۲,۵	۱۴,۷	۱,۱۶	۴۹	۶	۱,۵	۷۴,۱	۱,۹۰	۸۰	۱	۰,۲	۹۷,۵
۰,۵۲	۲۲	۶	۱,۵	۱۶,۲	۱,۱۹	۵۰	۵	۱,۲	۷۵,۴	۱,۹۷	۸۳	۲	۰,۵	۹۸,۰
۰,۵۴	۲۳	۱۰	۲,۵	۱۸,۷	۱,۲۱	۵۱	۱۰	۲,۵	۷۷,۹	۲,۰۴	۸۶	۱	۰,۲	۹۸,۳
۰,۵۷	۲۴	۷	۱,۷	۲۰,۴	۱,۲۳	۵۲	۴	۱,۰	۷۸,۹	۲,۱۶	۹۱	۱	۰,۲	۹۸,۵
۰,۵۹	۲۵	۸	۲,۰	۲۲,۴	۱,۲۶	۵۳	۵	۱,۲	۸۰,۱	۲,۱۹	۹۲	۱	۰,۲	۹۸,۸
۰,۶۱	۲۶	۹	۲,۲	۲۴,۶	۱,۲۸	۵۴	۸	۲,۰	۸۲,۱	۲,۲۳	۹۴	۱	۰,۲	۹۹,۰
۰,۶۴	۲۷	۷	۱,۷	۲۶,۴	۱,۳۰	۵۵	۱	۰,۲	۸۲,۳	۲,۲۶	۹۵	۱	۰,۲	۹۹,۳
۰,۶۶	۲۸	۹	۲,۲	۲۸,۶	۱,۳۳	۵۶	۵	۱,۲	۸۳,۶	۲,۳۳	۹۸	۲	۰,۵	۹۹,۸
۰,۶۹	۲۹	۸	۲,۰	۳۰,۶	۱,۳۵	۵۷	۶	۱,۵	۸۵,۱	۲,۴۲	۱۰۲	۱	۰,۲	۱۰۰,۰
۰,۷۱	۳۰	۹	۲,۲	۳۲,۸	۱,۳۸	۵۸	۷	۱,۷	۸۶,۸					
۰,۷۳	۳۱	۳	۰,۷	۳۳,۶	۱,۴۰	۵۹	۴	۱,۰	۸۷,۸					

با توجه به آن چه پیش تر گفته شد، برای نمره های مقیاس مشکلات رفتاری، نرم مقوله ای با چهار درجه از نداشتن مشکلات رفتاری تا مشکلات رفتاری شدید بر اساس تقسیم بندی درصدی توزیع نرمال نمره ها تهیه شد. در جدول ۴ نرم مقوله ای ارائه شده است.

جدول ۴: نرم مقوله ای مقیاس مشکلات رفتاری

نمره خام	میانگین	سطح مشکلات رفتاری
۰ - ۲۱	۰ - ۰/۵	فاقد مشکلات رفتاری
۲۲ - ۶۳	۰/۵۱ - ۱/۵۰	مشکلات رفتاری خفیف
۶۴ - ۱۰۵	۱/۵۱ - ۲/۵۰	مشکلات رفتاری در حد متوسط
۱۰۶ - ۱۲۶	۲/۵۱ - ۳/۰۰	مشکلات رفتاری شدید

### بحث

این پژوهش با هدف بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی مقیاس مشکلات رفتاری در کودکان ۴ تا ۶ سال شهر تهران انجام شد. پس از تکمیل پرسشنامه مشکلات رفتاری توسط والدین ۴۰۲ کودک ۴ تا ۶ ساله، اطلاعات جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

برای پاسخ به این سؤال که « آیا مقیاس مشکلات رفتاری از اعتبار قابل قبولی برخوردار است؟ » نتایج حاصل از اجرای آزمون نشان داد تمام سؤال ها دارای بارعاملی بزرگتر از ۰/۳ هستند، در نتیجه هیچ یک از سؤال ها حذف نشد و اعتبار کل مجموع ۴۲ سؤالی برابر ۰/۹۲۲ به دست آمد، که اعتبار بالایی را نشان می دهد. اعتبار گزارش شده فرم های دیگر این مقیاس نیز نشان دهنده بالا بودن اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری است. اعتبار فرم آمریکایی این مقیاس ۰/۹۷ گزارش شده است (مرل، ۲۰۰۲). کارنی و مرل در سال ۲۰۰۲ اعتبار ۰/۹۶ را برای فرم اسپانیایی این مقیاس گزارش دادند و در فرم آرژانتینی که توسط رینا و بروسینو در سال ۲۰۰۹ انجام شد اعتبار مقیاس مشکلات رفتاری ۰/۹۴ است. همچنین، اعتبار فرم پرتغالی این مقیاس ۰/۹۸ گزارش شده است (گمز، پریرا، مرل، ۲۰۰۹). برای بررسی روایی سازه و پاسخ به این سؤال که « مقیاس مشکلات رفتاری از چند عامل اشباع شده است؟ » از روش تحلیل مؤلفه های اصلی (PC) استفاده شد. با استفاده از تحلیل عاملی و به شیوه چرخش متعامد، ۶ عامل استخراج شد که این ۶ عامل ۴۶/۲ درصد کل واریانس و سهم عامل یکم با ارزش ویژه ۱۰/۷۱۹، ۲۵/۵ درصد از واریانس مشترک بین مواد پرسشنامه را تبیین کرد. قبل از تحلیل عاملی کفایت نمونه برداری با استفاده از اندازه KMO و نیز رد فرضیه صفر مبنی بر درست بودن ماتریس همسانی در جامعه به وسیله آزمون کرویت بارتلت اجرای تحلیل عاملی توجیه پذیر شد.

نتایج حاصل از ماتریس عاملی نشان می دهد عامل نخست (مشکلات توجه/بیش فعالی) دارای بیشترین بار عاملی و سهم آن نیز از سایر عامل ها بیشتر است. نتایج تحلیل عاملی مشخص کرد این مقیاس از روایی کافی برخوردار است و از ۶ عامل اشباع شده است. سؤال های ۳۷، ۳۲، ۳۱، ۲۵ که بار عاملی آنها بر سه عامل متمرکز بوده است احتمالاً سؤالاتی پیچیده هستند و بهتر است در پژوهش های آتی مورد بررسی و تغییر قرار گیرند. به منظور ساده سازی عوامل استخراجی از چرخش متعامد استفاده شد. از یافته های این پژوهش که بر پایه طرح نمونه برداری و از آزمون های آماری مبتنی بر تحلیل عاملی و روش تحلیل مؤلفه های اصلی است و با بهره مندی از پیشینه پژوهشی

در خصوص مشکلات رفتاری نتایج ذیل حاصل شده.

عامل یکم با ۸ سؤال همبستگی قوی دارد و بیانگر مشکلات توجه / بیش فعالی است. این عامل با عامل دوم در مقیاس اصلی همسو است که در مقیاس اصلی نیز با ۸ سؤال همبستگی دارد و نشانگر سبک رفتاری تکانشی و بیش فعالی است که در زیر مجموعه خرده مقیاس مشکلات رفتاری برون سو قرار می گیرد (مرل، ۲۰۰۲).

عامل دوم با ۸ سؤال همبستگی قوی دارد و بیانگر رفتار اجتماع ستیز و پرخاشگرانه است. کودکانی که در این خرده مقیاس نمره بالا می گیرند معمولاً به دلیل تعامل نامناسب با همسالان که اغلب به صورت زور گویانه و آسیب زا است از جانب آنها پذیرفته نمی شوند و کودکان دیگر تمایلی به برقراری ارتباط با آنها ندارند (مرل، ۲۰۰۲). این عامل در گروه مشکلات رفتاری برون سو قرار دارد و با عامل سوم در مقیاس اصلی همسو است که در مقیاس اصلی نیز با ۸ سؤال همبستگی دارد.

عامل سوم که با ۷ سؤال همبستگی قوی دارد با عامل چهارم در مقیاس اصلی هماهنگی و همسویی زیادی دارد که در مقیاس اصلی نیز با ۷ سؤال همبستگی دارد و بیانگر انزوای اجتماعی است. این عامل جزء مشکلات رفتاری درون سو به شمار می آید و بیانگر الگویی از اجتناب و گوشه گیری از کودکان دیگر می باشد که ممکن است با ناراحتی زیاد همراه باشد. گرچه تشخیص افسردگی در کودکان خردسال دشوار است اما اغلب نشانگانی مبنی بر افسردگی دوران کودکی که در این دسته قرار می گیرد مشاهده شده است (مرل، ۲۰۰۲).

عامل چهارم با ۷ سؤال همبستگی قوی دارد و بیانگر شخصیت خود محوری کودک است. این عامل با عامل یکم در مقیاس اصلی همسو است که در مقیاس اصلی افزون بر خود محوری، بیانگر شخصیت انفجاری بودن کودک نیز می باشد که در مقیاس اصلی با ۱۱ سؤال همبستگی دارد. این عامل نشانگر رفتارهای پیش بینی ناپذیر و نا ثبات است. کودکانی که در این خرده مقیاس نمره بالا می گیرند ممکن است کودکانی ناسازگار و دچار کمبود عاطفه باشند و نیز از نظر رفتاری نا ثبات بوده و غیر قابل پیش بینی و دمدمی مزاج باشند (مرل، ۲۰۰۲).

در فرم ایرانی مقیاس مشکلات رفتاری افزون بر پنج عاملی که در مقیاس اصلی وجود داشت و در دو گروه مشکلات برون سو و درون سو قرار می گرفتند در تحلیل عامل ها پس از ۱۴ بار تکرار چرخش، در چرخش واریماکس همگرایی حاصل شد و یک عامل اضافی استخراج شده است با توجه به محتوای گویه های سازنده، عامل پنجم، نشان دهنده میزان حساسیت کودک است که با ۷ سؤال همبستگی دارد.

عامل ششم با ۵ سؤال همبستگی قوی دارد و بیانگر اضطراب و مشکلات جسمانی است. این عامل که در گروه مشکلات درون سو قرار دارد نشان دهنده ترس، اضطراب و رفتار تنش زای کودک است که ممکن است با مشکلات جسمانی از قبیل دل درد و بیماری که منشاء فیزیکی ندارد همراه باشد. کودکانی که در این خرده مقیاس نمره بالا می گیرند اغلب دچار اضطراب جدایی از والدینشان هستند و ممکن است این ترس را درون سازی کرده و به صورت مشکلات جسمانی نمود سازند (مرل، ۲۰۰۲). این عامل با عامل پنجم در مقیاس اصلی که با ۸ سؤال همبستگی دارد همسو است.

در تعمیم و تفسیر نتایج این پژوهش باید توجه داشت که نتایج تحلیل عاملی امکان دارد بستگی خاص به ماهیت نمونه داشته باشد. همچنین ابزار پژوهش یک مقیاس درجه بندی بوده است و این ابزار ممکن است دو منبع خطا،

یکی «خطای واریانس» و دیگری «سوگیری پاسخ» را که می تواند دقت درجه بندی را کاهش دهد در بر گیرد. با این حال، راه هایی نیز برای به حداقل رساندن تأثیر آنها وجود دارد. مقیاس های درجه بندی رفتار، هرگز نباید به عنوان تنها منبع تشخیص یا تصمیم گیری برای طبقه بندی مورد استفاده قرار گیرند. بلکه باید از آنها به عنوان بخشی از سنجش چند روشی، چند منبعی و چند موقعیتی که برای دستیابی به اطلاعات انبوه طراحی شده اند استفاده شود. با دستیابی به اطلاعات انبوه خطاهای واریانس به حداقل خواهد رسید (مرل، ۲۰۰۹).

چون این پژوهش تنها در مراکز پیش دبستانی شهر تهران اجرا شده، نتایج آن را نمی توان به سایر استان های کشور تعمیم داد. بنابراین، به منظور ایجاد زمینه تعمیم پذیری یافته ها، لازم است پژوهش بر روی نمونه های مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم پذیری نتایج را افزایش داده و برای به دست آوردن نرم های استاندارد و جامع تر که مورد استفاده گسترده تر باشد، بهتر است پژوهش در سطح وسیع تر (استانی، ملی) اجرا شود. شش عاملی که برای مقیاس مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی در این پژوهش استخراج شده اند، مشتمل بر مشکلات توجه/بیش فعالی، اجتماع ستیز/پرخاشگر، انزوای اجتماعی، خودمحوری، حساسیت، اضطراب/مشکلات جسمانی است. بنابراین، پیشنهاد می شود که مربیان و دست اندرکاران آموزش پیش دبستانی، سنجش مشکلات رفتاری را در برنامه های سنجش کودکان پیش دبستانی در نظر بگیرند.

منابع

- گرچن، ا. گیمپل و هالند، م. ال. (۱۳۸۳). درمان مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان. ترجمه سید احمد جلالی. (چاپ اول)، تهران: نشر پادرا. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳).
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۵). تحلیل داده های چند متغیری در پژوهش رفتاری. (چاپ دوم)، تهران: بیک فرهنگ.
- **Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001).** Manual for the ASEBA school-age & profiles.  
Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- **Albano, A.M. , Chorpita, B.F. & Barlow, D.H. (2003).** Anxiety disorders. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.). Child psychopathology. 2nd ed. (pp. 279 - 329). New York: Guilford Press.
- **Carney, A.C. & Merrell, K.M. (2002).** Reliability and comparability of a spanish-language form of the preschool and kindergarten behavior scales. *Psychology in the school*, Vol. 39, No. 4, (pp. 367 - 373).
- **Retrieved August 2010**, from <http://www.interscience.wiley.com>.
- **Eyberg, S.M. & Ross, A.W. (1978).** Assessment of child behavior problems: the validation of a new inventory  
*Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- **Gimpel, G.A. & Holland, M.L. (2003).** Emotional and Behavioral Problems of Young children. New York: Guilford Press.
- **Gomes, R.M. , Pereira, A.s. & Merrell, K.M. (2009).** Estudo exploratório do PKBS-2 aplicado a crianças portuguesas em idade pré-escolar. Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. (pp. 2750-2767). Braga: Universidade do Minho.
- **Hambree-kigin, T.L. & McNeil, C. (1995).** Parent child interaction therapy. New York: Plenum Press.
- **Hammen, C. & Rudolph, K.D. (2003).** Childhood depression. In Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.).  
*Child Psychopathology*. 2nd ed. (pp. 233 - 278). New York: Guilford Press.
- **Lahey, B. (1998).** *Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- **Loeber, R. , Green, S.M. , Lahey, B. , Frick, P.J. & Burnett, K.M. (2000).** Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the developmental trends study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol. 3, No. 1.
- **Merrell, K.W. (1994).** *Preschool and Kindergarten Behavior Scales (PKBS) test manual*.  
Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing Company.



- **Merrell,K.W.(2002).**Preschool and Kindergarten Behavior Scales(PKBS-2) examiner's manual
- (2nd ed.).Texas: Pro.ed
- **Merrell,K.W.(2009).**Behavioral,Social and Emotional Assessment of Children and Adolescents
- (3rd ed.).New York: Routledge.
- **Reyna,C. & Brussino,S.(2009).**Psychometris properties of the preschool and kindergarten behavior scales
- in a sample of Argentinean children from 3 to 7 years old. Psykhe,Vol.18,No.2,(pp.127 -140).Chile:
- Pontificia Universidad Católica de Chile.
- **Reynolds,C.R. & Kamphaus,R.W.(1992).** Behavior Assessment System for Children. M.N.: American
- Guidance Service.
- **Shonkoff,J.P. & Meisels,S.J.(1990).** Handbook of early childhood intervention.Cambridge:
- Cambridge University Press.