

**مقاله پژوهشی اصیل****روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)****دکتر مهدی تهرانی دوست**

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشکده علوم شناختی

**دکتر زهرا شهرپور**

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**دکتر بهاره پاکباز**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**دکتر آریتا رضایی**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**دکتر فاطمه احمدی**

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**هدف:** این مطالعه با هدف ارزیابی روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ) انجام شد. **روش:** روایی نسخه‌های والد و آموزگار SDQ در یک نمونه ۶۰۰ نفری از جامعه کودکان ۶-۱۲ ساله ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس، نتایج SDQ با نتایج معاینه کودکان توسط روانپزشک کودک و نوجوان و مصاحبه تشخیصی K-SADS مقایسه شد. داده‌های مربوط به هنجاریابی و نقاط برش محاسبه شد. **یافته‌ها:** نمرات به‌دست آمده از نسخه‌های والد و آموزگار SDQ در تمام قسمت‌ها با یکدیگر همبستگی مثبت داشتند. مقایسه نمرات شاخص‌های پرفعالیتی و نمره کلی مشکلات تشخیص‌های روان‌پزشکی نشان داد که SDQ از روایی مطلوبی برخوردار است. نقاط برش به‌دست آمده با مطالعات سایر کشورها همخوانی داشت. **نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی SDQ از مشخصات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است و می‌تواند برای یافتن مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان ایرانی ابزار غربالگری مناسبی باشد. لازم است مطالعه مشابهی نیز برای جمعیت نوجوانان انجام شود.

**کلیدواژه‌ها:** پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ)، مشکلات رفتاری، مشکلات هیجانی، کودکان

**مقدمه**

ارزیابی مشکلات روان‌پزشکی کودکان جامعه و یافتن افراد مبتلا اولین قدم در ارتقای سطح بهداشت روان این گروه سنی می‌باشد. بنابراین طراحی و کاربرد پرسشنامه‌ای که در مدت زمان کوتاهی این ارزیابی را امکان‌پذیر سازد، ضروری است. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات<sup>۱</sup> (SDQ) یک ابزار غربالگری کوتاه است که به‌طور فزاینده‌ای در تعیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان به کار می‌رود. این ابزار در کشور انگلستان طراحی شده است و پنج زیرگروه اصلی از طیف علائم روان‌پزشکی را ارزیابی می‌کند: مشکلات سلوک، پرفعالیتی، علائم هیجانی، مشکلات با همسالان، و رفتار مطلوب اجتماعی. مجموع چهار مورد اول "نمره"

کلی مشکلات" را به‌دست می‌دهد. SDQ یک "نمره تأثیرگذاری" نیز دارد که نشان می‌دهد آیا شدت مشکلات کودک به اندازه‌ای هست که بتواند در زندگی روزمره او و خانواده‌اش اختلال ایجاد نماید (گودمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷).

خصوصیات روان‌سنجی این ابزار در مطالعات متعددی در کشورهای مختلف از جمله هلند (موریس<sup>۳</sup>، میسترز<sup>۴</sup>، و وان دن برگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳)، عربستان (ثابت<sup>۶</sup>، استرچ<sup>۷</sup>، و وستانیس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰)، سوئد (اسمج<sup>۹</sup>، برومان<sup>۱۰</sup>، هتا<sup>۱۱</sup>، و نورینگ<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹)، بنگلادش (مولیک<sup>۱۳</sup>، و گودمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۱)، آلمان (کلاسن<sup>۱۵</sup> و همکاران،

2- Strengths and Difficulties Questionnaire	3-Goodman
4- Muris	5- Meesters
6- van den Berg	7- Thabet
8- Stretch	9- Vostanis
10- Smedje	11- Broman
12- Hetta	13- Knorrning
14- Mullick	15- Klases

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: tehranid@sina.tums.ac.ir

جدول اعداد تصادفی تعیین شد. از والدین خواسته شد اگر برای پیشرفت مرحله دوم طرح مایل به همکاری هستند، رضایتشان را اعلام نمایند. رضایت‌نامه‌ها و پرسشنامه‌ها به همراه توضیح کتبی در مورد طرح پژوهشی و مراحل آن در پاکت دربسته به وسیله مسئولان مدرسه به والدین و آموزگاران تحویل داده شد. پس از دو هفته به مدارس مراجعه و پرسشنامه‌های برگشت داده شده مرور گردید. موارد مرجوعی یا تکمیل نشده با تلفن پیگیری و در صورت رسیدن به توافق مجدداً هفته بعد مراجعه می‌گردید؛ در غیراین صورت با روش تصادفی مذکور این موارد با نمونه‌های جدید جایگزین می‌شد تا نمونه‌های هر مدرسه تکمیل شود.

در مرحله دوم یک روانپزشک کودک و نوجوان که از نتیجه پرسشنامه بی‌اطلاع بود با ۱۵ درصد از دانش‌آموزانی که بر اساس نمره به دست آمده از پرسشنامه SDQ، مشکل‌دار دانسته شده و با همان تعداد از دانش‌آموزانی که بدون مشکل تشخیص داده شده بودند، مصاحبه بالینی می‌کرد. این افراد از میان کودکانی انتخاب شدند که والدینشان رضایت و همکاری خود را در پاسخ‌نامه‌ها اعلام کرده بودند. تمام این کودکان به وسیله یک دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان نیز بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان سنین مدرسه<sup>۷</sup> (K-SADS) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

### ابزارهای مورد استفاده

(۱) پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ):

این پرسشنامه، مشکلات و توانایی‌های کودکان را در ۲۵ جمله مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال با جواب‌های کاملاً درست، تا حدی درست و نادرست طبقه‌بندی شده است که گزارش‌دهنده باید یکی از آنها را انتخاب کند. پرسشنامه مذکور را روبرت گودمن طراحی کرده و در حال حاضر به زبان‌های مختلف از جمله فارسی ترجمه گردیده است. نسخه مورد استفاده در مطالعه اخیر زیر نظر دکتر گودمن ابتدا به وسیله دکتر کامران کریمی صاعدی در انستیتو روانپزشکی لندن به فارسی برگردانیده شده، سپس

(۲۰۰۰)، فنلاند (کازکلاین<sup>۱</sup>، سوراندر<sup>۲</sup>، و کالجونن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، استرالیا (هاوز<sup>۴</sup>، و دادز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴) و انگلستان (گودمن، ۲۰۰۱) ارزیابی شده است. گرچه این مطالعات روایی و پایایی SDQ را در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند، برخی یافته‌های آنها لزوم ادامه پژوهش‌ها را مطرح می‌نماید.

گودمن (۲۰۰۱) برای ارزیابی پایایی درونی SDQ در نمونه خود آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ گزارش کرد که این رقم در سایر مطالعات نیز در محدوده مشابه تکرار شده است (موریس و همکاران، ۲۰۰۳؛ ثابت و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسمج و همکاران، ۱۹۹۹؛ کازکلاین و همکاران، ۲۰۰۰). روایی همگرا و افتراقی SDQ در مقایسه با فهرست رفتاری کودکان<sup>۶</sup> (CBCL) نیز سنجیده شده است (گودمن، ۱۹۹۷؛ گودمن، ۲۰۰۱) که نتایج نشان داده‌اند نمره کلی SDQ در تشخیص مشکلات موجود در نمونه‌های کودکان و نوجوانان جمعیت عمومی نسبت به CBCL دقت بیشتری دارد. در نمونه‌های بالینی نیز این مزیت در برخی موارد تکرار شده است، به این صورت که SDQ بهتر از CBCL می‌تواند پرفعالیتی نمونه‌ها را پیش‌گویی کند (کلاسن و همکاران، ۲۰۰۰).

با توجه به اینکه این پرسشنامه می‌تواند ابزار غربالگری مناسبی برای بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان باشد، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه در بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دبستانی طراحی گردید.

### روش

در مرحله اول ۶۰۰ دانش‌آموز کلاس اول تا پنجم دبستان در محدوده سنی ۶-۱۲ سال از سه منطقه مرکزی آموزش و پرورش تهران (۶، ۷ و ۱۱) انتخاب شدند. این مناطق از نظر جغرافیایی از مناطق مرکزی تهران محسوب می‌شوند و از نظر اجتماعی - اقتصادی در سطح متوسطی قرار دارند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و خوشه‌ای و در چند مرحله انجام شد، به این صورت که ابتدا از هر منطقه ۱۰ مدرسه و از هر مدرسه ۲۰ دانش‌آموز به طور تصادفی انتخاب شدند. برای این کار از هر پایه تحصیلی در هر مدرسه یک کلاس و از هر کلاس چهار دانش‌آموز بر اساس

1- Koskelainen  
2- Sourander  
3- Kaljonen  
4- Hawes  
5- Dadds  
6- Children Behavior Checklist  
7- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children

### شیوه اجرا

این طرح در دو مرحله اجرا گردید.

مرحله اول - پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه و آموزش و پرورش، نمونه‌گیری انجام شد. پس از مراجعه به مدارس و توضیح روش پژوهش و جلب همکاری مسؤولان مدارس، پرسشنامه‌ها تکمیل شد. این مرحله شش ماه به طول انجامید (سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲).

مرحله دوم - بعد از بررسی نتایج مرحله اول، ۲۵ نفر از ۱۶۳ دانش‌آموزی که بر اساس نمره کلی مشکلات پرسشنامه SDQ والد (مطابق با نتایج مطالعات گودمن) مشکل‌دار و ۲۷ نفر از دانش‌آموزانی که بر همین اساس بدون مشکل تشخیص داده شده بودند، مورد ارزیابی روانپزشکی قرار گرفتند. در این ارزیابی که در بیمارستان روزبه صورت گرفت، یک روانپزشک فوق تخصص کودک و نوجوان با دانش‌آموزان و والدینشان مصاحبه بالینی انجام داد و بدین وسیله اختلالات دانش‌آموز بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مشخص گردید. یک دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان با تمام تشخیص‌های این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته K-SADS نیز انجام داد. چهار دستیار فوق تخصصی پرسشنامه‌های K-SADS را اجرا می‌کردند. پایایی میان گزارشگران<sup>۵</sup> در مورد اکثر تشخیص‌های این مصاحبه بالاتر از ۹۰ درصد بود. این مرحله از طرح که سه ماه طول کشید (سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳)، برای به‌دست آوردن نقطه برش پرسشنامه SDQ و تعیین حساسیت و ویژگی آن اجرا شد.

### تحلیل آماری

برای ورود و تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS، نسخه ۱۱/۵ استفاده و به کمک آمار توصیفی شیوع شاخص‌ها محاسبه شد. آزمون‌های t و تحلیل واریانس به منظور بررسی رابطه میان متغیرهای وابسته و مستقل، و آزمون همبستگی پیرسون برای پیدا کردن ارتباط بین متغیرهای به‌دست‌آمده در پرسشنامه‌های والدین و معلم مورد استفاده قرار گرفت. نقطه برش پرسشنامه SDQ با استفاده از روش آماری ROC<sup>۶</sup> به‌دست آمد.

به‌وسیله دکتر محمد صنعتی مجدداً به انگلیسی ترجمه شد (ترجمه معکوس). این پرسشنامه در حال حاضر یکی از ابزارهای قابل قبول برای سنجش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان است و دارای نسخه‌های مخصوص والد (۱۶-۴ سال)، مخصوص آموزگار (۱۶-۴ سال) و نسخه خودگزارشگر (۱۶-۱۱ سال) می‌باشد. شاخص‌هایی که از این پرسشنامه به‌دست می‌آید، به‌صورت نمره کلی مشکلات، مشکلات هیجانی، مشکلات بیش‌فعالی، مشکلات سلوک، مشکلات ارتباطی با همسالان، و رفتارهای اجتماعی مطلوب گزارش می‌گردد. این پرسشنامه در مرحله اول مطالعه به عنوان ابزار غربالگری مورد استفاده قرار گرفت.

۲) مصاحبه نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان سنین مدرسه (K-SADS-E).

مقیاس K-SADS یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که دو نسخه<sup>۱</sup> دارد. نوع K-SADS-PS، اختلالات را در طول ۱۲ ماه گذشته و وضعیت کنونی می‌سنجد، اما نوع K-SADS-E<sup>۲</sup>، وجود اختلال را در طول زندگی و دوره کنونی ارزیابی می‌کند. این مقیاس که برای افراد ۶-۱۸ ساله به‌کار می‌رود، به‌وسیله مصاحبه‌گر و پس از مصاحبه با کودک و والدین تکمیل می‌شود و وجود اختلالات را طبق معیارهای DSM-IV و DSM-III-R می‌سنجد. پرسشنامه باید به‌وسیله فرد آموزش‌دیده اجرا شود و اجرای آن حدود ۹۰-۷۵ دقیقه برای کودک یا هر یک از والدین و در کل، دو نیم ساعت طول می‌کشد. با ارزیابی و مقایسه اطلاعات به‌دست آمده از کودک و والدین تشخیص نهایی به‌عهده درمانگر است. طیف اختلالاتی که با این مقیاس سنجیده می‌شود، شامل اختلالات خلقی، جسمی، پسیکوتیک، اضطرابی، رفتاری و سایر موارد می‌باشد. در ضمن مدت حمله، سن بروز، مشخصات درمانی و اختلالات خاص مربوط به هر نشانگان را به‌دست می‌دهد. شدت علائم درباره تمام اختلالات، بدون توجه به موقعیت تشخیصی سنجیده می‌شود.

K-SADS برای مطالعات همه‌گیرشناسی پرسشنامه مناسبی است، اما در ارزیابی پاسخ درمانی حساسیت کافی ندارد. این ابزار بسیار اختصاصی است اما میزان حساسیت کمی دارد (آمبروسینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

1- Version 2 K-SADS-PresentS tate  
3- K-SADS-Epidemiologic version 4- Ambrosini  
5- inter- rater reliability 6- Receptive Operation Curve

جدول ۲ نتایج پرسشنامه‌های SDQ والد و آموزگار را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، متوسط نمره کل مشکلات در پرسشنامه والد ۱۰/۵ (انحراف معیار ۵/۷۶) و در پرسشنامه آموزگار ۱۰/۴ (انحراف معیار ۶/۱۹) بود. تمام شاخص‌های به‌دست آمده از SDQ والد و آموزگار با یکدیگر همبستگی مثبت داشتند ( $p < 0.01$ ).

مطابق با یافته‌های جدول ۳، به‌نظر والدین و آموزگاران مشکلات سلوک و رفتارهای اجتماعی مطلوب بین دو جنس تفاوت معنی‌دار داشته است، به شکلی که مشکل سلوک در پسران ( $p < 0.05$ ) و رفتارهای اجتماعی مطلوب در دختران ( $p < 0.01$ ) بیشتر گزارش شده است. در SDQ آموزگار، نمره کلی مشکلات ( $p < 0.05$ ) و مشکلات ارتباطی با همسالان ( $p < 0.01$ ) در پسران به شکل معنی‌دار بیشتر بود.

## یافته‌ها

از میان پرسشنامه‌های توزیع شده حدود ۸۸ درصد موارد بازگردانده شد و ۱۲ درصد باقی‌مانده مجدداً جایگزین گردید. در مجموع ۲۷۵ دانش‌آموز پسر (۴۵/۸۳ درصد) و ۳۲۵ دانش‌آموز دختر (۵۴/۱۶ درصد) وارد طرح شدند. جدول ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌ها را بر اساس سن نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود اکثر نمونه‌ها در فاصله سنی هفت تا ۱۱ سال قرار داشتند و نمونه‌های شش و ۱۲ ساله کم بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌ها بر حسب سن ( $n = 600$ )

سن (به سال)	تعداد	درصد
۶	۷	۱/۱۶
۷	۹۹	۱۶/۵
۸	۱۲۱	۲۰/۱
۹	۱۱۶	۱۹/۳۳
۱۰	۱۲۲	۲۰/۳۳
۱۱	۱۲۰	۲۰
۱۲	۱۵	۲/۵

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار شاخص‌های پرسشنامه‌های SDQ والد و آموزگار ( $n = 600$ )

شاخص	SDQ والد میانگین (انحراف معیار)	SDQ آموزگار میانگین (انحراف معیار)	میزان همبستگی
نمره کل مشکلات	۱۰/۰۵ (۵/۷۶)	۱۰/۳۹ (۶/۱۹)	۰/۵۲*
علائم هیجانی	۲/۲۵ (۱/۹۷)	۲/۵۱ (۲/۱۴)	۰/۳۶*
مشکلات سلوک	۱/۷۶ (۱/۷۵)	۱/۸۱ (۲)	۰/۴۲*
بیش‌فعالی	۳/۹۹ (۲/۲۹)	۳/۶۲ (۲/۴)	۰/۴۹*
مشکلات ارتباطی با همسالان	۲/۰۴ (۱/۶۸)	۲/۴۳ (۱/۶۶)	۰/۳۵*
رفتارهای مطلوب اجتماعی	۸/۱۱ (۱/۷۵)	۷ (۲/۰۴)	۰/۲۵*

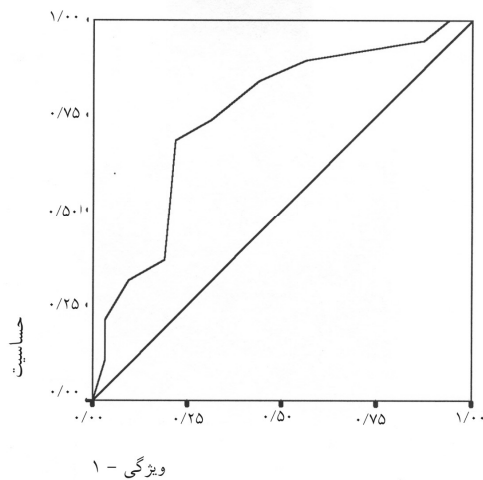
\* $p < 0.01$

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار شاخص‌های SDQ والد و آموزگار بر اساس جنس ( $n = 600$ )

شاخص‌های SDQ	میانگین (انحراف معیار)	دختر (۳۲۵ نفر)	پسر (۲۷۵ نفر)	سطح معنی‌داری
نمره کلی مشکلات	والد	۹/۸۲ (۹/۸۹)	۱۰/۳۱ (۱۰/۹۸)	ns
	آموزگار	۵/۵۸ (۵/۶۴)	۵/۹۸ (۶/۷۴)	$p < 0.05$
علائم هیجانی	والد	۲/۳۵ (۲/۶۲)	۲/۱۳ (۲/۳۹)	ns
	آموزگار	۲/۰۶ (۲/۱۴)	۱/۸۵ (۲/۱۴)	ns
مشکلات سلوک	والد	۱/۶۲ (۱/۵۶)	۱/۹۲ (۲/۱۱)	$p < 0.05$
	آموزگار	۱/۶۴ (۱/۷۷)	۱/۸۶ (۲/۲۱)	$p < 0.01$
بیش‌فعالی	والد	۳/۹ (۳/۵۲)	۴/۰۹ (۳/۷۳)	ns
	آموزگار	۲/۱۹ (۲/۲۱)	۲/۴ (۲/۶۱)	ns
مشکلات ارتباطی با همسالان	والد	۱/۹۵ (۲/۲۱)	۲/۱۶ (۲/۷۲)	ns
	آموزگار	۱/۶۶ (۱/۵۵)	۱/۷ (۱/۷۵)	$p < 0.01$
رفتارهای اجتماعی مطلوب	والد	۸/۳۷ (۷/۸)	۷/۸ (۷/۳۶)	$p < 0.01$
	آموزگار	۱/۶۳ (۲/۰۴)	۱/۸۴ (۲/۰۱)	$p < 0.01$

جدول ۴- فراوانی اختلالات روانپزشکی بر اساس مصاحبه بالینی (n=۶۰۰)

اختلال	فراوانی	درصد
بیش‌فعالی - کمبود توجه	۱۷	۲۲/۶
بی‌اعتنایی مقابله‌ای	۰	۰
سلوک	۰	۰
اضطرابی	۹	۱۷/۳
وسواسی - جبری	۳	۰/۰۶
افسردگی اساسی	۰	۰
دوقطبی	۰	۰
اضطراب جدایی	۰	۰
ترس مرضی	۲۶	۵۰
خواب	۸	۱۵/۳
عادت‌ی	۷	۱۳/۴
تیک	۱	۰/۰۲
شب‌اداری	۴	۰/۰۸
یادگیری	۱	۰/۰۲



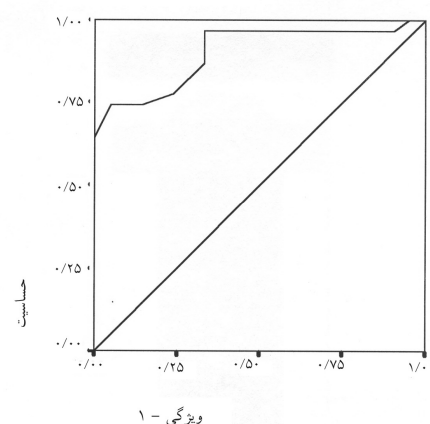
شکل ۲- منحنی ROC برای نمره بیش‌فعالی از پرسشنامه SDQ والد

نمرات کلی مشکلات در ۷۰ درصد از افراد نمونه، در پرسشنامه‌های والد زیر ۱۲ و در پرسشنامه‌های آموزگار زیر ۱۳ بود. با در نظر گرفتن نمره برش ۱۲، نمرات ۱۹۷ نفر (۳۲/۸ درصد) با حساسیت ۷۴ درصد و ویژگی ۹۵ درصد بالاتر یا مساوی این مقدار بود. در نسخه‌های آموزگار نمرات ۱۸۸ نفر (۳۱/۳ درصد) با حساسیت ۵۵ درصد و ویژگی ۸۱ درصد بالاتر از ۱۲/۵ بود. با در نظر گرفتن نقطه برش پنج در مورد نمره بیش‌فعالی، در پرسشنامه‌های والد، نمره ۲۲۶ نفر (۳۷/۶ درصد) با حساسیت ۷۰ درصد و ویژگی ۷۶ درصد بالاتر یا مساوی این مقدار قرار داشت. در پرسشنامه‌های آموزگار نمره ۱۹۱ نفر (۳۱/۸ درصد) با حساسیت ۵۲ درصد و ویژگی ۷۵ درصد بالاتر یا مساوی پنج بود. منحنی‌های ROC در شکل‌های ۱ و ۲ آورده شده است.

### بحث

هدف این مطالعه ارزیابی روایی پرسشنامه SDQ و تعیین نقطه برش آن برای گروهی از کودکان ۶-۱۲ ساله ایرانی بود. نتایج این پژوهش حساسیت و ویژگی نسبتاً مطلوب شاخص‌های «نمره کلی مشکلات» و «بیش‌فعالی» را تأیید کرد. گودمن در سال ۲۰۰۰ در مطالعه‌ای روی ۷۹۸۴ کودک ۵-۱۵ ساله انگلیسی، حساسیت ۷۴ درصد و ویژگی ۹۵ درصد را برای شاخص نمره کلی SDQ

نتایج مربوط به تشخیص‌های روانپزشک در جدول ۴ خلاصه شده است. تذکر این نکته لازم است که استاندارد طلایی، تشخیص روانپزشک کودک و نوجوان بوده و از K-SADS به عنوان تأیید تشخیص استفاده شده است. به منظور تعیین نقطه برش پرسشنامه SDQ در نمونه مورد نظر، نمره کلی مشکلات و شاخص بیش‌فعالی بر اساس منحنی ROC مورد ارزیابی قرار گرفت.



شکل ۱- منحنی ROC برای نمره کلی مشکلات از پرسشنامه SDQ والد

بیشتر گزارش کرده‌اند (آشفورد<sup>۷</sup>، رابرتز<sup>۸</sup>، بیرن<sup>۹</sup> و براون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۰؛ نوویک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰). این تفاوت جنسیتی در مطالعه‌ای در انگلستان نیز ملاحظه شده (گودمن و همکاران، ۱۹۹۸)، اما در سوئد (اسمج و همکاران، ۱۹۹۹) و هلند (موریس و همکاران، ۲۰۰۳) نتایج مشابه یافته‌های مطالعه حاضر بوده است.

از دیگر نکات قابل توجه، همبستگی مثبت تمام شاخص‌های SDQ آموزگار و والد می‌باشد، یعنی میان والدین و آموزگاران در مورد مشکلات و توانایی‌های کودکان توافق نظر وجود داشته است. با این حال، نتایج این پژوهش نشان داد که حساسیت و ویژگی نظر والدین در مورد نمره کلی مشکلات و توانایی‌های کودکان (۷۴ درصد و ۹۵ درصد) نسبت به نظر آموزگاران (۵۵ درصد و ۸۱ درصد) بیشتر می‌باشد. این نکته در مورد شاخص بیش‌فعالی نیز صدق می‌کرد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که SDQ والدین در مقایسه با SDQ آموزگاران برای غربالگری مشکلات روانپزشکی این جمعیت سنی مناسب‌تر است.

گودمن (۲۰۰۱) اعتقاد دارد که SDQ وقتی خیلی خوب پیش‌بینی می‌کند که پرسشنامه هم توسط والد و هم آموزگار تکمیل شود.

به‌عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان چنین اذعان داشت که SDQ ابزار قابل قبولی برای غربالگری مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان ایرانی است، زیرا: از حساسیت و ویژگی مطلوبی برخوردار است؛ نتایج آن از نظر والد و آموزگار همخوانی دارد؛ سؤالات آن به زبان ساده نگاشته شده است؛ و در مدت کوتاهی قابل اجرا می‌باشد.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشت که در اینجا به برخی از آنها اشاره می‌شود. یکی از موارد قابل طرح این است که بیشتر جمعیت مورد مطالعه هفت تا ۱۱ ساله بودند، بنابراین تعمیم نتایج به گروه ۶ و ۱۲ سال ممکن نمی‌باشد. مرحله اول در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ و مرحله دوم در سال تحصیلی ۸۴-۱۳۸۳ انجام گرفت. فاصله زمانی این نگرانی را مطرح می‌کند که ممکن است مشکلات

به‌دست آورد که این نتایج در مطالعه مجدد وی (گودمن، فورد<sup>۱</sup>، کوربین<sup>۲</sup> و ملتزر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴) روی ۱۰۲۸ کودک ۱۷-۵ ساله ۸۰ درصد و ۸۵ درصد بود. نتایج پژوهش ما ارقام ۷۴ درصد و ۹۵ درصد را در SDQ والد نشان داد که با یافته‌های گودمن (همان‌جا) هم‌خوانی بسیار زیادی دارد. هم‌چنین نقاط برش به‌دست آمده از پژوهش ما با نقاط اعلام شده به‌وسیله گودمن برابر یا بسیار نزدیک بود. بنابراین از نسخه فارسی SDQ می‌توان به‌عنوان یک ابزار غربالگری معتبر برای پیدا کردن کودکان دچار مشکلات روانپزشکی استفاده نمود.

میانگین نمره کلی مشکلات در SDQ والد در نمونه مورد مطالعه حاضر ۱۰/۰۵ (انحراف معیار ۵/۷۶) بود. این رقم در کشور سوئد ۱۰/۸۵ (اسمج و همکاران، ۱۹۹۹)، در هلند ۵/۵ (موریس و همکاران، ۲۰۰۳)، و در انگلیس ۱۱/۴ (گودمن، ملتزر و بیلی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸) گزارش شده است. میانگین نمره فوق در پسرهای نمونه مطالعه حاضر ۱۰/۶۴ (۶/۳۶) و در دختران ۹/۸۵ (۵/۶۱) به‌دست آمد. در کشور آلمان (کلاسن و همکاران، ۲۰۰۰) میانگین نمره پسرها ۶/۶ (انحراف معیار ۴/۹) و دخترها ۵/۱ (انحراف معیار ۴/۵) و در انگلیس میانگین نمره پسرها ۱۱/۶ (انحراف معیار ۵/۴) و دخترها ۱۱/۲ (انحراف معیار ۵) بود. دلیلی که برای تفاوت به‌دست آمده در نمره کلی مشکلات SDQ ذکر می‌شود، تفاوت در شیوع واقعی مشکلات فوق در کشورهای مختلف و احتمالاً میانگین سنی متفاوت در نمونه‌های پژوهش می‌باشد (هاوز و ددز، ۲۰۰۴)؛ اگرچه در مطالعه حاضر نمرات شاخص‌های SDQ با سن رابطه معنی‌داری نداشت. مقایسه شاخص‌های به‌دست آمده از SDQ والد و آموزگار در دختران و پسران این نمونه نشان داد که میانگین نمره کلی مشکلات و سایر شاخص‌ها در پسران بیشتر از دختران است، اما شاخص‌های علائم هیجانی و رفتارهای اجتماعی مطلوب در دختران بیشتر از پسران می‌باشد. با این حال این یافته فقط در نمره کلی مشکلات SDQ آموزگار، مشکلات سلوک در SDQ والد و آموزگار، مشکلات ارتباطی با همسالان در SDQ آموزگار و رفتارهای اجتماعی مطلوب در SDQ والد و آموزگار معنی‌دار بود. مرور کلی متون روانپزشکی کودک و نوجوان نیز مشکلات برونی‌سازی<sup>۵</sup> را در پسرها و مشکلات درونی‌سازی<sup>۶</sup> را در دخترها

1- Ford  
3- Meltzer  
5- externalizing  
7- Ashford  
9- Byrne  
11- Novik

2- Corbin  
4- Bailey  
6- internalizing  
8- Roberts  
10- Browne

روانپزشکی کودک و نوجوان دکتر شکوفه موسوی، دکتر شیرین معلمی، دکتر مریم کوشا و دکتر جواد محمودی قرائی به دلیل همکاری جدی و صمیمانه در انجام مصاحبه K-SADS تشکر می‌شود. همچنین از خانم زهرا امینی‌پور مددکار محترم بخش کودک و نوجوان که در پیگیری و هماهنگی مراحل اجرای طرح تلاش کردند، سپاسگزاری می‌گردد. از کلیه مدیران و آموزگاران مدارس و والدین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در طرح، به‌ویژه آنانی که برای ارزیابی روانپزشکی فرزندان خود در دانشگاه علوم پزشکی تهران همکاری نمودند، قدردانی می‌شود. مطالعه مذکور با همکاری پژوهشکده علوم شناختی صورت گرفت و نویسندگان از مسئولان این مرکز کمال تشکر را دارند.

رفتاری هیجانی افراد در زمان‌های مختلف با هم متفاوت باشد، اما از آنجا که هم روانپزشک به این نکته دقت داشت و هم K-SADS- E نسخه‌ای است که هم‌زمان مشکلات یک سال اخیر و مشکلات در طول زندگی را می‌سنجد، تشخیص‌های مربوط به زمان تکمیل پرسشنامه‌های SDQ نیز لحاظ گردیده است.

پیشنهاد می‌شود SDQ در محدوده سنی بالاتر (نوجوانی) نیز مورد پژوهش قرار گیرد. به‌ویژه به این دلیل که می‌توان نتایج SDQ خودگزارشگر نوجوان را با نظرات والدین و آموزگار مقایسه کرد.

### سپاسگزاری

این مطالعه با پشتیبانی مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. از دستیاران محترم فوق‌تخصصی

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱/۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۹/۲۱

### منابع

Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 49-58.

Ashford, Y., Roberts, S., Byrne, C., & Browns, G. (2000). Parent and teacher disagreement in rating child behavior. *System linked Research Unit working paper series*, 3, 1-25.

Goodman R., Ford T., Corbin T., & Meltzer H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to Screen looked-after children for Psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (suppl 2: II), 25-31.

Goodman R., Meltzer H., & Bailey V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study of the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-30.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Hawes, D. J., & Dadds, M. R., (2004). Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Australian and Newzealand Journal of Psychiatry*, 388, 644-651.

Klasen, H., Woemer, W., Wolke, D. Meyer, R., Overmeyer, S.,

Kashchnitz, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ- Due) and the Child Behavior Checklist. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 271-276.

Koskelainen, M., Sourander, A., & Kaljonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school, aged children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 277-284.

Mullick, M. S. L., & Goodman, R. (2001). Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: A preliminary study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 94-99.

Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.

Novic, T. S. (2000). Child Behavior Checklist item scores in Norwegian children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 45-60.

Smedje, H., Broman, J. E., Hetta, J., & Knorrning, A. L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.

Thabet, A. A., Stretch, D., & Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in Arab children. *Application of Social Psychiatry*, 46, 266-280.