



Research Article

Determining the Reliability and Validity of the Persian Version of Brief Problem Monitor™ for Ages 18-59 in Students

Authors

Meysam Tajamolian¹, Mohammadreza Shaeiri^{2*}, Hojjatollah Farahani³

 1. Master of Clinical Psychology, University of Shahed, Tehran, Iran.
meysam.taj@hotmail.com

 2. Associate Professor of clinical Psychology Department, University of Shahed, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

 3. Assistant Professor of Clinical Psychology Department, University of Tarbiat Modares, Tehran, Iran. h.farahani@modares.ac.ir

Abstract

Receive Date:
19/01/2024

Accept Date:
20/07/2024



Introduction: Since the 1960s, the Achenbach Experience-Based Assessment System (ASEBA) has been utilized for diagnosing mental disorders. The objective of this study was to evaluate the psychometric properties of the Brief Problem Monitoring Test for Ages 18 to 59 (BPM/18-59) within a non-clinical Iranian sample.

Method: A Persian version was created by translating, retranslating, and obtaining approval for the final version of the translation from the instrument manufacturer. Afterward, the BPM/18-59 form was administered to a sample of 337 undergraduate students from the University of Tehran and Tehran University of Medical Sciences during the 2019-2020 academic year, utilizing a convenience sampling method. Additionally, 58 individuals from the subjects' surroundings completed the "Other" form. To calculate the test-retest coefficient of this tool, a retest was administered to 41 participants from the initial sample after an interval of two weeks. To assess the concurrent validity of this tool, the ASRSI-v I.I, DASS-21, GHQ-28, BSI-53, and AAI questionnaires were utilized. Data analysis was conducted using Pearson correlation, confirmatory factor analysis, and hierarchical regression.

Results: The findings indicate a significant correlation between BPM/18-59 and other tools ($P < 0.001$); therefore, it demonstrates acceptable levels of concurrent validity. The two-week test-retest reliability and Cronbach's alpha for the BPM/18-59 self-report were 0.70 and 0.85, respectively, while the Cronbach's alpha for bystander reports was 0.72. Additionally, factor analysis demonstrated a good fit for the initial three-factor model.

Discussion and conclusion: BPM/18-59 demonstrates appropriate psychometric properties for application in research and clinical trials involving Iranian individuals.

Keywords

Brief Problem Monitor™ for ages 18-59 (BPM-18-59), Validity, Reliability, Factor Analysis.

Corresponding Author's E-mail

shairi@shahed.ac.ir

روایی‌سنجی و اعتباریابی نسخه فارسی پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ - ۵۹ سال (BPM/18-59) در دانشجویان

نویسندگان

میثم تجمیلیان^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، حجت‌الله فراهانی^۳

۱. فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. meysam.taj@hotmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. h.farahani@modares.ac.ir

چکیده

مقدمه: از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا به امروز ابزارهای نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آنبخاخ (ASEBA) برای تشخیص اختلالات روانی در حال گسترش است. هدف مطالعه، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) در یک نمونه غیربالینی ایرانی بوده است.

روش: با روش ترجمه، بازترجمه و تأیید نسخه نهایی ترجمه توسط سازنده ابزار، نسخه فارسی آماده گردید. پس از آن، فرم BPM/18-59 در نمونه‌ای مشتمل بر ۳۳۷ دانشجوی کارشناسی دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد. همچنین ۵۸ نفر از اطرافیان آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل فرم «دیگری» نمودند. به منظور محاسبه ضریب آزمون - بازآزمون این ابزار، اجرای بازآزمون به فاصله دو هفته بر روی ۴۱ نفر از نمونه اولیه، صورت گرفت. برای تعیین روایی هم‌زمان این ابزار از پرسش‌نامه‌های DASS-21، GHQ-28، BSI-53، AAI و استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش هم‌بستگی پیرسون و تحلیل عاملی تأییدی و رگرسیون سلسله‌مراتبی انجام شد.

نتایج: یافته‌ها، نشانگر هم‌بستگی BPM/18-59 با سایر ابزارها ($P < 0/001$) است؛ بنابراین بر خورداری از مقادیر قابل قبولی از روایی هم‌زمان بود. اعتبار بازآزمایی دو هفته‌ای و آلفای کرونباخ BPM/18-59 برای خودگزارشی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ گزارش اطرافیان ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین تحلیل عاملی نشان از برازش مناسب مدل سه عاملی اولیه داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: BPM/18-59 از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برای کاربرد در پژوهش‌ها و تلاش‌های بالینی در افراد ایرانی برخوردار است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۴/۳۰



کلیدواژه‌ها

پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59)؛ روایی، اعتبار، تحلیل عاملی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairi@shahed.ac.ir

مقدمه

پایین‌به‌بالا هستند که توسط آخنباخ و همکارانش از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا به امروز در حال تحول و گسترش است [۵]. این نظام شامل خانواده‌ای از فرم‌ها است که به جهت نمره‌گذاری مشکلات رفتاری/هیجانی/اجتماعی^{۱۱} و ویژگی‌های انطباقی و شایستگی‌ها طراحی شده‌اند و برای افراد در سنین ۱/۵ تا بالای ۹۰ سال به وسیله ابزارهای اختصاصی در گروه‌های سنی چهارگانه قابل ارزیابی هستند. در کنار فرم‌های خودگزارشی برای سنین نوجوانی به بالا، وجود فرم‌های گزارش اطرافیان برای تمام سنین فرصتی را برای ارزیابی چند مطلع^{۱۲} فراهم می‌کند. در این نوع ارزیابی نتایج تفسیر فرم‌های خودگزارشی با نتایج فرم‌های تکمیل‌شده توسط اطرافیان بیمار مقایسه و در ارتباط با یکدیگر مورد تحلیل قرار می‌گیرند [۱۴-۶].

به عقیده متخصصان روان‌آسیب‌شناسی کودکی هرکدام از نشانگان اختلال‌های روانی در یکی از دو دسته‌بندی اختلالات درونی‌ساز و اختلالات برونی‌ساز قرار می‌گیرد [۱۵]. این تقسیم‌بندی برای نخستین‌بار توسط آکرسون^{۱۳} در سال ۱۹۴۹م صورت گرفت [۱۶] که بعدها در مطالعات مبتنی بر تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفت [۱۵، ۱۷، ۱۸]. دسته‌ای که بر رفتارهای هیجانی مانند گریه‌کردن، نگرانی و انزوا تأکید دارند با عنوان مشکلات درونی‌ساز شناخته می‌شوند و دسته‌ای که شامل مشکلات پرخاشگرانه، بزهکاری، مصرف مواد و نقص توجه و بیش‌فعالی می‌شوند با عنوان مشکلات برونی‌ساز دسته‌بندی می‌شوند [۱۹]. این ایده برای مطالعه روان‌آسیب‌شناسی بزرگسالان به وسیله مدل‌های کمی رسمی برای الگوهای رخداد هم‌زمان در میان اختلالات روانی تعریف‌شده، یک تحول جدید به حساب می‌آید [۲۰].

فرم‌های نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ به دلیل داشتن پشتوانه نظری مشترک در طول یکدیگر قابل کاربرد هستند و می‌توانند در پژوهش‌های طولی و مقطعی و موقعیت‌های بالینی مورد استفاده پژوهشگران و بالینگران زیادی قرار گیرند. به علاوه انتشار هنجارهای بین فرهنگی متنوع، کاربرد این نظام در زمینه‌های فرهنگی متفاوت و پژوهش‌های بین فرهنگی را فراهم کرده است [۲۱]. پژوهش‌های صورت‌گرفته در جامعه ایرانی در حیطه

طبقه‌بندی^۱ اختلالات روانی فرایندی مهم است که به جهت ساده‌سازی تشخیص و مداخلات برای متخصصان بالینی شکل گرفته است. در حال حاضر طبقه‌بندی اختلالات روانی شامل اختلالات روانی اختصاصی است که بر اساس برخی ویژگی‌های پدیدارشناسی مشترک گروه‌بندی می‌شوند [۱]. امروزه بیماری‌شناسی‌های رسمی موجود در آسیب‌شناسی روانی که بیشترین کاربردها را دارند شامل راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۲ - ویرایش پنجم (DSM-5®) انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ [۲] و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۴ - ویرایش یازدهم (ICD-11) سازمان بهداشت جهانی^۵ [۳] می‌شود. رویکردی که این نظام‌های طبقه‌بندی بر اساس آن شکل گرفته‌اند و روش‌های تشخیصی، مانند مصاحبه‌های ساختاریافته از آن پیروی می‌کنند نگاه بالا به پایین^۶ است. بر اساس این نگاه، متخصصان نخست دسته‌بندی تشخیصی را انتخاب می‌کنند و سپس معیارها را برای هر تشخیص تعیین می‌کنند. رویکرد دیگر در طبقه‌بندی اختلالات روانی نگاه پایین به بالا^۷ است؛ بر اساس این رویکرد گویه‌های توصیف‌کننده مشکلات یک فرد توسط خود او و اطرافیانش درجه‌بندی می‌شوند. این درجه‌بندی‌ها برای نمونه بزرگی از افراد اجرا شدند و مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند تا عامل‌های معرف نشانگان مبتنی بر تجربه استخراج شوند. پس از ایجاد این ابزارها به وسیله رویکرد پایین به بالا، مراجعه‌کنندگان نوعی و اطرافیانشان با تکمیل درجه‌بندی این گویه‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند [۴]. نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ^۸ (ASEBA) از پیشگامان این رویکرد تشخیصی و بیماری‌شناسی در روان‌آسیب‌شناسی^{۱۰} به شمار می‌رود.

ابزارهای نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) نمونه برجسته‌ای از ابزارهای متعلق به رویکرد تشخیصی

1. Taxonomy.
2. Nosology.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-5®).
4. American Psychiatry Assosiation.
5. International Classification of Diseases.
6. International Health Organization.
7. Top-down.
8. Bottom-up.
9. Achenbach System of Empirically Based Assessment.
10. Psychopathology.

11 . Behavioral/Emotional/Social.
12 . Multi-Informant Assessment.
13 . Ackerson.

ویژگی‌های روان‌سنجی ASEBA محدود به ابزارهای سنین مدرسه این نظام (CBCL، YSR و TRF) بوده است. نتایج این پژوهش‌ها نیز نشان‌دهنده ویژگی‌های مناسب روان‌سنجی این ابزارها برای کودکان جامعه ایرانی بوده است [۲۱-۲۶].

در ارزیابی روان‌آسیب‌شناسانه کودکان، جمع‌آوری اطلاعات از اطرافیان آزمودنی (والدین، معلمان و متخصصان سلامت روان) مورد توافق متخصصان است. اختلافات بین گزارش‌های مطلعان متفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت عملکرد کودکان در بافت‌های متفاوت و یا تفاوت در درک شدن آن‌ها توسط افرادی که نگرش‌های متفاوتی به آن‌ها دارند و یا هر دوی این‌ها باشد. در هر صورت هر دوی این شواهد باید در تلاش‌هایی که برای کمک به کودکان و خانواده‌هایشان صورت می‌گیرد مورد نظر قرار گیرد. شرایط مشابه با این وضعیت می‌تواند در ارزیابی سلامت روان بزرگسالان [۲۷] و سالمندان نیز وجود داشته باشد. یکی از معهود ابزارهای کارآمد در این زمینه برای بزرگسالان فرم سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) است که به همراه فرم خودگزارشی بزرگسال (ASR) فرم‌های نظام تجربی ارزیابی آخنباخ برای بزرگسالان را تشکیل می‌دهند [۱۰، ۲۰]. وجود اختلاف میان گزارش‌های مطلعان متفاوت نه تنها نشان‌دهنده بی‌اعتباری و عدم روایی این فرم‌های ارزیابی نیست؛ بلکه اعتبار و روایی بسیار خوبی برای درجه‌بندی‌های ساختاریافته روان‌آسیب‌شناسی کودکان و بزرگسالان یافت شده است [۸-۱۱]. مقایسه این اطلاعات، بالینگران را توانمند می‌کند تا همسانی‌ها و اختلافات بین گزارش‌های مطلعان متفاوت را شناسایی کنند. برای مثال اگر تمام یا اکثر مطلعان حالات اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۱ را درباره یک مراجع گزارش دهند این تشخیص می‌تواند به احتمال بیشتری مورد بحث قرار گیرد؛ اما اگر تنها یکی از گزارش‌دهندگان مانند یک معلم این حالات را گزارش داده باشد به جهت تعیین اینکه آیا خصوصیات مطلع و یا زمینه می‌توانسته در نوع گزارش مؤثر باشد، ارزیابی با جزئیات بیشتری انجام خواهد گرفت [۴، ۲۸].

آزمون‌های متعددی به جهت غربالگری و تشخیص اختلالات روانی افراد بزرگسال وجود دارد که به واسطه ترجمه و بررسی خصوصیات روان‌سنجی در جامعه ما مورد

استفاده قرار می‌گیرند. از این دسته آزمون‌ها می‌توان به آزمون GHQ [۲۹، ۳۰] و SCL-R-90 [۳۱-۳۳] اشاره کرد. یکی از جنبه‌های تفاوت عمده فرم‌های بزرگسال نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ با این آزمون‌ها علاوه بر تفاوت‌های نظری و طبقه‌بندی اختلالات و نشانگان و همچنین امکان گزارش اطرافیان که ذکر شد، توجه عمده این نظام به ارزیابی مقیاس‌های عملکرد انطباقی آزمودنی است. در فرم‌های خودگزارشی بزرگسال (ASR) و سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) عملکرد انطباقی آزمودنی بزرگسال در زمینه ارتباط با همسر/یار^۲ (دیگری مهم^۳، دوستان، شغل و تحصیل ارزیابی می‌شود. بررسی این مقیاس‌ها زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا بالینگر به جهت انجام مداخلات بالینی علاوه بر سندروم‌های بالینی و نکات تشخیصی مبتنی بر DSM به شایستگی‌ها و توانمندی‌های انطباقی مراجع/آزمودنی و یا الگوی آسیب‌دیدن عملکرد انطباقی او در هر کدام از این زمینه‌ها توجه نماید. پس از انتشار و استفاده بالینی گسترده و پژوهش‌های متعدد بر اساس فرم‌های خودسنجی و اطرافیان نظام ارزیابی آخنباخ، آخنباخ و همکارانش [۶، ۷] اقدام به تهیه نسخه‌های کوتاه‌شده این فرم‌ها با عنوان پایش مختصر مشکلات (BPM) نمودند. ایجاد نسخه‌های کوتاه شده علاوه بر کاهش زمان تکمیل فرم، مزایای زیادی را به دنبال داشته است. نسخه فرم پایش مختصر مشکلات برای استفاده در سنین ۱۸ تا ۵۹ سال از روی نسخه‌های بلند سیاهه رفتاری بزرگسال (ABCL) و خودگزارشی بزرگسال (ASR) تهیه شد [۶]. در مطالعه‌ای که اخیراً دِفریس^۴ و همکارانش در هلند انجام دادند [۳۴]، BPM/18-59 با ASR در نمونه بزرگی شامل دوقلوهای بزرگسال (تعداد نمونه = ۹۰۸۳۵) مقایسه شدند. در این مطالعه همسانی درونی مقیاس‌های BPM ($\alpha = ۰/۷۵$) کمی از همسانی درونی ASR ($\alpha = ۰/۸۵$) پایین‌تر بود. همچنین در بین مقیاس‌های BPM، مشکلات برونی‌ساز کمترین همسانی درونی را نشان دادند ($\alpha = ۰/۶۳$). نمرات ASR و BPM مشابهت در طبقه‌بندی بالینی^۵ مناسب ($۰/۶۱-۰/۸۰$) و همبستگی بالایی را ($r > ۰/۸۸$) را نشان

2 . Partner.

3 . Significant Other.

4 . De Vries, L. P.

5 . Clinical Classification. Concordance.

1 . ADHD Features.

جوامع مختلف نشان می‌دهد. هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال در نمونه غیربالینی ایرانی و مقایسه آن با ویژگی‌های روان‌سنجی نمونه اصلی بوده است.

روش

جامعه پژوهش حاضر، دانشجویان کارشناسی و دوره پیشاکارورزی مقاطع دکتری حرفه‌ای در دانشگاه تهران و دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۳۷ (۱۵۳ زن و ۱۸۴ مرد) دانشجوی انتخاب شدند. همچنین ۵۸ نفر نیز از اطرافیان شرکت‌کنندگان در پژوهش، فرم گزارش اطرافیان را تکمیل نمودند.

۱۸۴ زن و ۱۵۳ مرد با دامنه سنی ۱۸-۲۸ سال در پژوهش حاضر شرکت داشتند. میانگین (و انحراف معیار) سن زنان، مردان و کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۲۰/۴۴ (۱/۵۵)، ۲۰/۷۲ (۱/۹۶) و ۲۰/۷۵ (۱/۷۵) سال بوده است. از تعداد ۳۳۷ آزمودنی که دانشجویان مقطع کارشناسی و دوره پیشاکارورزی مقطع دکتری حرفه‌ای دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران بودند، ۱۲ نفر (۳/۱۶) از دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۵ نفر (۴/۱۵) از دانشکده الهیات و معارف، ۸ نفر (۲/۱۴) از دانشکده زبان و ادبیات خارجی، ۱۲ نفر (۳/۱۶) از دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ۱۳ نفر (۳/۱۹) از دانشکده اقتصاد، ۱۰ نفر (۳/۱۰) از دانشکده تربیت‌بدنی، ۹ نفر (۲/۱۷) از دانشکده جغرافیا، ۱۴ نفر (۴/۱۲) روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۶ نفر (۱/۸) از دانشکده علوم اجتماعی، ۳۱ نفر (۹/۲) از دانشکده مدیریت، ۶۰ نفر (۱۸/۱) از پردیس دانشکده‌های فنی، ۱۸ نفر (۵/۱۳) از پردیس علوم، ۲۶ نفر (۷/۱۷) پردیس کشاورزی و علوم طبیعی، ۷ نفر (۲/۱) از دانشکده دام‌پزشکی، ۲۰ نفر (۵/۹) از پردیس هنرهای زیبا، ۶ نفر (۱/۸) از دانشکده پرستاری و مامایی، ۴۱ نفر (۱۲/۲) از دانشکده پزشکی، ۳ نفر (۰/۹) از دانشکده پیراپزشکی، ۵ نفر (۱/۵) از دانشکده توان‌بخشی، ۱۴ نفر (۴/۲) از دانشکده داروسازی و ۷ نفر (۲/۱) از دانشکده دندان‌پزشکی بودند. افراد نمونه را از منظر دسته آموزشی به این شکل می‌توان تقسیم نمود: ۴۷ نفر (۱۳/۹) علوم انسانی، ۸۳ نفر (۲۴/۱۶) علوم اجتماعی و رفتاری، ۵۱ نفر (۱۵/۱) علوم پایه و زیستی، ۶۰ نفر (۱۷/۸) فنی و مهندسی، ۷۶ نفر (۱۷/۱۶) علوم

دادند. تفاوت جنسیتی جزئی در مقیاس مشکلات برونی‌ساز مشاهده شد (زن‌ها < مردان). مؤلفه‌های ژنتیک (۰/۵۴-۰/۳۴) و محیط (۰/۶۶-۰/۴۶) تفاوت واریانس را با دامنه‌های مشابه برای ASR و BPM توضیح دادند. هماهنگی ژنتیکی و فنوتیپیکی با بهزیستی^۱ قابل مقایسه بودند. این مطالعه نشان داد؛ زمانی که مجموع نمرات برای تفسیر کفایت نماید، عملکرد BPM به خوبی ASR است و بسته به موقعیت و هدف، استفاده از BPM به عنوان جایگزینی برای ASR دارای صرفه برای کاهش فشار روی مشارکت‌کننده است. برای سنجش روایی بیرونی BPM از آزمون بهزیستی ذهنی^۲ (SWB) استفاده شد که همبستگی منفی و معنادار مقیاس‌های BPM با SWB (۰/۵۶- الی ۰/۳۰-) مشکلات درونی‌ساز با بیشترین همبستگی منفی و مشکلات برونی‌ساز با کمترین همبستگی منفی - نشان از روایی مقیاس‌های BPM بوده است.

با وجود ابزارهای متعدد ارزیابی بالینی به زبان فارسی و هنجار شده در نمونه‌های معرف جامعه ایرانی، اما همچنان کاستی ابزارهایی که بتواند گزارش منابع ارجاع و دیگر اطرافیان مراجع از رفتارهای آسیب‌شناسانه را در دسترس بالینگر قرار دهد، وجود دارد. به علاوه، بررسی ابزارهای سنجش بالینی جدید که بتوانند در عین اعتبار و روایی، دارای خصوصیات اختصار، کفایت و حساسیت به تأثیرات درمان باشند لازم به نظر می‌رسد. به‌ویژه آن که با مراجعه روزافزون افراد به مراکز تخصصی سلامت روان و همین‌طور ارزیابی‌های دوره‌ای سلامت روان دانشجویان، سربازان و دیگر اعضای سازمان‌ها، لازم است تا متخصصین به ابزاری مختصر و کوتاه مجهز باشند تا بتوانند با صرفه‌جویی در زمان و هزینه به غربالگری موردنظر خود بپردازند. باتوجه‌به این موارد، پژوهش حاضر مطالعه اعتبار و روایی فرم پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال - شامل نسخه خودگزارشی و نسخه دیگران (BPM/18-59) - را در دستور کار خود قرار داده است. همچنین مقایسه نتایج نمونه ایرانی با نمونه‌های مشابه دیگر جوامع، اقدام قابل‌توجهی در آغاز مطالعات بین‌فرهنگی در این حوزه خواهد بود؛ به‌ویژه که نظام آخنباخ توجه ویژه‌ای به مقایسه‌های بین‌فرهنگی مبتنی بر نتایج پژوهش‌ها بر روی ابزارهای ASEBA در

1. Well-being.
2. Subjective Well-Being.

برای بررسی روایی به روش هم‌زمان^۳ و افزایشی^۴ حدود نیمی از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی^۵ (DASS-21)، مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان^۶ (ASRS-v 1.1) و پرسش‌نامه سلامت عمومی^۷ (GHQ-28) و نیم دیگر به پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها^۸ (BSI) و پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز^۹ (AAI) پاسخ دادند. روایی هم‌زمان با بررسی هم‌بستگی بین مقیاس‌های BPM/18-59 با مقیاس‌های ابزارهای یادشده تعیین گردید و برای تعیین روایی افزایشی از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. روایی سازه^{۱۰} نیز بر مبنای تحلیل عاملی تأییدی^{۱۱} بررسی شد [۳۵]. اعتبار مقیاس نیز با روش‌های ضریب همسانی درونی و آزمون-بازآزمون دوهفته‌ای در مورد ۴۲ نفر از دانشجویان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای آمارگری IBM SPSS نسخه^{۱۲} و ای‌موس IBM SPSS نسخه^{۱۳} و به روش هم‌بستگی پیرسون، رگرسیون سلسله‌مراتبی و تحلیل عاملی تأییدی انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

۱. فرم پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ - ۵۹

(BPM/18-59) [۶]: این فرم با استفاده از فرم‌های بزرگسال نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ در سال ۲۰۱۸ م ساخته شده است. این فرم سه مقیاس مشکلات برونی‌ساز، مشکلات درونی‌ساز و مشکلات توجه را به همراه مقیاس مشکلات کلی، مورد سنجش قرار می‌دهد. BPM/18-59 دارای ۱۸ گویه است که به هرکدام از مقیاس‌ها ۶ گویه اختصاص می‌یابد و آزمودنی می‌باید گویه‌ها را به یکی از سه شکل ۰ = نادرست (تا آنجا که من می‌دانم)، ۱ = تا حدودی درست و ۲ = بسیار درست درجه‌بندی نماید. این فرم هم

پزشکی و ۲۰ نفر (۵/۹) هنر. فراوانی و درصد گروه‌های فرهنگی - زبانی افراد نمونه نیز از این قرار بود: ۲۵۱ نفر (۷۴٪) فارس زبان، ۴۳ نفر (۱۵/۷) ترک‌زبان، ۱۱ نفر کردزبان (۳/۳)، ۱۴ نفر لر زبان (۴/۲)، ۶ نفر گیلک زبان (۱/۸)، ۱ نفر تبری زبان (۰/۳)، ۱ نفر بلوچ زبان (۰/۳) و ۱ نفر تات زبان (۰/۳).

در قدم نخست اجرای مطالعه، برای استفاده از سؤالات پرسش‌نامه آخنباخ با گروه پژوهشی آسیا مکاتبه شد و قرارداد اجازه‌نامه استفاده از ابزار پایش مختصر مشکلات در این پژوهش تنظیم گردید. سپس ابزار پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) به روش ترجمه - بازترجمه توسط دو متخصص زبان انگلیسی و دو متخصص روان‌شناسی بالینی به فارسی برگردانده شد و مورد تأیید طراح آزمون قرار گرفت. پس از بررسی اولیه و اجرای مقدماتی در نمونه‌ای ۳۰ نفره از دانشجویان دانشگاه شاهد، وضعیت ظاهری و محتوایی گویه‌ها بررسی شد که بر این اساس هیچ‌یک از گویه‌ها تغییری نداشت.

در مرحله بعدی اجرا، آمار تعداد دانشجویان دانشکده‌های دانشگاه‌های موردنظر استخراج شد و بر اساس نسبت دانشجویان هر دانشکده، نسبت تعداد افراد نمونه از هر دانشکده تعیین گردید. سپس با حضور در تمام دانشکده‌ها، نمونه‌گیری به صورت در دسترس اجرا شد. ابزارهای پژوهش به جز فرم BPM/18-59 به صورت تصادفی با ترتیب متفاوت چیده شده بودند تا اثر خستگی مشارکت‌کنندگان خنثی گردد. فرم گزارش اطرافیان نیز در اختیار دانشجویان داوطلب قرار داده می‌شد تا توسط یکی از اطرافیان (یار، دوست، زادور^۱ (پدر یا مادر) و یا هم‌شیر^۲ (خواهر یا برادر)) تکمیل گردد و تصویر فرم تکمیل شده برای پژوهشگر ارسال شود. پس از مدت دو هفته، فرم بازآزمون به صورت برخط برای افراد نمونه‌ای که اطلاعات تماس خود را در اختیار پژوهشگر قرار داده بودند ارسال گردید تا به منظور بازآزمون تکمیل کردند. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شده و به آن‌ها یادآوری شد که برای ادامه یا انصراف از تکمیل پرسش‌نامه حق انتخاب دارند. فرم پرسش‌نامه‌ها با کدهای مخصوص علامت‌گذاری می‌شد و برای حفظ رازداری اطلاعات هویتی مشارکت‌کنندگان یادداشت نشد.

- 1 . Parent.
- 2 . Sibling.

- 3 . Concurrent Validity.
- 4 . Incremental Validity.
- 5 . Depression, Anxiety, Stress Scale .
- 6 . Adult ADHD Self-Report Scale.
- 7 . General Health Questionnaire.
- 8 . Brief Symptom Inventory.
- 9 . Ahvaz Aggression Inventory.
- 10 . Construct Validity.
- 11 . Confirmatory Factor Analysis.
- 12 . IBM SPSS Statistics v24.
- 13 . IBM SPSS Amos v24.

این آزمون میزان کنترلی است که فرد بر محیط خود دارد. در فرم کوتاه این پرسش‌نامه ۲۱ پرسش وجود دارد که هر ۷ پرسش یکی از مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و تنیدگی را ارزیابی می‌کند. آزمودنی باید برای پاسخ به هر گویه یکی از چهار گزینه اصلی، کم، متوسط و زیاد را مشخص نماید. برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه آزمونگر نمره گویه‌های هر مقیاس را (۰ تا ۳) با هم جمع کرده و باتوجه به جنسیت آزمودنی در نیمرخ مناسب که بر اساس نمره Z ساخته شده علامت‌گذاری می‌کند. نمره Z تعیین می‌کند که آزمودنی در هر مقیاس در سطح بهنجار یا خفیف، متوسط، شدید و یا بسیار شدید قرار دارد [۳۶]. روایی این پرسش‌نامه در نمونه خارجی با روش روایی هم‌گرا سنجیده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند. اعتبار به روش همسانی درونی این پرسش‌نامه در هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴، و ۰/۹۰) قابل قبول بود. روایی این آزمون در نمونه ایرانی به روش روایی هم‌گرا سنجیده شد که تمام همبستگی‌ها در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند. اعتبار این آزمون در نمونه ایرانی نیز به روش همسانی درونی انجام شد که در هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی (به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸) قابل قبول بود [۳۸].

۳. مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان (ASRS-v)

1.1 [۳۹]: مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) و کارگروهی متشکل از روان‌پزشکان و پژوهشگران این سازمان ساخته شد [۳]. این مقیاس شامل دو بعد و هجده پرسش است که به دو قسمت A و B تقسیم می‌شوند. این مقیاس تا کنون در ۲۸ کشور اعتبارسنجی و رواسازی شده است. ضریب همبستگی مقیاس بیش‌فعالی در این پرسش‌نامه با مقیاس تکانشگری بارت^۱ و مقیاس نگرش به مواد به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۴۵ ($P < 0/001$) به دست آمد که نشان‌دهنده روایی هم‌گرای این ابزار است. همچنین همبستگی آن با پرسش‌نامه بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز^۲ ۰/۶۷ ($P < 0/001$) به دست آمد که حاکی از روایی هم‌زمان است. همچنین در نمونه ایرانی، تمامی پرسش‌های این مقیاس رابطه معناداری را با

برای خودگزارشی طراحی شده و هم قابلیت کاربرد برای اطرافیان فرد مورد ارزیابی را دارد. همچنین آزمودنی می‌تواند برای هر کدام از گویه‌ها یادداشتی در محل در نظر گرفته شده اضافه کند. این امکان نیز فراهم شده است که آزمونگر تا سه گویه را در فضای خالی، در ادامه گویه‌ها، از مشکلاتی که خود در فردی که مورد ارزیابی واقع شده در نظر دارد اضافه کند نمرات خام گویه‌های هر مقیاس با هم جمع شده و نمره t آن بر اساس جدول استخراج شده و در نیمرخ مخصوص ترسیم می‌گردد. نمره t ۶۵ به‌عنوان خط برش در نظر گرفته شده و اگر نمره هر مقیاس پایین‌تر از آن قرار گیرد طبیعی و اگر بالاتر قرار گیرد افراشته در نظر گرفته می‌شود.

براساس اطلاعات سازندگان نسخه اولیه این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی برای خودگزارشی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ و این ضرایب برای گزارش اطرافیان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۹۰ بود. ضریب بازآزمایی یک‌هفته‌ای (تعداد نمونه: ۵۱) برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ بوده که همه معنادار ($P < 0/001$) بوده‌اند. همبستگی بین خودگزارشی و گزارش اطرافیان که توافق بین مطلعان نامیده می‌شود نیز برای مقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برونی‌ساز و مشکلات کلی به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۳۵ و ۰/۳۹ که همه معنادار ($P < 0/001$) بوده‌اند. روایی مرتبط با ملاک این ابزار به روش تحلیل رگرسیون چندگانه و مقایسه نتایج گروه ارجاع داده شده به خدمات سلامت روان و گروه ارجاع داده نشده محاسبه شد که بر این مبنا تمام چهار مقیاس این ابزار برای افراد ارجاع داده شده به طور معنادار ($P < 0/001$) اندازه اثر بالاتری نسبت به افراد ارجاع داده نشده داشته‌اند [۶]. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار تا به حال در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار گرفته نشده است.

۲. مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS-21)

[۳۶، ۳۷]: پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی و تنیدگی که توسط لوویباند و لوویباند در ۱۹۹۵ م ساخته شد، یک آزمون ۴۲ پرسشی است. ملاک سنجش این سه سازه در

1 . The Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).
2 . The Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS).

سال ۱۳۸۰ [۳۰]، به سه روش آزمون - بازآزمون، تنصیف و آلفای کرونباخ انجام گرفت که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. روایی هم‌گرای پرسش‌نامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسش‌نامه بیمارستان میدلسکس (MHQ)^۲ انجام گرفت که ضریب همبستگی ۰/۵۵ به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$). ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ ($P < ۰/۰۰۱$) متغیر بود [۳۰]. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و بر اساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علایم جسمانی در این پرسش‌نامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند.

۵. پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها (BSI) [۴۲]: این آزمون شامل ۵۳ پرسش برای ارزش‌یابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و برای نشان‌دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طراحی شده است [۴۳]. پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها نسخه کوتاه‌تر سیاهه تجدیدنظرشده ۹۰ پرسشی نشانه‌ها (SCL-R-90) [۳۱، ۳۲] است که ابعاد مشترکی را با این پرسش‌نامه اندازه می‌گرفت. آزمودنی میزان ناراحتی خود را نسبت به هرکدام از گویه‌های این آزمون به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از (هیچ) تا (به شدت) درجه‌بندی می‌کند. این آزمون ۹ مقیاس شامل شکایات جسمانی (SOM)، وسواس و اجبار (O-C)، حساسیت بین‌فردی (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت (HOS)، ترس مرضی (PHOB)، افکار پارانوییدی (PAR) و روان‌پریشی (PSY) را در بر می‌گیرد. ۴ سوال نیز در هیچ‌کدام از این ابعاد تقسیم نمی‌شوند و تنها اطلاعاتی را برای مداخله بالینی برای بالینگر در بردارند. نمره‌گذاری و تفسیر این آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علائم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علائم مرضی (PST) به دست می‌آید. درجه‌بندی این خصوصیات وضعیت پریشانی فرد را در طول هفت روز گذشته نشان می‌دهد.

طراحان این پرسش‌نامه اعتبار همسانی درونی مناسبی را برای آن در جامعه هنجار اصلی گزارش داده‌اند که برای ۹

عامل خود نشان می‌دهد ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج این مدل تحلیل نشان دادند، تمامی ۱۸ پرسش سازه واحدی را می‌سنجند. علاوه بر این نتایج تحلیل عاملی وجود دو زیرمقیاس نقص توجه و بیش‌فعالی / تکانش‌گری را تأیید کردند [۴۰]. لازم به ذکر است که باتوجه به پژوهش‌های انجام‌شده با استفاده از این ابزار در داخل و خارج از کشور و همچنین راهنمای اجرای این آزمون، موفق به یافتن مواد نشان‌دهنده انواع نقص توجه و بیش‌فعالی/تکانش‌گری بر اساس منابع نشدیم؛ بنابراین با نظر پژوهش‌گر، مواد مرتبط با این دو بعد تفکیک شدند. براین اساس مواد ۱، ۲، ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ برای بعد نقص توجه و مواد ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ برای بعد بیش‌فعالی/تکانش‌گری در نظر گرفته شده‌اند.

۴. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) [۲۹]: پرسش‌نامه GHQ برای نخستین بار در سال ۱۹۷۲ م به وسیله گلدبرگ منتشر شده و هدف آن تمایز قائل شدن میان افراد سالم و افراد بیمار است [۲۹]. این پرسش‌نامه تاکنون در چهار فرم ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ پرسشی انتشار یافته است. پرسش‌های این پرسش‌نامه دربرگیرنده چهار خرده مقیاس است که هر یک از آن‌ها شامل ۷ پرسش هستند. پرسش‌های ۱-۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی است. سوالات ۸-۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، سوالات ۱۵-۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و پرسش‌های ۲۲-۲۸ نیز مربوط به مقیاس افسردگی است. بر اساس پژوهش‌ها فرم‌های مختلف پرسش‌نامه از روایی و کارایی بالا برخوردار هستند و کارایی فرم ۱۲ پرسشی تقریباً همسان با فرم ۶۰ پرسشی است [۲۹]. روش نمره‌گذاری این ابزار، روش لیکرتی^۱ است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. نمره بالاتر به معنای سلامت پایین‌تر است.

بر اساس تحقیقات گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸م، روایی و اعتبار این آزمون در انگلستان و دیگر کشورها بسیار قابل‌قبول است. گلدبرگ و ویلیامز نتیجه بیش از ۷۰ پژوهش را در این باره ارائه دادند که میانگین روایی ۰/۸۳ و میانگین اعتبار ۰/۸۷ را نشان می‌داد [۴۱]. مطالعات اعتبار فرم ۲۸ سؤالی این پرسش‌نامه در ایران در پژوهش تقوی در

2. Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ).

1. Likert Scale.

برای کل مقیاس AAI ($r = 0/70$)، برای عامل خشم و غضب ($r = 0/60$) برای عامل تهاجم و توهین ($r = 0/74$) و برای لجاجت و کینه‌توزی ($r = 0/72$) رضایت‌بخش و معنادار بود. ($P < 0/001$)

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره کل BPM/18-59 و ابعاد آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین (و انحراف معیار) BPM/18-59 و ابعاد آن به تفکیک جنسیت

ابعاد (خودگزارشی)	زنان (n=153)	مردان (n=184)	کل آزمودنی‌ها (n=337)
مشکلات درونی‌ساز	۳/۲۹ (۲/۶۷)	۳/۵۹ (۲/۸۱)	۳/۴۳ (۲/۷۳)
مشکلات توجه	۴/۲۲ (۲/۶۲)	۴/۵۰ (۲/۸۲)	۴/۳۵ (۲/۷۱)
مشکلات برون‌ساز	۳/۹۰ (۲/۴۴)	۳/۶۸ (۲/۶۲)	۳/۸۰ (۲/۵۲)
مشکلات کلی	۱۱/۴۳ (۶/۳۴)	۱۱/۷۸ (۶/۷۵)	۱۱/۵۹ (۶/۵۲)
ابعاد (گزارش اطرافیان)	زنان (n=153)	مردان (n=184)	کل آزمودنی‌ها (n=337)
مشکلات درونی‌ساز	۲/۱۸ (۲/۰۸)	۱/۸۰ (۱/۸۲)	۲/۰۸ (۲/۰۱)
مشکلات توجه	۳/۰۶ (۲/۶۰)	۲/۶۹ (۱/۹۲)	۲/۹۷ (۲/۴۳)
مشکلات برون‌ساز	۳/۴۲ (۲/۴۵)	۲/۶۶ (۲/۳۱)	۳/۲۲ (۲/۴۲)
مشکلات کلی	۸/۶۷ (۵/۲۰)	۷/۱۶ (۴/۴۳)	۸/۲۸ (۵/۰۲)

ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات برون‌ساز و مشکلات کلی، برای خودگزارشی ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۵ و برای گزارش دیگری به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۴۵، ۰/۶۷ و ۰/۷۲ بود. برای خودگزارش تمام آلفاها به جز آلفای مقیاس مشکلات برون‌ساز از میزان توصیه‌شده [۴۵] ۰/۷۰ بالاتر بوده و قابل قبول هستند، اما برای گزارش دیگری تنها آلفای نمره کل از میزان توصیه‌شده بالاتر بود. همچنین میانگین همبستگی درون‌آیتمی برای تمامی مقیاس‌ها محاسبه شد که با توجه به قرار گرفتن این شاخص برای تمام ابعاد خودگزارش و گزارش دیگری، بین ۰/۱۵ تا ۰/۵ و قابل قبول [۴۶] بودند.

بعد آن بین ۰/۷۱ در روان‌پریشی تا ۰/۸۵ در افسردگی متغیر بوده است. اعتبار آزمون - بازآزمون نیز برای ۹ بعد نشانه‌ها از ۰/۶۸ ($P < 0/001$) در شکایت جسمانی تا ۰/۹۱ ($P < 0/001$) در ترس مرضی متغیر بود. همچنین برای شاخص‌های ضریب کلی از ۰/۸۷ ($P < 0/001$) در معیار ضریب ناراحتی تا ۰/۹۰ ($P < 0/001$) در علائم مرضی بوده است. نتایج تحلیل عاملی ساختار پیش‌بینی^۱ ابعاد نشانه‌ها را تأیید نمود. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط اخوان عبیری و شعیری [۴۳] در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد پرسش‌نامه که نشان‌دهنده اعتبار همسانی درونی آن بودند بین ۰/۶۵ برای بعد حساسیت در روابط متقابل و ۰/۸۵ برای بعد افسردگی و برای کل سیاهه ۰/۹۵ بوده است. ضریب همبستگی نشان‌دهنده اعتبار آزمون - بازآزمون که با فاصله دو هفته اجرا شده بود بین ۰/۶۲ برای بعد روان‌پریشی و ۰/۸۷ برای بعد اندیشه‌پردازی پارانوئیدی و برای کل سیاهه ۰/۸۳ بوده است که همگی معنی‌دار ($P < 0/001$) و قابل قبول بوده‌اند. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها با سنجش همبستگی بین ابعاد این پرسش‌نامه با ابعاد دیگر مقیاس‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. براین اساس تمامی ابعاد BSI با مقیاس BDI-II، مقیاس BAI، مقیاس اضطراب و استرس DASS-21، مقیاس GAD، مقیاس افسردگی و اضطراب و نمره کل GHQ-28 و مقیاس RSES رابطه مثبت و معنادار ($P < 0/001$ و $P < 0/005$) داشته است. روایی سازه BSI نیز به وسیله تحلیل عاملی تأییدی به دست آمد. به علاوه، همبستگی‌های بین BSI و SCL-R-90 از ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ بوده است [۴۳].

۶. پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز (AAI) [۴۴]: این پرسش‌نامه شامل ۳۰ ماده و ۳ عامل است که بر اساس تحلیل عوامل توسط زاهدی‌فر و همکارانش در دانشگاه اهواز ساخته شد. سه عامل این پرسش‌نامه شامل: خشم و غضب دارای ۱۴ ماده، تهاجم و توهین دارای ۸ ماده و لجاجت و کینه‌توزی دارای ۸ ماده، هستند. آزمودنی باید سؤالات این پرسش‌نامه را از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری کند. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه در بازه زمانی ۶ هفته مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین دو نوبت آزمون

1. Priori Construction.

جدول ۲. میانگین (و انحراف معیار) دو مرحله اجرا و ضریب اعتبار باز آزمایی ۱۵ روزه BPM/18-59 (n=۴۱)

ابعاد	اجرای اول	اجرای دوم	ضریب همبستگی پیرسون*
مشکلات درونی ساز	۳/۶۰ (۲/۸۶)	۳/۲۴ (۲/۶۰)	۰/۵۸۰
مشکلات توجه	۴/۴۱ (۲/۹۵)	۳/۹۷ (۲/۴۱)	۰/۶۱۸
مشکلات برونی ساز	۳/۷۵ (۲/۲۸)	۳/۰۴ (۲/۳۵)	۰/۶۹۳
مشکلات کلی	۱۱/۷۸ (۶/۷۷)	۱۰/۲۶ (۶/۱۳)	۰/۷۰۷

* تمامی همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۳. یافته‌های مربوط به روایی هم‌زمان

ابعاد BPM/18-59	افسردگی (DASS-21)	اضطراب (DASS-21)	تنیدگی (DASS-21)	پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)	آزمون مختصر نشانه‌ها (BSI-53)	مقیاس خودگزارشی بزرگسال ADHD (ASRS-v 1.1)	آزمون پرخاشگری اهواز (AAI)
مشکلات درونی ساز	۰/۷۰۶**	۰/۵۴۴**	۰/۶۰۹**	۰/۶۸۷**	۰/۶۸۳**	۰/۳۹۱**	۰/۳۰۱**
مشکلات توجه	۰/۵۶۸**	۰/۴۶۵**	۰/۵۲۵**	۰/۶۰۶**	۰/۶۲۲**	۰/۵۰۶**	۰/۳۹۶**
مشکلات برونی ساز	۰/۴۰۹**	۰/۴۴۲**	۰/۵۵۷**	۰/۴۷۶**	۰/۴۶۶**	۰/۴۵۰**	۰/۶۱۷**
مشکلات کلی	۰/۶۸۱**	۰/۵۸۳**	۰/۶۷۸**	۰/۷۱۴**	۰/۷۳۸**	۰/۵۴۰**	۰/۵۴۸**

** P < ۰/۰۱

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای محاسبه روایی افزایشی ابعاد BPM/18-59

مدل	ΔR^2	F تغییر	معناداری F
مدل ۱. پیش‌بین‌ها: افسردگی DASS-21، اضطراب DASS-21، مشکلات درونی ساز BPM/18-59 ملاک: نمره کل GHQ-28	۰/۰۲۲	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱
مدل ۲. پیش‌بین‌ها: نقص توجه ASRS-v 1.1، مشکلات توجه BPM-18-59 ملاک: نمره کل GHQ-28	۰/۰۹۷	۲۹/۵۴	۰/۰۰۱
مدل ۳. پیش‌بین‌ها: نمره کل AAI، مشکلات برونی ساز BPM-18-59 ملاک: ضریب کلی علائم مرضی BSI (GSI)	۰/۰۸۶	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱

تحلیل عاملی تأییدی مدل اصلی ۱۸ سوالی آزمون که با استفاده از تمام افراد نمونه صورت گرفته بود نیز گواه برازش مناسب عوامل آزمون در نمونه بود. (جدول ۵ و نمودار ۱)

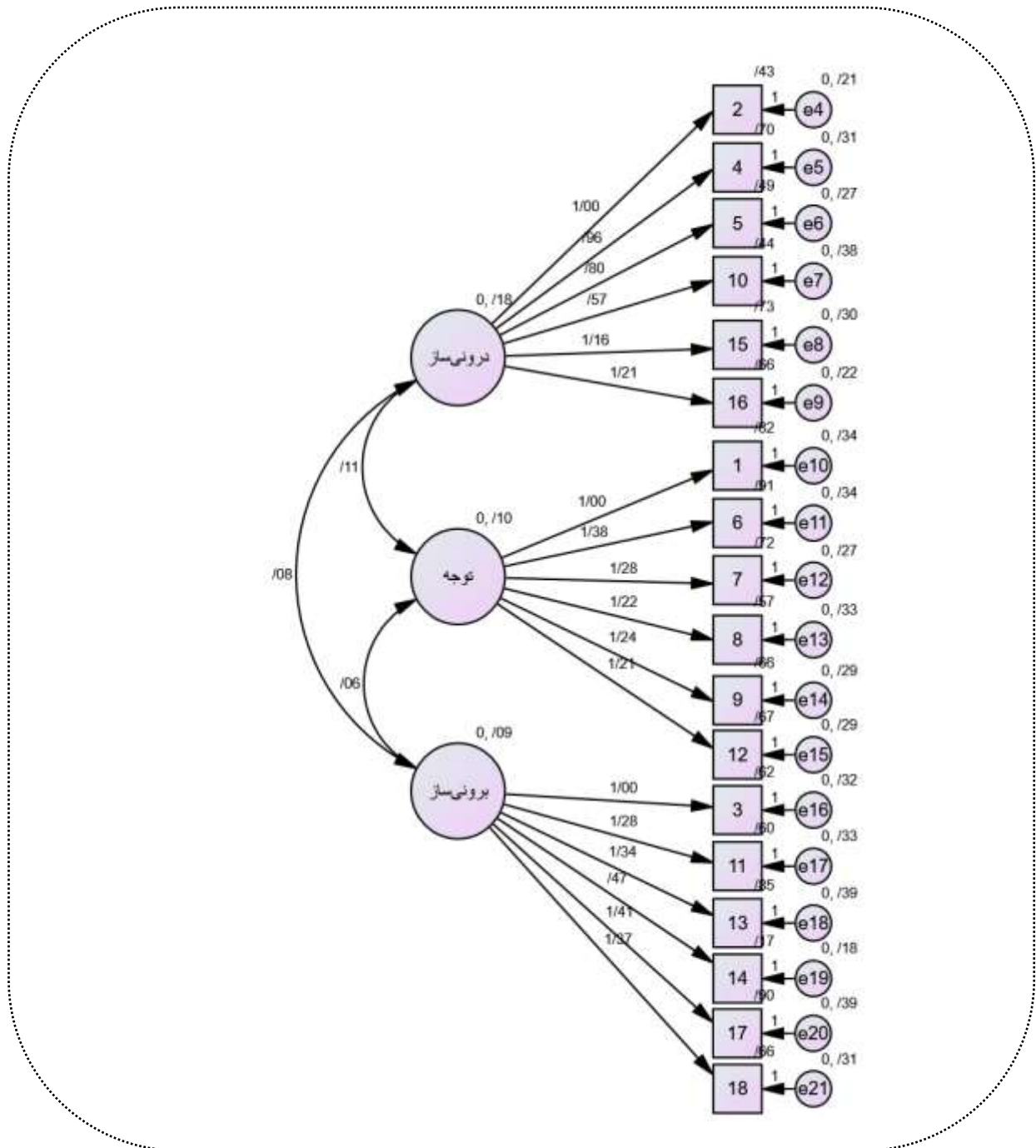
یافته‌های مرتبط با اعتبار باز آزمایی، با فاصله زمانی ۱۵ روز، مناسب بود (جدول ۲).

یافته‌های مربوط به بررسی روایی هم‌زمان (همبستگی با مقیاس‌های ASRS-v1.1، GHQ-28، BSI-53، DASS-21 و AAI) نشانگر روایی قابل قبول BPM/18-59 بود. (جدول ۳).

یافته‌های مربوط به بررسی روایی افزایشی هر یک از ابعاد BPM/18-59، نیز نشانگر روایی قابل قبول آن بود. برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات درونی ساز، این بعد با معیار قراردادن نمره کل GHQ-28 با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون DASS-21 مقایسه گردید. برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات توجه، این بعد با معیار قراردادن نمره کل GHQ-28، با مقیاس‌های نقص توجه و بیش‌فعالی از آزمون ASRS-v 1.1 مقایسه گردید و در نهایت برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات برونی ساز، با معیار قراردادن ضریب کلی علائم مرضی (GSI) از آزمون BSI-53، با نمره کل AAI مقایسه گردید.

جدول ۵. شاخص‌های برازش تحلیل عاملی تأییدی برای محاسبه اعتبار سازه ابعاد BPM/18-59

مقدار قابل قبول	مقدار شاخص	شاخص
> ۰/۹ یا ۰/۸	۰/۸۲۹	NFI
> ۰/۹۵ یا ۰/۹۰	۰/۹۰۲	CFI
< ۰/۱	۰/۰۵۵	RMSEA
< ۳	(P = ۰/۰۰۰) ۲/۰۳۹	Chi-Square/df
> ۰/۹	۰/۹۰۵	IFI



نمودار ۱. مدل ساختاری عامل‌های BPM/18-59

تحلیل داده‌ها به منظور تعیین روایی افزایشی نشان داد، ابعاد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه در پرسش‌نامه BPM/18-59 در پیش‌بینی ویژگی‌های ابزار ملاک نسبت به ابزارهای مشابه قوی‌تر عمل می‌کند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو بعد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه توان بالایی در ارزیابی ویژگی‌های موردنظر خود را دارد. همچنین بعد درونی‌سازی BPM/18-59 در مقایسه با ابزارهای مشابه در پیش‌بینی ویژگی‌های ابزار ملاک در مرتبه پایین‌تر قرار گرفت؛ اما به طور معناداری قسمتی از ویژگی‌های ابزار ملاک را به طور افزایشی پیش‌بینی می‌کرد. باید در نظر داشت که ابزارهای مشابه در نظر گرفته‌شده برای مشکلات درونی‌سازی (بعد افسردگی و اضطراب DASS-21) به طور مستقیم دو بعد از ابعاد پرسش‌نامه ملاک (GHQ-28) را ارزیابی می‌کردند درحالی‌که بعد درونی‌ساز BPM/18-59 به‌طورکلی ویژگی‌هایی را مدنظر قرار می‌دهد که مرتبط با طیفی از مشکلات روان‌شناختی اضطرابی، خلقی و جسمانی هستند.

پایین‌بودن ضرایب آلفای کرونباخ در گزارش دیگران می‌تواند به این دلیل باشد که اطرافیان آزمودنی‌ها به اقتضای محیط مشترک با آزمودنی و فرصت مشاهده او به قسمتی از ابعاد مشکلات روان‌آسیب‌شناسانه آن‌ها آگاه می‌شوند و ممکن است بنا بر مشاهدات خود، پرسش‌ها را با یک‌دستی و همگونی کمتری پاسخ دهند درحالی‌که خود فرد به دنیای درون روانی خود آگاه‌تر است و می‌تواند مشکلات خود را در قالب یک کل واحد در تمام موقعیت‌ها مشاهده نموده و در گزارش انعکاس دهد. البته باید توجه داشت که این تبیین جنبه جهان‌شمول دارد درحالی‌که اطلاعات موجود نشان می‌دهد، ضریب آلفای کرونباخ در نمونه اصلی ساخت این ابزار از درجه بالا و قابل‌قبولی برخوردار بوده و تفاوت قابل‌توجهی با آلفای کرونباخ حاصل از تعیین هم‌سانی درونی خودگزارشی نداشته است.

محاسبه توافقی بین مطلعان نشان می‌دهد، رابطه ابعاد برونی‌ساز و درونی‌ساز و نمره کل در خودگزارشی و گزارش دیگران مثبت، متوسط و معنادار بوده است. اما رابطه بعد مشکلات توجه در خودگزارشی و گزارش دیگران معنادار نشده است. فراتحلیل‌های گذشته [۲۷] نشان‌دهنده توافقی بین مطلعان مثبت و متوسط در مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز بوده که هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر است. اما نتیجه پژوهش حاضر در ارتباط خودگزارشی بزرگ‌سالان و

محاسبه ضریب‌های هم‌بستگی توافقی بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59 نشان داد که در همه ابعاد آزمون به استثناء بعد مشکلات توجه، گزارش آزمودنی‌ها و اطرافیان آن‌ها درباره مشکلاتشان به طور معناداری هماهنگ است (جدول ۶).

جدول ۶. ضریب‌های هم‌بستگی توافقی بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59

ابعاد	خودگزارشی × گزارش دیگری
مشکلاتی درونی‌ساز	۰/۴۰۶
مشکلات توجه	۰/۱۷۱
مشکلات برونی‌ساز	۰/۴۳۲
مشکلات کلی	۰/۴۶۴

بحث

پژوهش پیش رو با هدف تعیین روایی و اعتبار پرسش‌نامه پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) در نمونه دانشجویان ایرانی انجام گرفت. یافته‌ها نشان‌دهنده روایی سازه، هم‌زمان، هم‌گرا و افزایشی و ضریب هم‌سانی درونی مناسب و همچنین ثبات مقیاس طی زمان بود. بررسی منابع پژوهشی نشان می‌دهد، ویژگی‌های BPM/18-59 در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و تأیید ساختار عاملی ابزارهای ASEBA برای سنین مدرسه (۶ تا ۱۸ سال) در ایران بوده‌اند [۲۶-۲۱]. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آخنباخ و ایوانووا [۶] که بر مبنای داده‌های ۱۷ جامعه به‌دست‌آمده بود و همچنین یافته‌های دفریس [۳۴] که با مطالعه بر روی نمونه بزرگی از بزرگسالان دوقلوی هلندی انجام گرفته بود، هم‌سو بوده است. بنابراین BPM/18-59 می‌تواند در موقعیت بالینی و فعالیت‌های پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد و با توجه به تعیین روایی افزایشی و حجم کمتر این ابزار می‌تواند به دیگر ابزار مشابه ارجحیت داشته باشد. البته باید توجه داشت، BPM به‌عنوان جایگزینی برای ASR به‌طورکلی طراحی نشده و بیشتر در موقعیت‌های ویژه، مثل ابعاد بزرگ مطالعه (پژوهش پیمایشی) و به‌عنوان ضمیمه‌ای برای ارزیابی‌های مختصر تکرار شونده و اجراهای مکرر (مانند پایش‌ها و پیگیری‌ها) به کار می‌رود.

منابع

- 1- Sadock BJ, Virginia A, Pedro R. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: *behavioral sciences/clinical psychiatry*: LWW; 2015.
- 2- Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
- 3- Almeida MSC, Sousa Filho LFD, Rabello PM, Santiago BM. International Classification of Diseases-11th revision: from design to implementation. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54: 104. scielo.br/j/rsp/a/dsS4mjDwZsNQ4BGZRnpXjSs/?format=pdf
- 4- Achenbach TM. Multicultural Perspectives on Assessment and Taxonomy of Psychopathology. In: Taylor. E, Verhulst. F, Wong. J, Yoshida. K, editors. *Mental Health and Illness of Children and Adolescents Mental Health and Illness Worldwide*. Singapore: Springer; 2020. 39-59. http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-2348-4_8
- 5- Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: general and applied*. 1966; 80(7): 1. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- 6- Achenbach T, Ivanova M. Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ for ages 18-59 (BPM/18-59). Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2018.
- 7- Achenbach T, McConaughy S, Ivanova M, Rescorla L. Manual for the ASEBA brief problem monitor (BPM). Burlington, VT: ASEBA. 2011:1-33. [School-age-bpm-manual.pdf](https://www.aseba.org/aseba-manual.pdf)
- 8- Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. youth & families. 2001.
- 9- Achenbach TM, Newhouse P, Rescorla L. Manual for the ASEBA older adult forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. yout & families. 2004.
- 10- Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA adult forms and profiles. Burlington: University of Vermont, Research center for children. youth & families. 2003.

گزارش دیگری در مورد مشکلات توجه با نتیجه پژوهش‌های گذشته [۶، ۲۷، ۴۷] همسو نبوده است. با اطلاعات به دست آمده می‌توان بیان نمود، گزارش اطرافیان احتمالاً می‌تواند مرجع تکمیلی مناسبی برای ارزیابی مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز افراد باشد. همچنین به نظر می‌رسد احتمالاً بروز نداشتن مشکلات توجه افراد در روابط عاطفی آن‌ها بر خلاف مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز زمینه اختلاف گزارش افراد و گزارش اطرافیان آن‌ها را فراهم می‌سازد. به‌ویژه که چهار دسته اطرافیان شرکت‌کننده در این پژوهش از بستگانی هستند که رفتار این افراد را در محیط خانواده و یا محیط‌های صمیمی مشاهده می‌کنند. دیگر موضوع قابل توجه آن است که افراد به طور معناداری مشکلات خود را بیشتر از اطرافیان آن‌ها گزارش داده‌اند. می‌توان این مسئله را نیز دخیل دانست که احتمالاً اطرافیان گرایش بیشتری به کم‌اهمیت و کوچک جلوه‌دادن مشکلات افرادی دارند که با آن‌ها رابطه‌ای عاطفی دارند (اثر هاله‌ای).

نتیجه‌گیری

می‌توان بیان نمود، احتمالاً ساختاری جهان‌شمول و وابسته به فرهنگ در مشکلات روان‌آسیب‌شناسانه وجود دارد که بیشتر می‌تواند در آینده مبنایی برای ارزیابی‌ها و تشخیص‌های بالینی، اقدامات درمانی و پژوهش‌ها در حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی قرار گیرد. وجود مبنایی ژنتیکی و فنوتایپیکی برای مقیاس‌های BPM/18-59 [۳۴] می‌تواند این فرضیه را تقویت نماید.

به دلیل محدود بودن دامنه سنی افراد نمونه و بررسی نمونه غیربالینی و این مسئله که تنها نمونه پژوهش حاضر را دانشجویان تشکیل می‌دادند، تعمیم یافته‌های این پژوهش به افراد سنین بالاتر، افراد ارجاع شده به دلیل تشخیص بالینی و افراد غیردانشجو باید با احتیاط صورت پذیرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی با گسترش نمونه بالینی و غیربالینی و نمونه‌گیری از گروه‌های سنی بزرگسال با گستردگی بیشتر و تهیه نمونه متنوع از منظر فرهنگی که معرف جامعه ایرانی باشد، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی نمونه‌گیری از اطرافیان آزمودنی‌ها برای تکمیل گزارش اطرافیان به طور گسترده‌تر انجام گیرد تا امکان بررسی ساختار عاملی گزارش اطرافیان نیز فراهم گردد.

- 21-Minaei A. Adaptation and Standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-Report, and Teacher's Report Forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(1) (19): 529-58.
<https://www.magiran.com/p638149> [In Persian]
- 22-Ghamari Givi H, Khoshnoudniai Chamachamaei B. Basic Factors in Children Psychopathology based on Child Behavior Check-List (CBCL). *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*. 2016; 6(21):157-71. Parental and social factors in relation to child psychopathology, behavior, and cognitive function | Translational Psychiatry
- 23-Habibi Asgarabad M, Besharat M, Fadaei Z, Najafi M. Confirmatory factorial Structure and Validity of the Achenbach Youth Self-Report Scale (YSR): Monozygotic and Dizygotic Twins. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(1):1-18.
<https://doi.org/10.22075/jcp.2017.1993> [In Persian]
- 24-Kakaberaei K, Habibi Asgarabadi M, Fadaei Z. Validation of Achenbach's Behavioral Problems: Performing the Youth Self-Report (YSR) for 11-18 Year-Old Adolescents on High School Students. *Journal of Research in Psychological Health*. 2008; 1(4): 50-66.
<https://doi.org/10.3390/jrpm11111208>
- 25-Minaei A. A Confirmatory Factor Analysis of Teacher's Report Form (TRF). *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(3): 769-86.
<https://www.magiran.com/p697575> [In Persian]
- 26-Minaei A. Factorial Invariance of Syndrome's Items of Achenbach's Youth Self-Report (YSR) Form. *Journal of Exceptional Children*. 2007; 1(23): 45-60. <https://www.magiran.com/p697072> [In Persian]
- 27-Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L, Ivanova MY. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological bulletin*. 2005; 131(3): 361.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.361>
- 28-Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½-90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 79: 4-18.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.006>
- 29-Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic illness. Oxford University Press. 1972.
- 11-Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: Burlington, VT: University of Vermont. Research center for children. youth & families.2000.
- 12-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the semistructured clinical interview for children and adolescents (2nd Ed.). . Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families. 2001.
- 13-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the test observation form for ages 2-18. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families. 2004.
- 14-McConaughy S, Achenbach TM. Manual for the ASEBA direct observation form for ages 6-11. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children. Youth & families.2009.
- 15-Maddux JE, Winstead BA. Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding: Routledge; 2015.
- 16-Bakhtiari M, Yazdandost R, Birashk B, Ghazi Tabatabaie M. Relationship between Control-related Beliefs with Externalizing and Internalizing Psychopathology in Children. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(2): 140-7. Relationship between Control-related Beliefs with Externalizing and Internalizing Psychopathology in Children - Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology - مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران
- 17-Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological assessment*. 1995; 7(3): 261.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.7.3.261>
- 18-Achenbach TM, Edelbrock CS. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological bulletin*. 1978; 85(6): 1275.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- 19-Cummings EM, Davies PT, Campbell SB. Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications: Guilford Publications; 2020.
- 20-Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*. 2005; 114(4): 537.
<https://doi.org/10.1037/0021-843x.114.4.537>

پرسش‌نامه‌ پرخاشگری اهواز

همیشه	گاهی	به ندرت	هرگز	پاسخ‌دهنده‌ گرامی: لطفا عبارات زیر را به دقت بخوانید و در مقابل یکی از گزینه‌ها که به بهترین وجه وضعیت شما را به طور کلی منعکس می‌کند علامت بزنید. به یاد داشته باشید که برای این عبارات پاسخ صحیح یا غلط وجود ندارد، بلکه آنچه مهم است میزان انطباق هر عبارت با وضعیت شما است.
				۱. برخی مسائل جزئی و ناچیز مرا اذیت می‌کند.
				۲. وقتی به وقایع گذشته نظر می‌کنم، بی‌اختیار رنجیده می‌شوم.
				۳. کارهای زیادی می‌کنم که بعداً احساس ندامت می‌کنم.
				۴. وقتی چیزهایی مانع تحقق یافتن برنامه‌ها و نقشه‌هایم می‌شوند، عصبانی می‌شوم.
				۵. از بی‌انصافی دیگران عصبانی می‌شوم.
				۶. تحمل شکست و ناکامی برای من خیلی مشکل است.
				۷. حتی وقتی عصبانیت خود را از دیگران مخفی می‌کنم، مدت طولانی درباره‌ آن فکر می‌کنم.
				۸. بعضی از دوستانم عاداتی دارند که مرا بسیار خشمگین می‌کنند.
				۹. خودم را سرزنش می‌کنم.
				۱۰. از کارهای احمقانه دیگران عصبانی می‌شوم.
				۱۱. بار سنگینی روی دوشم احساس می‌کنم.
				۱۲. وقتی مورد انتقاد قرار می‌گیرم، شدیداً خشمگین می‌شوم.
				۱۳. از تأخیر و تعلل دیگران عصبانی می‌شوم.
				۱۴. وقتی حرفم به کرسی نمی‌نشیند خیلی دلگیر می‌شوم.
				۱۵. وقتی عصبانی می‌شوم کنترلی روی حرف‌هایم ندارم.
				۱۶. وقتی که خشمگین می‌شوم به دیگران دشنام می‌دهم.
				۱۷. آن‌قدر خشمگین می‌شوم که رفتارهای غیرمنطقی از من سر می‌زند.
				۱۸. در مواضع فکری خود مقاوم و پایدار هستم.
				۱۹. وقتی از کوره به در می‌روم، توی گوش دیگران می‌زنم.
				۲۰. آن‌قدر عصبانی می‌شوم که چیزی را پرتاب می‌کنم.
				۲۱. افکار بدی در سر می‌پرورانم که مرا دچار احساس شرمندگی می‌کند.
				۲۲. دیگران مرا فردی خشن و پرخاشگری تلقی می‌کنند.
				۲۳. اگر در مغازه‌ای، فروشنده‌ای با من بدرفتاری کند، جار و جنجال به راه می‌اندازم.
				۲۴. اگر فردی مطلبی احمقانه بگوید حقش را کف دستش می‌گذارم.
				۲۵. اگر یک اتومبیل در حین عبور از کنارم، احتیاط نکند، بر سر راننده‌ آن فریاد می‌کشم.
				۲۶. با هر کسی که به من و یا خانواده‌ام توهین کند درگیر می‌شوم.
				۲۷. اگر فردی به من صدمه بزند، من هم به او صدمه می‌زنم.
				۲۸. به ورزش‌های خشن علاقه دارم.
				۲۹. مردمی که آزارم می‌دهند، تنشانشان برای کتک می‌خورد.
				۳۰. وقتی که دیگران با من مخالفت می‌کنند، با آن‌ها جر و بحث می‌کنم.

پرسش‌نامهٔ پایش مختصر مشکلات (فرم دیگری)

در زیر فهرستی از موادی آمده که مردم را توصیف می‌کند. لطفاً هر مورد را نمره‌گذاری کنید تا فردی را که ارزیابی می‌کنید را در حال حاضر و یا در ۳۰ روز گذشته، توصیف نمایید. اگر ماده‌ای بسیار درست است لطفاً دور عدد ۲ خط بکشید. اگر ماده‌ای تا اندازه‌ای درست است دور عدد ۱ خط بکشید. و اگر ماده‌ای درست نیست دور عدد ۰ خط بکشید. لطفاً تا آن‌جا که می‌توانید تمام مواد را نمره‌گذاری کنید حتی اگر به نظر نمی‌رسد که بعضی از آن‌ها به ایشان (فرد مورد ارزیابی) ربط داشته باشد.

۰ = درست نیست (تا آن‌جا که شما می‌دانید).
 ۱ = تا حدی درست
 ۲ = بسیار درست

نظرات	۰	۱	۲
۱. ناتوانی در تمرکز، ناتوانی در حفظ کردن توجه خود برای مدت طولانی.	۰	۱	۲
۲. احساس بی‌ارزشی یا حقارت کردن.	۰	۱	۲
۳. تکانشی یا بدون فکر عمل کردن.	۰	۱	۲
۴. نداشتن اعتماد به نفس.	۰	۱	۲
۵. مورد علاقهٔ دیگران نبودن.	۰	۱	۲
۶. اشکال در برنامه‌ریزی برای آینده.	۰	۱	۲
۷. شکست در تمام کردن چیزهایی که باید انجام شود.	۰	۱	۲
۸. عملکرد شغلی ضعیف.	۰	۱	۲
۹. اشکال در تعیین اولویت.	۰	۱	۲
۱۰. اشکال در دوست‌یابی یا حفظ دوستی.	۰	۱	۲
۱۱. رفتار بسیار متغیر.	۰	۱	۲
۱۲. اشکال در تصمیم‌گیری.	۰	۱	۲
۱۳. زود جوش آوردن.	۰	۱	۲
۱۴. تهدید به آسیب زدن به مردم.	۰	۱	۲
۱۵. ناخشنود، غمگین، و افسرده.	۰	۱	۲
۱۶. احساس ناتوانی در موفق شدن.	۰	۱	۲
۱۷. بسیار آسان ناراحت شدن.	۰	۱	۲
۱۸. بسیار ناشکیبا.	۰	۱	۲