

Research Article

Psychometric Properties 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.

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.

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: The tools of the Achenbach Experience-Based Assessment (ASEBA) system for diagnosing mental disorders have been expanding since the 1960s. The aim of this study was to determine the psychometric properties of the brief problem monitoring test for ages 18 to 59 years (BPM / 18-59) in a non-clinical Iranian sample.

Method: First, the Persian version was prepared by translation and re-translation method, after the final version of the translation was approved by the author of original version. After that, BPM/59-18 form was administrated on the sample of 337 undergraduate students of Tehran University and Tehran University of Medical Sciences who were studying in the 2020 academic year by convenience sampling method. Also, 58 people around the subjects completed the "other" form. In order to calculate the test-retest coefficient of this instrument, a two-week retest was performed on 41 people from the initial sample. ASRSI-v I.I, DASS-21, GHQ-28, BSI-53 and AAI questionnaires were used to determine the concurrent validity of this instrument. Data were analyzed by Pearson correlation and confirmatory factor analysis and hierarchical regression.

Result: The results showed a correlation between BPM/59-18 and other instruments ($P < 0.001$) and therefore had acceptable values of concurrent validity. The reliability of the two-week retest and Cronbach's alpha for self-report were 0.70 and 0.85, and Cronbach's alpha for "other" report was 0.72. Factor analysis also showed a good fit of the model.

Discussion and conclusion: BPM/18-59 has suitable psychometric properties for use in research and clinical trials in Iranians.

Keywords

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

Corresponding Author's E-mail

shairi@shahed.ac.ir

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت» (زودآبند ویرایش نشده)

مقاله پژوهشی

روایی‌سنجی و اعتباریابی نسخه فارسی پایش

مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال

(BPM/18-59) در دانشجویان

نویسندگان

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

۱. فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: ابزارهای نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) از دهه ۱۹۶۰ میلادی تا به امروز 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: ابتدا به روش ترجمه و بازترجمه و پس از تایید 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 فاصله‌ی دو هفته بر روی ۴۱ نفر از نمونه اولیه، صورت گرفت. برای تعیین روایی هم‌زمان این ابزار از پرسش‌نامه‌های ASI، ASRSI-v I.I، DASS-21، GHQ-28، BSI-53 و AAI استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش هم‌بستگی پیرسون و تحلیل عاملی تاییدی و رگرسیون سلسله‌مراتبی انجام شد.

نتایج: یافته‌ها، نشانگر هم‌بستگی BPM/18-59 با سایر ابزارها ($P < 0/001$) و بنا بر این برخوردار 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:

..../.../..

تاریخ پذیرش:

..../.../..



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

shairi@shahed.ac.ir

زودآیند ویرایش نشده

مقدمه

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 بیماری‌شناسی^۲ های رسمی موجود در آسیب‌شناسی روانی که بیشترین کاربردها را دارند شامل راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۳ - ویرایش پنجم (DSM-5®) انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴ [۲] و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۵ - ویرایش یازدهم (ICD-11) سازمان بهداشت جهانی^۶ [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^۷ 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^۸ 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^۹ (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 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 چندمطالعی^{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 [۱۴-۱۶].

به عقیده متخصصان روان‌آسیب‌شناسی کودکی هرکدام از نشانگان اختلال‌های روانی در یکی از دو دسته‌بندی اختلالات درونی‌ساز و اختلالات برون‌ساز قرار می‌گیرد [۱۵]. این تقسیم‌بندی برای اولین بار توسط آکرسون^{۱۳} در سال ۱۹۴۹ صورت گرفت [۱۶] که بعدها در مطالعات مبتنی بر تحلیل عاملی مورد تایید

Top-down⁷Bottom-up⁸Achenbach System of Empirically Based Assessment⁹Psychopathology¹⁰Behavioral/Emotional/Social¹¹Multi-Informant Assessment¹²Ackerson¹³Taxonomy¹Nosology²Diagnostic and statistical manual of mental disorders³

(DSM-5®)

Americam Psychiatry Assosiation⁴International classification of diseases⁵International Health Organization⁶

قرار گرفت [۱۵، ۱۷، ۱۸]. دسته‌ای که بر رفتارهای هیجانی مانند گریه کردن، نگرانی و انزوا تاکید 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 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 [۲۶-۲۱].

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 هردوی این‌ها باشد. در هر صورت هردوی 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 محدود 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 [۱۱-۸]. 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^۴ 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 این که آیا خصوصیات مطلع و یا زمینه می‌توانسته در نوع گزارش موثر 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

همکارانش در هلند انجام دادند [۳۴]، BPM/18-59 با ASR در نمونه بزرگی شامل دوقلوهای بزرگسال (تعداد نمونه = ۹'۸۳۵) مقایسه شدند. در این مطالعه همسانی درونی مقیاس‌های BPM ($\alpha = ۷۵/۰$) کمی از همسانی درونی ASR ($\alpha = ۸۵/۰$) پایین‌تر بود. همچنین در بین مقیاس‌های BPM، مشکلات برونی‌ساز کمترین همسانی درونی را نشان دادند ($\alpha = ۶۳/۰$). نمرات ASR و BPM مشابهت در طبقه‌بندی بالینی^{۱۸} مناسب (۰/۸۰-۰/۶۱) و همبستگی بالایی را ($r > ۰/۸۸$) را نشان دادند. تفاوت جنسیتی جزئی در مقیاس مشکلات برونی‌ساز مشاهده شد (زن‌ها < مردان). مولفه‌های ژنتیک (۰/۳۴-۰/۵۴) و محیط (۰/۴۶-۰/۶۶) تفاوت واریانس را با دامنه‌ای مشابه برای ASR و BPM توضیح دادند. هماهنگی ژنتیکی و فنوتیپیکی با بهزیستی^{۱۹} 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^{۲۰} (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

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 [۳۳-۳۱] 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 زمینه‌ی ارتباط با همسر/یار^{۱۵} (دیگری مهم^{۱۶}، 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 آسیب دیدن 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 کوتاه‌شده 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 دفریس^{۱۷} و

Clinical classification concordance¹⁸
Well-being¹⁹
Subjective Well-Being²⁰

Partner¹⁵
Significant other¹⁶
De Vries, L. P.¹⁷

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 تاثیرات درمان باشند لازم به نظر می‌رسد. به ویژه 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 هزینه‌به‌غیربالگری مورد نظر خود بپردازند. با توجه به 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 قابل توجهی در آغاز مطالعات بین‌فرهنگی در این حوزه خواهد بود؛ به ویژه که نظام آنباخ توجه ویژه‌ای به مقایسه‌های بین‌فرهنگی مبتنی بر نتایج پژوهش‌ها بر روی ابزارهای ASEBA در جوامع مختلف نشان می‌دهد. هدف لین 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) دانشجو 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 ۵۷/۲۰ (۱/۷۵) سال بوده است. از تعداد ۳۳۷ آزمودنی که دانشجویهای مقطع کارشناسی و دوره پیشاکارورزی مقطع دکتری حرفه‌ای دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی تهران بودند، ۱۲ نفر (۳/۶٪) از دانشکده ادبیات و علوم انسانی، ۱۵ نفر (۴/۵٪) از دانشکده الهیات و معارف، ۸ نفر (۲/۴٪) از دانشکده زبان و ادبیات خارجی، ۱۲ نفر (۳/۶٪) از دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ۱۳ نفر (۳/۹٪) از دانشکده اقتصاد، ۱۰ نفر (۳٪) از دانشکده تربیت بدنی، ۹ نفر (۲/۷٪) از دانشکده جغرافیا، ۱۴ نفر (۴/۲٪) روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۶ نفر (۱/۸٪) از دانشکده علوم اجتماعی، ۳۱ نفر (۹/۲٪) از دانشکده مدیریت، ۶۰ نفر (۱۸٪) از پردیس دانشکده‌های فنی، ۱۸ نفر (۵/۳٪) از پردیس علوم، ۲۶ نفر (۷/۷٪) 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 (۲۴/۶٪) علوم اجتماعی و رفتاری، ۵۱ نفر (۱۵/۱٪) علوم پایه و زیستی، ۶۰ نفر (۱۷/۸٪) فنی و مهندسی، ۷۶ نفر (۱۷/۶٪) علوم پزشکی و ۲۰ نفر (۵/۹٪) هنر. فراوانی و درصد گروه‌های فرهنگی-زبانی افراد نمونه نیز از این قرار بود: ۲۵۱ نفر (۷۴٪) فارس‌زبان، ۴۳ نفر (۱۵/۷٪) ترک‌زبان، ۱۱ نفر کردزبان (۳/۳٪)، ۱۴ نفر لرزبان

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.

برای بررسی روایی به روش هم‌زمان^{۲۴} و افزایشی^{۲۵} حدود نیمی از آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی^{۲۶} (DASS-21)، مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگسالان^{۲۷} (ASRS-v 1.1) و پرسش‌نامه سلامت عمومی^{۲۸} (GHQ-28) و نیم دیگر به پرسش‌نامه مختصر نشانه‌ها^{۲۹} (BSI) و پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز^{۳۰} (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^{۳۱} نیز بر مبنای تحلیل عاملی تاییدی^{۳۲} بررسی شد [۳۵]. اعتبار مقیاس نیز با روش‌های ضریب همسانی درونی و آزمون-بازآزمون دو هفته‌ای در مورد ۴۲ نفر از دانشجویان بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزارهای آمارگری IBM SPSS نسخه ۲۲ و ای‌موس IBM SPSS نسخه ۲۴ و به روش هم‌بستگی پیرسون، رگرسیون سلسله‌مراتبی و تحلیل عاملی تاییدی انجام گرفت.

۶ نفر گیلک‌زبان (۱/۸٪)، ۱ نفر تبریزی‌زبان (۴/۲٪)، ۱ نفر بلوچ‌زبان (۰/۳٪) و ۱ نفر تات‌زبان (۰/۳٪). در قدم اول اجرای مطالعه، برای استفاده از سوالات پرسشنامه آخنباخ با گروه پژوهشی آسبا 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 تایید 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 مورد نظر 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 (پار^{۲۱}، دوست، زادور^{۲۲} (پدر یا مادر) و یا هم‌شیر^{۲۳} (خواهر یا برادر)) تکمیل گردد و تصویر فرم تکمیل‌شده برای پژوهشگر ارسال شود. پس از مدت

General Health Questionnaire²⁸
Brief Symptom Inventory²⁹
Ahvaz Aggression Inventory³⁰
Construct Validity³¹
Confirmatory Factor Analysis³²
IBM SPSS Statistics v24³³
IBM SPSS Amos v24³⁴

partner²¹
parent²²
sibling²³
Concurrent Validity²⁴
Incremental Validity²⁵
Depression, Anxiety, Stress Scale²⁶
Adult ADHD Self-Report Scale²⁷

ابزارهای پژوهش

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

۱. فرم پایش مختصر مشکلات برای سنین ۱۸ تا ۵۹ سال (BPM/18-59) [۶]: این فرم با استفاده از فرم‌های بزرگسال نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ در سال ۲۰۱۸ 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 هر کدام 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 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 باهم جمع شده و نمره t آن بر اساس جدول استخراج شده و در نیمرخ مخصوص ترسیم می‌گردد. نمره t ۶۵ به عنوان خط برش در نظر گرفته شده و اگر نمره هر مقیاس پایین‌تر از آن قرار گیرد طبیعی و اگر بالاتر قرار گیرد افزایش یافته در نظر گرفته می‌شود.

بر اساس 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 ($P < ۰/۰۰۱$) 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 ($P < ۰/۰۰۱$) 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 ($P < ۰/۰۰۱$) 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 ساخته شد، یک آزمون ۴۲ سوالی است. ملاک سنجش این سه سازه در این آزمون میزان کنترلی است که فرد بر محیط خود دارد. در فرم کوتاه این پرسشنامه ۲۱ سوال وجود دارد که هر ۷ سوال یکی از مقیاس‌های اضطراب، افسردگی و تنیدگی را ارزیابی می‌کند. آزمودنی باید برای پاسخ به هر گویه یکی از چهار گزینه اصلا، کم، متوسط و زیاد را مشخص نماید. برای نمره‌گذاری پرسشنامه آزمونگر نمره گویه‌های هر مقیاس را (۰ تا ۳) باهم جمع کرده و با توجه به جنسیت آزمودنی در نیمرخ مناسب که بر اساس نمره Z ساخته شده علامت‌گذاری می‌کند.

خود نشان می‌دهد ($P < 0/001$). نتایج این مدل تحلیل نشان دادند که تمامی ۱۸ سوال سازه واحدی را می‌سنجند. علاوه بر این نتایج تحلیل عاملی وجود دو زیرمقیاس نقص توجه و بیش‌فعالی / تکانش‌گری را تایید کردند [۴۰]. لازم به ذکر است که با توجه 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. بنا بر این با نظر پژوهش‌گر، مواد مرتبط با این دو بعد تفکیک شدند. بر این 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 اولین بار در سال ۱۹۷۲ 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 سوالی انتشار یافته است. سوالات این پرسشنامه دربرگیرنده چهار خرده‌مقیاس است که هریک از آن‌ها شامل ۷ سوال هستند. سوالات 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 سوالات 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 سوالی تقریباً همسان با فرم ۶۰ سوالی است [۲۹]. روش نمره‌گذاری این ابزار، روش

نمره‌ی 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 سوال بوده 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^{۳۵} 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^{۳۶} ۰/۶۷ ($P < 0/001$) به دست آمد که حاکی از روایی همزمان است. همچنین در نمونه ایرانی، تمامی سوال‌های این مقیاس رابطه معناداری را با عامل

نشانه‌ها نسخه کوتاه‌تر سیاهه تجدیدنظرشده ۹۰ سوالی 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 بین فردی (I-S)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت (HOS)، ترس مرضی (PHOB)، افکار پارانوئیدی (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 دربردارند. 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 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 ($P < ۰/۰۰۱$) در شکایت جسمانی تا ۰/۹۱ ($P < ۰/۰۰۱$) در ترس مرضی متغیر بود. همچنین برای شاخص‌های ضریب کلی از ۰/۸۷ ($P < ۰/۰۰۱$) در معیار ضریب ناراحتی تا ۰/۹۰ ($P < ۰/۰۰۱$) در علائم مرضی بوده است. نتایج تحلیل عاملی ساختار پیش‌بینی^{۳۹} ابعاد نشانه‌ها را تایید نمود. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط

لیکرتی^{۳۷} است که گزینه‌ها به صورت (۳-۲-۱-۰) نمره داده می‌شوند. نمره بالاتر به معنای سلامت پایینتر است.

بر اساس تحقیقات گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۸، روایی و اعتبار این آزمون در انگلستان و دیگر کشورها بسیار قابل قبول 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 سوالی این پرسشنامه در ایران در پژوهش تقوی در 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)^{۳۸} 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 علائم 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 سوال برای ارزش‌یابی علائم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می‌شود و برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طراحی شده است [۴۳]. پرسشنامه مختصر

بین BSI و SCL-R-90 از ۰/۹۲ تا ۰/۹۹ بوده است [۴۳].
۶. پرسش‌نامهٔ 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 سوالات این پرسشنامه را از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) نمره‌گذاری کند. اعتبار بازآزمایی این پرسش‌نامه در بازهٔ زمانی ۶ هفته مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین دو نوبت آزمون برای کل مقیاس AAI ($r = ۰/۷۰$)، برای عامل خشم و غضب ($r = ۰/۶۰$)، برای عامل تهاجم و توهین ($r = ۰/۷۴$) و برای لجاجت و کینه‌توزی ($r = ۰/۷۲$) رضایت‌بخش و معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) بود.

نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرهٔ 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=103)	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 برونی‌ساز	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=103)	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 برونی‌ساز	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)

اخوان عبیری و شعیری [۴۳] در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد پرسش‌نامه که نشان‌دهندهٔ 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 نشان‌دهندهٔ اعتبار آزمون-بازآزمون که با فاصلهٔ 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 ($P < ۰/۰۰۱$) و قابل قبول بوده‌اند. روایی هم‌زمان پرسشنامهٔ مختصر نشانه‌ها با سنجش همبستگی بین ابعاد این پرسش‌نامه با ابعاد دیگر مقیاس‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. بر این اساس تمامی ابعاد BSI با مقیاس BDI-II، مقیاس BAI، مقیاس اضطراب و استرس DASS-21، مقیاس GAD، مقیاس افسردگی و اضطراب و نمرهٔ کل GHQ-28 و مقیاس RSES رابطهٔ مثبت و معنادار ($P < ۰/۰۰۱$ و $P < ۰/۰۰۵$) داشته است. روایی سازهٔ BSI نیز به وسیلهٔ تحلیل عاملی تاییدی به دست آمد. به علاوه، همبستگی‌های

مشکلات درونی‌ساز، مشکلات توجه، مشکلات

ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های

برونی‌ساز 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 برونی‌ساز 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 جدول ۲- میانگین (و انحراف معیار) دو مرحله اجرا و ضریب اعتبار بازآزمایی ۱۵ روزه BPM/18-59 (n=41)

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

جدول ۲- میانگین (و انحراف معیار) دو مرحله اجرا و ضریب اعتبار بازآزمایی ۱۵ روزه BPM/18-59 (n=41)

ابعاد	اجرای اول	اجرای دوم	ضریب همبستگی پیرسون*
مشکلات درونی‌ساز	۳/۶۰ (۲/۸۶)	۳/۲۴ (۲/۶۰)	۰/۵۸۰
مشکلات توجه	۴/۴۱ (۲/۹۵)	۳/۹۷ (۲/۴۱)	۰/۶۱۸
مشکلات برونی‌ساز	۳/۷۵ (۲/۳۸)	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. تمام مقیاس‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. یافته‌های مربوط به بررسی روایی هم‌زمان (همبستگی با مقیاس‌های ASRS-v1.1، GHQ-28، BSI-53). نشانگر روایی قابل قبول BPM/18-59 (AAI و DASS-21) بود. (جدول ۳).

جدول ۳- یافته‌های مربوط به روایی هم‌زمان

آزمون پر خاشگری اهواز (AAI)	مقیاس خودگزارشی بزرگسال ADHD (ASRS-v 1.1)	آزمون مختصر نشانه‌ها (BSI-۵۳)	پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸)	تنبیدی (DASS-۲۱)	اضطراب (DASS-۲۱)	افسردگی (DASS-۲۱)	ابعاد BPM/18-59
۰/۳۰۱**	۰/۳۹۱**	۰/۶۸۳**	۰/۶۸۷**	۰/۶۰۹**	۰/۵۴۴**	۰/۷۰۶**	مشکلات درونی‌ساز
۰/۳۹۶**	۰/۵۰۶**	۰/۶۲۲**	۰/۶۰۶**	۰/۵۲۵**	۰/۴۶۵**	۰/۵۶۸**	مشکلات توجه
۰/۶۱۷**	۰/۴۵۰**	۰/۴۶۶**	۰/۴۷۶**	۰/۵۵۷**	۰/۴۴۲**	۰/۴۰۹**	مشکلات برونی‌ساز
۰/۵۴۸**	۰/۵۴۰**	۰/۷۳۸**	۰/۷۱۴**	۰/۶۷۸**	۰/۵۸۳**	۰/۶۸۱**	مشکلات کلی

** P < ۰/۰۱

بعد مشکلات توجه، این بعد با معیار قرار دادن 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 برونی‌ساز، با معیار قرار دادن ضریب کلی علائم مرضی (GSI) از آزمون BSI-53، با نمره کل AAI مقایسه گردید.

یافته‌های مربوط به بررسی روایی افزایشی هریک از ابعاد BPM/18-59، نیز نشانگر روایی قابل قبول آن بود. برای تعیین روایی افزایشی بعد مشکلات درونی‌ساز، این بعد با معیار قرار دادن نمره کل GHQ-28 با مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون DASS-21 مقایسه گردید. برای تعیین روایی افزایشی

زودآیند ویرایش نشده

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

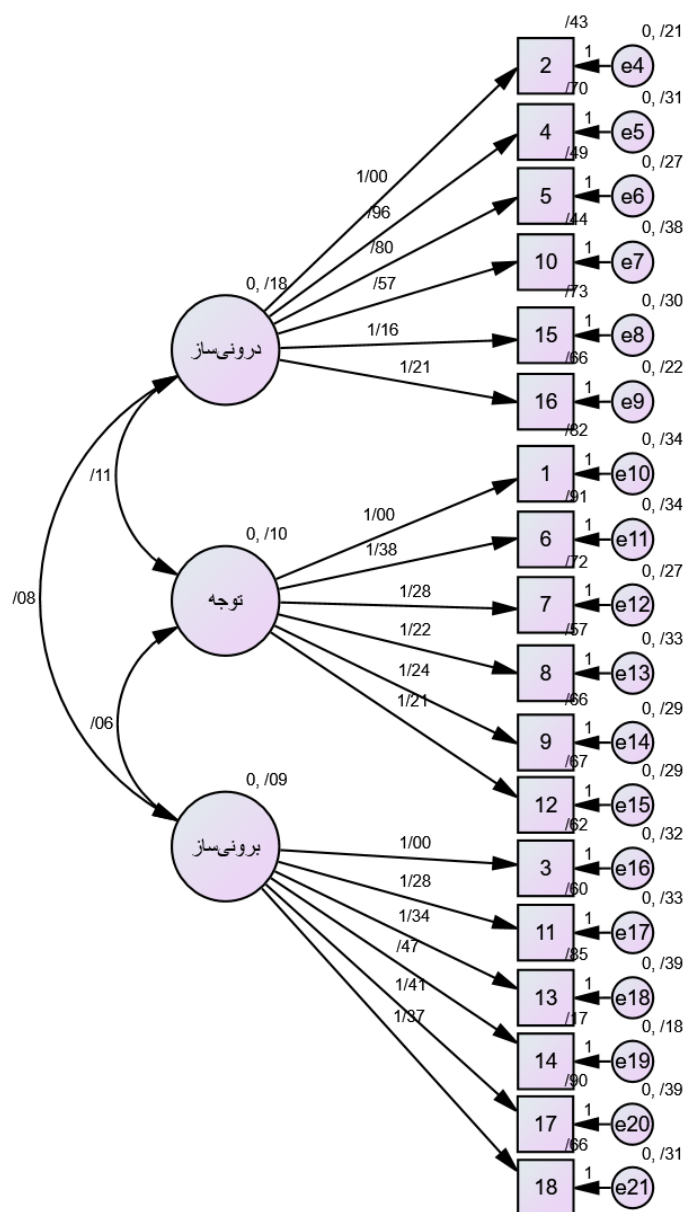
مدل	ΔR^2	F تغییر	معناداری F
مدل (۱) پیش‌بین‌ها: افسردگی ۲۱-DASS، اضطراب DASS-۲۱، مشکلات درونی‌ساز BPM/۱۸-۵۹، ملاک: نمره‌ی کل ۲۸-GHQ	۰/۰۲۲	۱۲/۲۰	۰/۰۰۱
مدل (۲) پیش‌بین‌ها: نقص توجه ۱.۱ ASRS-V، مشکلات توجه BPM-۱۸-۵۹، ملاک: نمره‌ی کل ۲۸-GHQ	۰/۰۹۷	۲۹/۵۴	۰/۰۰۱
مدل (۳) پیش‌بین‌ها: نمره‌ی کل AAI، مشکلات برونی‌ساز BPM-۱۸-۵۹، ملاک: ضریب کلی علائم مرضی BSI (GSI)	۰/۰۸۶	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱

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

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

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

نمودار ۱- مدل ساختاری عامل‌های BPM/18-59



اطرافیان آن‌ها درباره مشکلاتشان به طور معناداری هماهنگ است (جدول ۵).

محاسبه‌ی ضریب‌های هم‌بستگی توافق بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59 نشان داد که در همه ابعاد آزمون به استثناء بعد مشکلات توجه، گزارش آزمودنی‌ها و

جدول ۵- ضریب‌های هم‌بستگی توافق بین مطلعان برای ابعاد BPM/18-59

ابعاد	خودگزارشی × گزارش دیگری
مشکلانی درونی‌ساز	۰/۴۰۶
مشکلات توجه	۰/۱۷۱

مشکلات برون‌ساز	۰/۴۳۲
مشکلات کلی	۰/۴۶۴

زودآیند ویرایش نشده

بحث و نتیجه گیری

می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو بعد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه توان بالایی در ارزیابی ویژگی‌های مورد نظر 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 در حالی که بعد درونی‌سازی BPM/18-59 به طور کلی ویژگی‌هایی را مدنظر قرار می‌دهد که مرتبط با طیفی از مشکلات روان‌شناختی اضطرابی، خلقی و جسمانی هستند.

پایین بودن 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، سوالات را با یک‌دستی و هم‌گونی کمتری پاسخ دهند در حالی که خود فرد به دنیای درون‌روانی 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 در حالی که اطلاعات موجود نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ در نمونه اصلی ساخت این ابزار از درجه بالا و قابل قبولی برخوردار بوده و تفاوت قابل توجهی با آلفای کرونباخ حاصل از تعیین هم‌سانی درونی خودگزارشی نداشته است.

پژوهش پیش رو با هدف تعیین روایی و اعتبار پرسش‌نامه پیش 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 که ویژگی‌های BPM/18-59 در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است. پژوهش‌های پیشین نشان‌دهنده ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب و تایید ساختار عاملی ابزارهای ASEBA برای سنین مدرسه (۶ تا ۱۸ سال) در ایران بوده‌اند [۲۶-۲۱]. [۶] که بر مبنای داده‌های ۱۷ جامعه به دست آمده 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 که BPM به عنوان جایگزینی برای ASR به طور کلی طراحی نشده و بیشتر در موقعیت‌های ویژه مثل ابعاد بزرگ مطالعه (پژوهش پیمایشی) و به عنوان ضمیمه‌ای برای ارزیابی‌های مختصر تکرارشونده و اجزای مکرر (مانند پیش‌ها و پیگیری‌ها) به کار می‌رود.

تحلیل داده‌ها به منظور تعیین روایی افزایشی نشان داد که ابعاد مشکلات برونی‌ساز و مشکلات توجه در پرسش‌نامه BPM/18-59 در پیش‌بینی ویژگی‌های ابزار ملاک نسبت به ابزارهای مشابه قوی‌تر عمل

پژوهش‌ها در حوزه روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی قرار گیرد. وجود مبانی 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 غیر بالینی 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.

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.
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. p. 39-59.
5. Achenbach TM. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: general and applied*. 1966;80(7):1.

محاسبه توافق 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 توافق بین مطلعان مثبت و متوسط در مشکلات درونی‌ساز و برونی‌ساز بوده که هم‌سو با نتایج پژوهش حاضر است. اما نتیجه‌ی پژوهش حاضر در ارتباط خودگزارشی بزرگسالان و گزارش دیگری در مورد مشکلات توجه با نتیجه پژوهش‌های گذشته [۶، ۲۷، ۴۷] هم‌سو نبوده است. با اطلاعات به دست آمده می‌توان بیان نمود که 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. به ویژه 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 جلوه دادن مشکلات افرادی دارند که با آن‌ها رابطه‌ای عاطفی دارند (اثر هاله‌ای).

می‌توان بیان نمود که احتمالاً ساختاری جهان‌شمول و ناپسته به فرهنگ در مشکلات روان‌آسیب‌شناسانه وجود دارد که بیشتر می‌تواند در آینده مبنایی برای ارزیابی‌ها و تشخیص‌های بالینی، اقدامات درمانی و

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.
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.
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.
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.
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.
25. Minaei A. A Confirmatory Factor Analysis of Teacher's Report Form (TRF). *Journal of Exceptional Children*. 2006;6(3):769-86.
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.
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.
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.
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.
30. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHR) in college students of Shiraz University (Persian). *Journal of psychology*. 2002;20(4):381-98.
31. Derogatis L, Lipman R, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9(1):13-28.
32. Derogatis LR, Unger R. Symptom checklist-90-revised. *The Corsini encyclopedia of psychology*. 2010:1-2.
33. Fallahi Kheshtmasjedi M. Normalizing SCL-90-R. Tehran: Islamic Azad University Central Tehran Branch; 2003.
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.
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, youth, & 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.
11. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA preschool forms and profiles: Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth ...; 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, and 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, and 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, and 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.
17. Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological assessment*. 1995;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.
19. Cummings EM, Davies PT, Campbell SB. *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*; Guilford Publications; 2020.

in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. PeerJ. 2014;2:e324.

34. de Vries LP, van de Weijer MP, Ligthart L, Willemsen G, Dolan CV, Boomsma DI, et al. A Comparison of the ASEBA Adult Self Report (ASR) and the Brief Problem Monitor (BPM/18-59). Behavior Genetics. 2020(50):363-73.
35. Farahani H, Roshan Chasli R. Essentials for Developing and Validating Psychological Scales: Guide to Best Practices. Journal of Clinical Psychology and Personality. 2020;17(2):197-212.
36. Asghari Moghaddam M, Saed F, Dibajnia P, Zangane J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-Clinical Sample. Daneshvar Raftar. 200Behavior23-38.
37. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-43.
38. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Journal of Developmental Psychology, Iranian Psychologists. 2005;1(4):299-310.
39. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. PsJournalgical medicine. 2005;35(2):245.
40. Mokhtari H, Rabiei M, Salimi S. Psychometric Properties of the Persian Version of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Self-Report Scale. Iranian Jurnal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2015;3(82):244-53.
41. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. (No Title). 1988 Feb 13.
42. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. Psychological medicine. 1983;13(3):595-605.
43. Akhavan Abiri F, Shaeiri M. Validity and Reliability of Symptoms Check-list-90-Revised (SCL-90-R) and Brief Symptoms Inventory-53 (BSI-53). Journal of Clinical Psychology and Personality. 2020.
44. Zahedifar S, Najarian B, Shokrkon H. Construction and validation a scale for measuring aggression. Journal of education and psychology of Shahid Chamran University of Ahvaz. 2001;3(1):73-102.
45. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika. 1951(16):297-334.
46. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. New York: McGraw Hill; 1994.
47. Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility