Journal of Research in Psychological Health
March 2019, Volume 12, Issue 4

Development and Psychometric Properties of Preliminary Version of Mental Health Problems Scale (Self-Report form) for Youths in Iran

Saeed Akbari-Zardkhaneh[1], Nader Mansurkiaie[2], Alimohammad Zanganeh[3], Mojtaba Mahdavi[4], Shirin Osanloo[5], Mohsen Jallalat-Danesh[6], Siamak Tahmasebi Garmtani[7], Seyyed Eynollah Teymourifard[8]

1. (Corresponding author). Department of Applied Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
akbari76ir@yahoo.com
2. PhD in Communication Sciences, Department of Communication Studies, Faculty of Communication Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. PhD in Management, Physician, Social and Crime Prevention Directorate Judiciary, Tehran, Iran.
4. Ph.D. Student, Departement of Psychology and Education of Exceptional Children, University of Tehran, Tehran, Iran.
5. M. A., Departement of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.
6. MSc, Social and Crime Prevention Directorate Judiciary, Tehran, Iran.
7. Department of Preschool Education, University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, Tehran, Iran.
8. Ph.D. Student, Departement of Human Sciences, Islamic University of Qom, Qom, Iran.

Citation: Akbari-Zardkhaneh S, Zanganeh AM, Mansurkiaie N, Mahdavi M, Osanloo SH, Jallalat-Danesh M, Tahmasebi Garmtani S, Teymourifard SE. Development and Psychometric Properties of Preliminary Version of Mental Health Problems Scale (Self-Report form) for Youths in Iran. Journal of Research in Psychological Health, 2019: 2 (4): 94-109.

Highlights

- Screening of mental health in schools is one of the necessities in all of the societies.
- There is not a cultural based instrument for the assessment of the psychological problem of Children in Iran.
- In Namad project, we generated a battery test for school mental health screening.
- Current research showed Preliminary Version of Self-Report form of Mental Health Problems Scale for Youth has suitable psychometric properties.

Keywords
psychological health,
students,
test development

Abstract

Youths' mental health is important in any society and protecting their mental health help them to be mentally and physically healthy adult who can play their social role as they should. The present study aimed to develop a self-report scale for high school student's mental health. A pool item of 200 items was developed and after the first edition, 119 items were selected for preliminary scale. The target population of the study was secondery high school students of Alborz, Kermanshah, Eastern Azerbaijan, Sistan & Baluchestan, Fars, and Khorasan Razavi in 2016-17. The sample includes 642 students who were selected by random sampling. Explanatory and confirmatory Factor analysis indicated six-factor structure as the simplest factorial solution that consisted with theoretical framwork. In addition, all the subscale had good reliability which ranged between 0.63 (disruptive behavior) to 0.85 (academic achievement deficit, self-regulation, attention deficit/hyperactivity disorder, and self-harm). In general, results showed good psychometric properties for this mental health scale among high school students. This scale could be used for assessing behavioral and emotional problems for clinical, or research aims among late adolescents in Iran

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

ساخت و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس مقدماتی خودگزارشی مشکلات سلامت روان‌شناختی نوجوانان در ایران

سعید اکبری زردخانه[۱]، علی‌محمد زنگانه[۳]، نادر منصور کیایی[۲]، مجتبی مهدوی[٤]، شیرین اصانلو[٥]، محسن جلالت‌دانش[٦]، سیامک طهماسبی‌گرمتانی[۷]، سیدعین‌الله طیموری‌فرد[۸]

۱. (نویسندهٔ مسئول) استادیار دانشگاه شهید بهشتی، گروه روان‌شناسی کاربردی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. Akbari76ir@yahoo.com

۲. پزشک و دکتری مدیریت، معاونت پیشگیری قوهٔ قضاییه، تهران، ایران.

۳. دکتری علوم ارتباطات، دانشکدهٔ علوم ارتباطات، دانشگاه علامه‌طباطبایی، تهران، ایران.

٤. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

٥. کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران، ایران.

٦. کارشناس‌ارشد حقوق بین‌الملل، معاونت پیشگیری قوهٔ قضاییه، تهران، ایران.

۷. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۸. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد قم، قم، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۷/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش
۱۳۹۷/۱۲/۲۷

کلیدواژه
سلامت روان‌شناختی، دانش‌آموزان، ابزارسازی

یافته‌های اصلی

- غربالگری سلامت روان در مدارس یکی از ضرورت‌های جوامع است.
- در ایران ابزاری فرهنگ وابسته برای ارزیابی سلامت روان کودکان وجود ندارد.
- در پروژهٔ تماد، یک مجموعه‌آزمون برای غربالگری سلامت در مدرسه ساخته شد.
- پژوهش حاضر نشان داد مقیاس مقدماتی خودگزارشی مشکلات سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان نوجوانان از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردار است.

چکیده

در هر جامعه‌ای سلامت‌روان نوجوانان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تأمین بهداشت روانی به آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. هدف از پژوهش حاضر، تهیهٔ مقیاس خودگزارشی مشکلات سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم بود. برای این منظور خزانهٔ آیتمی با ۲۰۰ آیتم تهیه شد و پس از ویرایش اولیه، ۱۱۹ آیتم جهت قرار گرفتن در نسخهٔ مقدماتی مقیاس انتخاب شد. جامعهٔ آماری در این پژوهش دانش‌آموزان مدارس متوسطهٔ دوم شش استان البرز، کرمانشاه، آذربایجان شرقی، سیستان‌وبلوچستان، فارس و خراسان رضوی بود. نمونه، دربرگیرندهٔ ۶۴۲ نفر از دانش‌آموزان بود که افراد آن به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داد بهترین راه‌حل عاملی هماهنگ با چارچوب نظری برای این مقیاس، شش‌مؤلفه‌ای است. دامنهٔ ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مؤلفه‌های استخراجی در نسخهٔ مقدماتی مقیاس سلامت روان‌شناختی نوجوانان بین ۰/۶۳ (رفتارهای ایذایی) تا ۰/۸۵ (نقص در انجام تکالیف تحصیلی، خودگردانی، نقص توجه و بیش‌فعالی، خودآسیب‌رسانی) است. درمجموع، مقیاس خودگزارشی مشکلات سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان نوجوان متوسطهٔ دوم، از شایستگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است و می‌توان از آن برای سنجش مشکلات هیجانی نوجوانان ایرانی با اهداف بالینی و پژوهشی استفاده کرد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

مقدمه

نوجوانی، مرحله‌ای اساسی در زندگی است که با تغییر و رشد سریع مشخص می‌شود. این تغییرات با رفتارهای مرتبط با سلامتی ارتباط دارند و بر آن‌ها تأثیر می‌گذارند. تعامل ویژگی‌های نوجوانی و محیط پیچیده و متغیر پیرامون، سازگاری و رفتارهای مرتبط با سلامت نوجوانان افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تغییرات در معیارهای اجتماعی، جنسی و فناوری ارتباطات، خطر انجام رفتارهای غیرسالم، پرخطر و بیماری‌های جدید را افزایش داده است. با توجه به ویژگی‌های خاص دورهٔ نوجوانی و همراهی این دوره با رفتارهای مشکل‌دار و نیز اهمیت دورهٔ نوجوانی در سلامت و توسعهٔ جامعه، این دوره می‌تواند زمینهٔ منحصربه‌فردی در رفتارهای مرتبط با سلامت روانی باشد (۱). اختلالات روانی نیز به‌نوبهٔ خود مشکلاتی برای سلامتی جسمانی جدی به بار می‌آورد که میزان آن براساس شیوع و مرگ‌ومیر و هزینه‌هایی که به جامعه تحمیل می‌کند، قابل‌پیگیری است (۲). اختلال‌های رفتاری و روانیِ دوران کودکی و نوجوانی، دربرگیرندهٔ رفتارهایی است که دائمی بوده و با سن فرد متناسب نیست و به تضادهای اجتماعی و نارضایتی و ناشادی فردی و شکست در تحصیل منجر می‌شود. در تحقیقات بسیاری بیان شده است که شمار معناداری از کودکان، در معرض خطر مشکلات رفتاری و عاطفی شایع هستند (۴،۳).

اگر پیشگیری به سه سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم‌بندی شود، در صورت امکان بهترین روش پیشگیری، پیشگیری اولیه است؛ اما اگر پیشگیری اولیه ممکن نباشد، تشخیص به‌موقع و درمان سریع به‌عنوان دومین خط دفاع علیه بیماری‌هایی است که به پیشگیری اولیه پاسخ نمی‌دهند (۵). یکی از راه‌های تشخیص به‌موقع بیماری‌ها، توجه به اولین علائم آن‌ها و انجام غربالگری[1] در جمعیت‌های هدف است (۵). منظور از غربالگری، جست‌وجوی بیماری یا نقیصهٔ شناخته‌نشده به‌وسیلهٔ آزمون‌های عملی و سریع، معاینه و یا روش‌هایی در اشخاص به‌ظاهر سالم است. آزمون غربالگری جنبهٔ تشخیصی ندارد؛ بلکه افرادی که دارای نتیجهٔ مثبت یا مشکوک‌اند باید برای تشخیص و درمان لازم ارجاع داده شوند (۶). به‌عبارت‌دیگر، غربالگری عبارت است از شناسایی احتمالی اختلال‌هایی که قبلاً شناسایی یا گزارش نشده است، از طریق آزمون‌ها، معاینه‌ها و سایر روش‌های مناسب روی نمونه‌های مشخص از جمعیت. روش‌های غربالگری روانی، بین افرادی از جمعیت که احتمال دارد یک اختلال عاطفی یا روانی مهم داشته باشند و آن‌هایی که چنین اختلالی ندارند، تمایز می‌گذارد. آزمون‌های غربالگری برای تشخیص به کار نمی‌روند؛ بلکه طی آن، افراد مشکوک یا با یافته‌های مثبت باید تحت آزمایش‌ها و معاینه‌های فشرده‌تری قرار گیرند تا دقیقاً شناسایی و تشخیص داده شوند (۷).

پژوهش‌های زیادی در کشور در باب شیوع اختلالات رفتاری بین دانش‌آموزان صورت گرفته است؛ ازجمله در استان سیستان‌و بلوچستان، ۴۰/۹ دست‌کم یک‌بار سابقهٔ فرار از مدرسه، ۶۹/۳ احساس غمگینی، ۷۸/۵ احساس بی‌ارزشی، ۱۹/۶ قصد خودکشی داشته‌اند (۱)؛ همچنین در ارومیه ۶۸/۱ افسردگی گزارش شده است (۸). شیوع کلی اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان ساری، براساس گزارش والدین ۱۵/۸درصد و براساس گزارش معلمان ۲۴/۹ (۹) بوده است. در بیرجند شیوع پرخاشگری در پسران ۵۴درصد و در دختران ۵۲درصد (۱۰)، میزان اختلالات رفتاری قم در کل نمونه ۱۹/۸۲درصد، در دانش‌آموزان دورهٔ راهنمایی ۲۲/۷۲درصد و در دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه ۱۷/۱درصد بوده است (۱۱). در بشاگرد نیز شیوع اختلالات روانی بین دانش آموزان دبیرستانی، ۵۲/۰۷ گزارش شده است (۱۲).

پژوهش‌ها در سایر کشورها نیز نشان‌دهندهٔ شیوع نامطلوب اختلالات و مشکلات روان‌شناختی است (۱۳). در چین۶ /۱۰درصد از دانش‌آموزان دبیرستانی، اختلالات روانی عمیق و ۷۱/۲ درصد اختلالات روانی خفیف داشتند (۱۴). پژوهشی شیوع کلی اختلالات روانی در دانش‌آموزان سال اول دبیرستان را ۱/۸درصد گزارش کرده است (۱۵). پژوهش دیگری شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی را به‌ترتیب در رابطه با اضطراب ۵۰/۸، روابط بین‌فردی ۱۹/۱ و شکایات جسمانی ۱۸/۷درصد گزارش کرده است (۱۶). در مطالعهٔ دیگری (۱۷) شیوع اختلالات روانی به‌ترتیب عبارت بود از: اضطراب ۱۳/۹، اختلالات

۱. screening

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

رفتاری ۱۹/۱، اختلالات خلقی ۱۴/۳ و سوءمصرف مواد ۱۱/۴ و به‌طورکلی ۲۲/۲درصد از نوجوانان اختلالات عمیق روانی داشتند. در یک مطالعهٔ طولی ۲۵ساله مشاهده شد که افزایش معناداری در بروز اختلالات روانی بین نوجوانان و جوانان بدون توجه به جنسیت و طبقهٔ اجتماعی و نوع خانواده رخ داده است (۱۸). مطالعه‌ای در بررسی سلامت روانی کودکان و نوجوانان استرالیایی نشان داد که ۱۴درصد از آن‌ها دارای مشکلاتی در سلامت روان هستند (۱۹).

حفظ و ارتقای سلامت جامعه ایجاب می‌کند که توجه ویژه‌ای به رفتارهای پرخطر و عوامل مؤثر جهت برنامه‌های پیشگیری صورت گیرد و این امر به‌ویژه دربارهٔ نوجوانان که بخش عظیمی از جامعه را تشکیل می‌دهند و خصوصیات فیزیولوژیکی و روان‌شناختی خاصی دارند که آن‌ها را در برابر رفتارهای پرخطر آسیب‌پذیر می‌کند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. برنامه‌ریزی مناسب به‌منظور ارائهٔ خدمات نیز نیازمند آگاهی از وضعیت موجود در جامعه است (۲۰). این آگاهی حاصل نمی‌گردد مگر با غربالگری و پایش دائمی اختلالات و مشکلات روان‌شناختی در این گروه از افراد جامعه.

شرایط چهارگانه برای انجام برنامه‌ریزی عبارت‌اند از: دسترسی به آزمون‌هایی با اجرای آسان، معتبر و روا، کشف درمان‌های مؤثر، انتشار یک نظریهٔ غربالگری و دسترسی عمومی به مراقبت‌های بهداشتی (۲۱). شاید از این شرایط، بتوان دسترسی به یک ابزار مناسب را مهم‌ترین نکته دانست. برای این منظور تلاش‌های متعددی برای ساخت ابزارهای مناسب صورت گرفته است. از این جمله می‌توان به ابزارهای زیر اشاره کرد. کامپوس و رینولدز (۲۲) نظام غربالگری رفتاری و عاطفی[1] را توسعه دادند که بر شناسایی علائم اختلالات تمرکز دارد و دارای دو برگه برای معلم، دو برگه برای والدین و یک برگهٔ خودگزارشی (کلاس سوم تا دوازدهم) است. مقیاس چندبعدی سنجش اضطراب کودکان[2] یک معیار سنجش اضطراب (۲۳) برای گزارش توسط فرد و والدین است که برای جوانان ۸ تا ۱۹ سال توسعه داده شده است. این پرسشنامه، تک‌بعدی است و تنها اضطراب را می‌سنجد و ابزار مناسبی برای ارزیابی کلیهٔ اختلالات نیست. این ابزار برای استفاده به‌عنوان غربالگر در یک سامانهٔ غربالگری چندمرحله‌ای تأیید نشده است. به‌عبارت‌دیگر تا به امروز اطلاعات محدودی در مورد ویژگی‌های فنی این ابزار وجود دارد. مقیاس افسردگی کودکان[3] نیز برای افراد ۷ تا ۱۷ سال است که توسط خود فرد تکمیل می‌شود. این مقیاس ابزاری تک‌مؤلفه‌ای است و برای سنجش تمام اختلالات رفتاری و روانی مناسب نیست.

درمجموع با توجه به موضوع‌ها و پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت که در دنیای امروز، غربالگری سلامت روان در دوران نوجوانی، به‌خاطر شرایط ویژهٔ آن از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۵،۲۴). این مهم برای تمام برنامه‌ریزی‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از ملزومات اولیه است. از طرفی، با توجه به ابزارهایی که برای این منظور به کار برده می‌شود، ازلحاظ فرهنگی هم با فرهنگ جامعهٔ ما هماهنگ و همسو نیست و مهم‌تر اینکه تاکنون نظام غربالگری‌ای که مواردی مانند خودآسیب‌زنی، سوءاستفادهٔ جنسی، نقص و مشکلات در انجام تکالیف تحصیلی را شناسایی کند، وجود نداشته است.

روش

الف) جامعه و نمونه

جامعهٔ آماری این پژوهش، دانش‌آموزان مدارس متوسطهٔ دومِ شش استان البرز، کرمانشاه، آذربایجان‌شرقی، سیستان‌وبلوچستان، فارس و خراسان رضوی در سال تحصیلی ۹۶- ۱۳۹۵ بود. نمونه، دربرگیرندهٔ حدود صد نفر از دانش‌آموزان در هر یک از استان‌ها بود که از دو شهرستان (یکی مرکز استان و دیگری از شهرهای کم‌برخوردار) به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. درمجموع نمونهٔ پژوهش حاضر بالغبر ۶۴۲ نفر بود. به نظر کلاین[4] (۲۷) حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی بالای پانصد نفر، عالی است.

1. Behavioral and Emotional Screening System (BESS)
2. Multidimensional anxiety scale for children
3. Children's Depression Inventory (CDI)
4. Klien

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

ب) ابزارها

فهرست خودگزارشی نوجوان[1] آخنباخ[2]

این فهرست مشکلات عاطفی‌رفتاری نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال را مورد سنجش قرار می‌دهد و در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (۲۹،۲۸). آن بخش از سیاهه که مشکلات عاطفی رفتاری را می‌سنجد، ۱۱۳ آیتم اصلی و هشت زیرآیتم دارد که در یک مقیاس سه‌نمره‌ای (۰ = نادرست، ۱ = تا حدی درست، ۲ = کاملاً یا غالباً درست) قرار می‌گیرد. این مقیاس هشت مشکل یا علامت عاطفی‌رفتاری را اندازه می‌گیرد که عبارت است از: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه (بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری)، رفتارهای قانون‌شکنانه، رفتارهای پرخاشگرانه. دامنهٔ ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ است. ثبات زمانی مقیاس‌ها نیز با استفاده از روش آزمون-بازآزمون با یک فاصلهٔ زمانی پنج تا هشت هفته‌ای از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ است. یافته‌ها حاکی از آن است که این سیاهه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است (۲۹).

ج) شیوهٔ اجرا

مطالعهٔ حاضر در راستای طرح پژوهشی ملی نظام مراقبت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) انجام شد. فرایند اجرایی این طرح در قابل ائتلافی را دانشگاه شهید بهشتی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، قوهٔ قضاییه، نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ریاست‌جمهوری اسلامی ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور، وزارت آموزش‌وپرورش جمهوری اسلامی ایران، کمیتهٔ امداد امام خمینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام تشکیل می‌دهند. فرایند طی‌شده در این پژوهش از مراحل زیر گذشته است.

نخست، الگوی آسیب‌های روانی‌اجتماعی شایع دانش آموزان کشور استخراج شد؛ بدین طریق که ابتدا سابقهٔ پژوهشی حوزهٔ آسیب‌های دوران کودکی و مستندات گزارش‌شده از طرف سازمان بهزیستی دربارهٔ آسیب‌های روانی‌اجتماعی دانش‌آموزان بررسی شد؛ سپس با حدود دوازده نفر از متخصصان حوزهٔ آسیب‌های روانی‌اجتماعی کودکی، مصاحبهٔ فردی شد و از آن‌ها خواسته شد تا رایج‌ترین مشکلات کودکان را گزارش کنند. در انتها، با توجه به ادبیات پژوهشی حاضر و نظر متخصصان، هشت آسیب روان‌شناختی نارساییِ توجه و بیش‌فعالی، افسردگی، اضطراب، رفتارهای ایذایی[3]، خودآسیب‌رسانی[4]، نقص در مهارت انجام تکالیف تحصیلی[5]، نقص در خودگردانی[6] و کودکان در معرض سوءاستفاده[7] به‌عنوان اولویت غربالگری انتخاب شد.

پس از نهایی‌شدن فهرست مشکلات آسیب‌های روان‌شناختیِ شایع بین دانش‌آموزان، اقدام به شناسایی مؤلفه‌های الگو و استخراج نشانگرهای مربوط به هر یک از آن‌ها شد؛ بدین‌منظور ده‌ها ابزار غربالگری برای جمع‌آوری آیتم‌ها مورد استفاده قرار گرفت. معیار برای انتخاب این ابزارها عبارت بود از: ۱) اعتبار و روایی ابزارها و ۲) ضریب همبستگی آیتم با مقیاس و ۳) ضریب همبستگی آیتم با سایر آیتم‌ها (۲۶). تبدیل نشانگرها به مجموعه‌عبارت‌ها برای قراردادن در ابزار، به تهیهٔ بانک آیتم‌ها منجر گردید. برای مقیاس مقدماتی سلامت روان‌شناختی نوجوانان، نسخهٔ خودگزارشی با حدود دویست گزاره برای نشانه‌های روان‌شناختی تولید شد. بررسی گزاره‌های تولیدشده، برای ابزار در جمعی از متخصصان بالینی حوزهٔ آسیب‌های روان‌شناختی دوران کودکی و نوجوانی، منجر به برخی از اصلاحات در عبارت‌پردازی‌های[8] گزاره‌ها و انتخاب ۱۹۰ آیتم برای قرارگرفتن در نسخهٔ پیش‌مقدماتی یکم مقیاس شد.

در بررسی روایی صوری طی جلسات گروهی با معلمان استان‌های البرز و سیستان‌وبلوچستان (حدود دویست نفر)، اصلاحاتی در نسخهٔ پیش‌مقدماتی یکم صورت گرفت و در پایان نسخهٔ پیش‌مقدماتی دوم با ۱۱۹ آیتم نهایی شد. هدف

1. Youth Self Report (YSR)
2. Achenbach
3. disruptive behavior
4. self- harm
5. academic skill
6. self-regulation
7. child abuse risk
8. wording

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

از این بخش، سنجش قابلیت درک و فهم آیتم‌ها و متناسب‌سازیشان با ادبیات نگارشی و محاوره‌ای دانش‌آموزان بود. به‌دلیل ایجاد تغییراتی در نسخهٔ اولیهٔ ابزار، جهت حصول اطمینان از حضور ساختار نظری و بالینی در ابزار و سنجش روایی محتوایی ابزار، از ده نفر از متخصصان حوزهٔ آسیب‌های دوران مدرسه خواسته شد بررسی‌های لازم را در خصوص روایی محتوای ابزار انجام دهند. نتیجهٔ این گام نیز نشان از وجود همگرایی در نظر داوران برای مناسبت ابزار بود.

پس از اطمینان از روایی صوری و محتوایی نسخهٔ پیش‌مقدماتی دوم، مقیاس مقدماتی سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم، نسخهٔ خودگزارشی در جامعهٔ دانش‌آموزان استان‌های کرمانشاه، آذربایجان‌شرقی، فارس و خراسان‌رضوی اجرا شد؛ سپس روی داده‌های جمع‌آوری‌شده تحلیل گمشده‌ها صورت گرفت و گزاره‌ها تحلیل شدند. در گام بعدی، با استفاده از برنامهٔ اس‌پی‌اس‌اس، گروه نمونه به دو بخش مساوی تقسیم شد. پس از تشکیل، یکی از این دو به‌طور تصادفی، عنوان گروه نمونهٔ مدرج‌سازی[1] را به خود اختصاص داد و دیگری گروه نمونهٔ رواسازی[2] نام گرفت. در ادامه از داده‌های گروه‌های مدرج‌سازی برای اکتشاف ساختار عاملی و تحلیل گزاره و از داده‌های گروه رواسازی برای بررسی روایی ساختار عاملی با استفاده از روش‌های عاملی تأییدی و روایی ملاکی استفاده شد.

یافته‌ها

قبل از انجام هرگونه تحلیل بر روی ساختار کلی ابزار، تحلیل آیتم برای بررسی ویژگی‌های آیتم‌ها انجام شد. در این فرایند، نمودار ستونی درصدی، شاخص‌های مربوط به کجی، کشیدگی، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب آلفای کرونباخ، مجذور ضریب همبستگی چندگانه و ضریب همبستگی نمرهٔ آیتم با نمرهٔ کل مقیاس ۱۱۹ آیتم مقیاس مدنظر قرار گرفت. در این مرحله، تقریباً همهٔ آیتم‌ها ضریب همبستگی مثبتی با نمرهٔ کل مقیاس داشتند. مواردی هم که دارای ضریب همبستگی منفی بودند، محتوای متضادی با دیگر آیتم‌هاداشتند که پس از معکوس کردن نمره‌گذاری آن‌ها، این ضرایب به حالت مثبت تبدیل شد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در این شرایط، ۰/۹۷ به دست آمد. بررسی آیتم‌ها نشان داد که تمام آن‌ها، کفایت لازم برای حضور در مقیاس را دارند. خلاصهٔ نتایج تحلیل آیتم در جدول ۱ ارائه شده است.

1. calibration
2. validation

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

جدول ۱ـ خلاصهٔ نتایج تحلیل آیتم‌های مقیاس مقدماتی مشکلات سلامت روانی نوجوانان

مؤلفه	مجذور ضریب همبستگی چندگانه	کجی	کشیدگی	میانگین مقیاس پس از حذف مؤلفه
۲	۰/۴۰	۰/۴۵	-۰/۷۸	۴۵/۱۱
۹	۰/۳۹	-۰/۳۶	-۰/۷۱	۴۴/۲۳
۱۰	۰/۱۸	-۰/۲۷	-۰/۸۰	۴۴/۵۴
۱۸	۰/۲۲	-۰/۵۹	-۰/۰۱	۴۳/۹۰
۳۶	۰/۶۴	-۰/۹۳	-۰/۳۴	۴۳/۹۶
۴۱	۰/۳۸	-۰/۴۰	-۰/۸۵	۴۴/۳۰
۴۷	۰/۴۸	-۰/۹۱	-۰/۴۲	۴۳/۹۷
۵۸	۰/۲۹	-۰/۸۸	-۰/۴۷	۴۳/۹۹
۶۱	۰/۲۸	-۰/۸۵	۰/۱۶	۴۳/۹۳
۶۶	۰/۲۰	-۱/۳۳	۰/۴۷	۴۳/۷۸
۷۰	۰/۶۶	-۰/۷۰	-۰/۴۶	۴۴/۱۲
۹۶	۰/۵۶	-۱/۲۷	-۰/۹۱	۴۳/۷۷
۱۰۳	۰/۵۲	-۱/۳۷	۰/۹۰	۴۳/۷۳
۱۰۵	۰/۲۷	-۰/۸۹	۰/۲۹	۴۳/۸۱
۱۲۷	۰/۳۶	-۰/۹۵	-۰/۱۰	۴۵/۳۹
۱۲۹	۰/۱۷	-۰/۰۷	-۱/۲۱	۴۴/۵۹

پس از حصول اطمینان از کفایت آیتم‌ها، برای تعیین مناسب‌ترین ساختار عاملی‌اکتشافی، ساختارهای شش‌عاملی، هفت‌عاملی و هشت‌عاملی مورد بررسی قرار گرفتند و از تمام روش‌های عامل‌یابی[1] و همچنین تمام چرخش‌های ممکن برای نیل به این امر استفاده شد. شاخص کیزر میر الکین، برای تعیین میزان کفایت نمونه استفاده شد (۰/۸۳). شاخص کیزر میر الکین، حاکی از آن بود که مقیاس سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم‌ـخودگزارش، واریانس مشترک کافی را داراست. شاخص آزمون کرویت بارتلت (۳۰) برابر ۲۰۹۴۵/۵۷۲ بود که با درجات آزادی ۸۷۷۸ در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود؛ این بدین معناست که ماتریس همبستگی به عامل‌های مختلف قابل‌تفکیک است.

انجام تحلیل عاملی‌اکتشافی روی ماتریس همبستگی پیرسون، حاصل از داده‌های گروه نمونه با استفاده از روش عامل‌یابی ممکن، چرخش‌های گوناگون و محدودیت‌های متنوع روی تعداد عامل و میزان بارگذاری متغیرها نشان داد که روش عامل‌یابی تصویر[2] و چرخش ایکوامکس[3] با نرمال‌سازی کیزر و محدودکردن تعداد عوامل به شش و حداقل مقدار بارگذاری هر آیتم روی عوامل ۰/۳۰، به استخراج عواملی منجر می‌شود که بیشتریی همخوانی را با ساختار نظری مقیاس گزارشی والدین سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع متوسطه دوم دارند. در پایان نتایج تحلیل عاملی نشان داد ساختار شش‌مؤلفه‌ای که درمجموع ۳۱درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند (جدول ۲)، مناسب‌ترین و ساده‌ترین ساختار برای این داده‌هاست. شایان‌ذکر است که این الگو پس از شانزده چرخش به دست آمد؛ همچنین لازم به توضیح است که برای نهایی کردن تعداد عامل، از نمودار صخره‌ای[4] (۳۱) و میزان ارزش ویژهٔ عامل‌های استخراج‌شده و تحلیل موازی[5]

1. extraction

2. image factoring
3. equamax rotation
4. scree plot
5. parallel analysis

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

استفاده شد. نتایج تحلیل موازی با استفاده از نرم‌افزار مونته‌کارلو[1] حاکی از آن بود که مقدار ارزش ویژهٔ تجربی در تمام شش عامل به‌دست‌آمده، بیشتر از ارزش‌های ویژهٔ ناشی از تحلیل موازی است و این میزان به مقدار قابل‌ملاحظه‌ای تفاوت دارد. نتایج مورد نظر در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مؤلفه‌ها و یافته‌های حاصل از تحلیل مؤلفه‌های مقیاس مشکلات سلامت روان‌شناختی در نوجوانان

عامل	ارزش ویژه	درصد تبیین واریانس	درصدد تبیین واریانس تراکمی	ارزش ویژهٔ تجربی	ارزش ویژهٔ تحلیل موازی
یکم	۲۳/۵۸	۱۷/۷۳	۱۷/۷۳	۱۰/۰۲	۲/۶۱
دوم	۵/۶۹	٤/۲۸	۲۲/۰۱	۹/۹٤	۲/۵۳
سوم	۳/۳۷	۲/۵٤	۲٤/۵۵	۹/۱۵	۲/٤۵
چهارم	۳/۲۷	۲/٤٦	۲۷/۰۱	٤/۹۱	۲/۳۹
پنجم	۳/۲۰	۲/٤۰	۲۹/٤۲	٤/۳۵	۲/۳۳
ششم	۲/۰۷	۲/۰۷	۳۱/۵۰	۳/۵۰	۲/۲۸

بررسی نتایج تحلیل عاملی‌اکتشافی نشان داد مؤلفه‌های یکم تا ششم را می‌توان مؤلفه‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی و آسیب به خود (آدم پرسروصدایی هستم و اطرافیانم به من گوشزد می‌کنند که آرام باشم؛ والدین، دوستان و اطرافیان می‌گویند زیاد حرف می‌زنم؛ زیاد حرف می‌زنم)، افسردگی (احساس می‌کنم والدینم مرا دوست ندارند و مورد بی‌توجهی آن‌ها هستم؛ از زندگی‌ام ناراضی هستم؛ دوست دارم تنها باشم و با کسی در ارتباط نباشم)، خودگردانی و نقص در انجام تکالیف تحصیلی (هنگام انجام تکالیف درسی، زود خسته می‌شوم؛ موفقیت در کارهای تحصیلی‌ام کم است؛ در فهمیدن و به خاطر آوردن مطالب درسی مشکل دارم)، اضطراب (از حضور در جاهای بلند و مشاهدهٔ رعدوبرق می‌ترسم؛ از ارتباط برقرارکردن با دیگران می‌ترسم؛ در جمع دیگران دستپاچه می‌شوم)، رفتارهای ایذایی (در خارج از منزل، بدون اجازه وسایل دیگران را برمی‌دارم؛ حیوانات را اذیت می‌کنم؛ دیگران می‌گویند دروغگو هستم) و در معرض سوءاستفاده (ذهنم مشغول حرکات و رفتارها و مسائل جنسی است؛ با اندام‌های خصوصی بدنم بازی می‌کنم؛ در مورد مسائل جنسی بزرگسالان کنجکاوی می‌کنم) نام نهاد. جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که کلیهٔ خرده‌مقیاس‌ها از ضرایب مناسب همگونی درونی برخوردارند و دامنهٔ آن‌ها بین ۰/۶۳ (رفتارهای ایذایی) تا ۰/۸۵ (نقص در انجام تکلیف و خودگردانی و همچنین کاستی توجه و بیش‌فعالی و آسیب به خود) است.

جدول ۳ـ خلاصهٔ ویژگی‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های مشکلات سلامت روان‌شناختی نوجوانان

1. monte carlo

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

مؤلفه	آیتم	میانگین	انحراف استاندارد	بار عاملی	ضریب آلفا با حذف	همبستگی آیتم با نمرهٔ کل	ضریب آلفا
کاستی توجه و بیش‌فعالی و خودآسیب‌رسانی	٤٧	٣/١٧	١/٠١	٠/٦٧	٠/٨٣	٠/٦٣	٠/٨٥
	٣٦	٣/١٨	٠/٩٩	٠/٦٤	٠/٨٣	٠/٦٢	
	٧٠	٣/٠٢	٠/٩٦	٠/٦٤	٠/٨٣	٠/٦٣	
	٩٦	٣/٣٧	٠/٨٣	٠/٥٦	٠/٨٣	٠/٦٠	
	٤١	٢/٨٤	٠/٩٧	٠/٥٥	٠/٨٣	٠/٥٦	
افسردگی	٦٥	٣/٠٩	١/٠٥	٠/٦٢	٠/٧٨	٠/٦٠	٠/٨١
	٨٩	٢/٨٩	١/٠٥	٠/٦١	٠/٧٧	٠/٦٣	
	١٣١	٣/٠٨	١/٠٢	٠/٥٩	٠/٨٠	٠/٤٥	
	١١٧	٢/٥٠	١/٠١	٠/٥٩	٠/٧٨	٠/٦١	
	١٢٥	٢/٧٧	١/١٢	٠/٥٧	٠/٧٩	٠/٥٢	
نقص در انجام تکالیف تحصیلی و خودگردانی	٧٧	٢/٤٦	٠/٨٨	٠/٦٥	٠/٨٤	٠/٦٤	٠/٨٥
	٤٨	٢/٧٣	٠/٨٦	٠/٦٤	٠/٨٤	٠/٦٢	
	٩٩	٢/٨٠	٠/٨٣	٠/٥٥	٠/٨٤	٠/٥٤	
	٥٩	٢/٨٥	٠/٩٣	٠/٥٤	٠/٨٤	٠/٥٣	
	٥١	٢/٦٠	٠/٨٦	٠/٥١	٠/٨٥	٠/٤٩	
اضطراب	٥	٣/١٥	٠/٩٥	٠/٥٦	٠/٦٢	٠/٤٠	٠/٦٦
	٤٠	٣/١٨	٠/٨٦	٠/٤٦	٠/٦٣	٠/٣٨	
	٧٥	٣/٠٩	٠/٨٢	٠/٤٤	٦٢/	٠/٤٣	
	٦٠	٣/٢٧	٠/٨٨	٠/٤١	٠/٦٣	٠/٣٨	
	١٢٣	٢/٨٥	٠/٩٤	٠/٤١	٠/٦٤	٠/٣٢	
رفتارهای ایذایی	١٠٦	٣/٧٦	٠/٥٨	٠/٦١	٠/٥٣	٠/٥٦	٠/٦٣
	١١٢	٣/٧٦	٠/٥٨	٠/٥٦	٠/٥٥	٠/٥١	
	٤٦	٣/٨١	٠/٥١	٠/٤١	٠/٥٩	٠/٣٥	
	١٢٠	٣/٦٧	٠/٦٩	٠/٤١	٠/٦١	٠/٢٦	
	٩٧	٣/١٢	٠/٩٠	٠/٣٩	٠/٦٠	٠/٣١	
در معرض سوءاستفاده	٣٢	٣/٠٢	٠/٨٩	٠/٥٩	٠/٦١	٠/٧٤	٠/٧٥
	٢٦	٠/٣٨	٠/٨٧	٠/٥٥	٠/٦٩	٠/٥٦	
	١٥	٢/٨١	١/٠٢	٠/٥٠	٠/٧٠	٠/٥٤	
	٤٣	٣/٥٧	٠/٧٨	٠/٣٦	٠/٧٤	٠/٤٢	
		٣/٠٣	٠/٦٥	٠/٣٤	٠/٧٦	٠/٣٣	

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

برای بررسی روایی ملاکی مقیاس مقدماتی گزارشی معلمان سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع متوسطهٔ دوم، از دانش‌آموزانی که در مطالعه شرکت کردند خواسته شد تا علاوه بر این مقیاس، فهرست خودگزارشی نوجوان آخنباخ را نیز تکمیل کنند. بین نمرات نسخهٔ ذکرشده همبستگی پیرسون محاسبه شد. بررسی ضرایب همبستگی جدول ٤ نشان می‌دهد که به‌غیراز همبستگی میان خرده‌مقیاس اضطراب و رفتار قانون‌شکنانه (۰/۱۰)، همهٔ ضرایب در سطح P<۰/۰۱ معنادار هستند.

جدول ٤- ماتریس ضرایب همبستگی مشکلات سلامت روان‌شناختی با فهرست آخنباخ

مؤلفه	فهرست آخنباخ							
	اضطراب/افسردگی	اضطراب/گوشه‌گیری	شکایات جسمانی	مشکلات اجتماعی	مشکلات تفکر	مشکلات توجه	رفتار قانون‌شکنانه	رفتار پرخاشگری
کاستی توجه و بیش‌فعالی/ خودآسیب‌رسانی	۰/۳٦**	۰/۳۱**	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/٤۷**	۰/٤۹**	۰/٤۹**	۰/٥۸**
افسردگی	۰/٦۸**	۰/٦٤**	۰/٥۱**	۰/٥۳**	۰/٥۲**	۰/٦۱**	۰/٤۰**	۰/٥۰**
نقص در عملکرد تحصیلی/ خودگردانی	۰/٥۱**	۰/٥۲**	۰/٤۱**	۰/٤۷**	۰/٤۰**	۰/٦٥**	۰/۳۹**	۰/٤۸**
اضطراب	۰/٥۰**	۰/٤۲**	۰/۳۱**	۰/۳٦**	۰/۲٥**	۰/۳٥**	۰/۱۰	۰/۲٥**
رفتارهای ایذایی	۰/۳۸**	۰/۳۷**	۰/۳٤**	۰/۳٦**	۰/۳۳**	۰/۳۷**	۰/٤۰**	۰/٤۲**
در معرض سوءاستفاده	۰/۳٤**	۰/۲۸**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۳۹**	۰/۳٤**	۰/٥۳**	۰/٤٥**

برای انجام تحلیل عاملی‌تأییدی از دو ساختار به‌عنوان الگوهای رقیب استفاده شد. این دو عبارت بودند از:

۱) ساختار اکتشافی: این الگو همان ساختاری شش‌مؤلفه‌ای است که در فرایند تحلیل عاملی‌اکتشافی حاصل شده است.

۲) ساختار هشت‌مؤلفه‌ای: مدل نظری ساختار عاملی این ابزار، دارای هشت مؤلفه به شرح زیر بود: ۱) کاستی توجه و بیش‌فعالی، ۲) رفتارهای ایذایی، ۳) اضطراب، ٤) افسردگی، ٥) خودآسیب‌رسانی، ٦) نقص در انجام تکالیف تحصیلی، ۷) خودگردانی و ۸) در معرض سوءاستفاده. از این مدل به‌عنوان مدل رقیب استفاده شد.

برای دستیابی به بهترین مدل برازش‌یافته با داده‌ها تحلیل روی ساختار کوواریانس و با استفاده از روش «برآورد مقاوم» بیشینهٔ درست‌نمایی انجام شد. برای ارزیابی برازش ساختارها هم از شاخص‌های چندگانهٔ آمارهٔ خی دو، شاخص برازش مقایسه (۳۲)، شاخص برازش غیرمعمول (۳۳)، ریشهٔ دوم مجذور خطای تقریب (۳٤)، فاصلهٔ اطمینان ریشهٔ دوم مجذور خطای تقریب (۳٥) و ریشهٔ میانگین مجذور باقی‌ماندهٔ استاندارد (۳٥) استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون نیکویی برازش این دو ساختار در جدول زیر ارائه شده است. نتایج این جدول نشان داد در بین این دو ساختار، ساختار اول، یعنی ساختار تحلیل عاملی‌اکتشافی در مقایسه با دیگر ساختارها از شاخص‌های برازش مناسب‌تری برخوردار است؛ بنابراین این ساختار به‌عنوان ساختار نهایی در نظر گرفته شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

جدول ۵ ـ آماره‌های نیکویی برازش ساختارهای رقیب

ساختار	خی‌دو	درجهٔ آزادی	خی‌دو/ آزادی	برازش	شاخص غیرمعمول	خطا	فاصلهٔ اطمینان	باقی‌مانده
یکم	۲۱۷۹۸/۴۲	۱۷۷۰	۱۲/۳۱	۰/۹۱	۰/۹۱	۰/۰۵۹	۰/۰۶۲-۰/۰۵۶	۰/۰۷۹
دوم	۹۴۷۷۴/۹۹	۸۱۲۸	۱۹/۶۶	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۰۶۷	۰/۰۶۹-۰/۰۶۶	۰/۰۸۹

یادداشت: خی‌دو/ آزادی: خی‌دو بر درجهٔ آزادی، برازش: شاخص برازش مقایسه، شاخص غیرنرمال: شاخص برازش غیرنرمال، خطا: ریشهٔ دوم مجذور خطای تقریب، فاصلهٔ: فاصلهٔ اطمینان ریشهٔ دوم مجذور خطای تقریب، باقی‌مانده: ریشهٔ میانگین مجذور باقی‌ماندهٔ استاندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بسیاری از اختلال‌های روانی در اواخر دوران کودکی و اوایل نوجوانی بروز پیدا می‌کنند و در مراحل بعدی زندگی شدت می‌یابند (۳۶). نوجوانی دورهٔ ظهور رفتارها و شرایطی است که نه‌تنها بر سلامت تأثیر می‌گذارند، بلکه به اختلال‌های دوران بزرگسالی منجر می‌شوند. رفتارهای ناسالم همچون سیگار کشیدن، نوشیدن مشروبات الکی و سوءمصرف مواد اغلب در دورهٔ نوجوانی آغاز می‌شوند که با افزایش مرگ‌ومیر همراه هستند و چالش‌ها و مشکلاتی را برای سلامت جامعه به همراه دارند (۳۷). بیش از ۵۰درصد از اختلال‌های روانی بزرگسالان پیش از ۱۸سالگی ظهور می‌یابد (۳۸). سلامت‌روانی پایین در این دوره با بارداری در دورهٔ نوجوانی، ابتلا به ایدز و دیگر بیماری‌های جنسی، نزاع‌های جسمانی، جرم، قتل و خودکشی در ارتباط است (۳۹). در این راستا، هدف پژوهش حاضر، بررسی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی آیتم‌ها و ساختار عاملی‌اکتشافی و تأییدی مقدماتی مقیاس روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع متوسطهٔ دوم بود. در این پژوهش بعد از جمع‌آوری و تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس نشان‌دهندهٔ وجود شش مؤلفه بود که مؤلفه‌ها تطابق لازم با بنیان نظری مقیاس را دارا بودند. این هفت مؤلفه ۳۱درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. به‌طورکلی نتایج یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که مقیاس روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع متوسطه دوم از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. مقدار شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری ۰/۸۳درصد است که با مقدار حداقل این شاخص برای کسب اطمینان از کفایت ماتریس داده‌ها برای عامل‌پذیری یعنی ۰/۶۰ (۴۰) فاصلهٔ نسبتاً محسوسی دارد. این مقدار از شاخص نمونه‌برداری در دامنهٔ عالی قرار دارد. این شاخص نشان می‌دهد که مؤلفه‌های موجود در داده‌های مورد تجزیه‌وتحلیل قرارگرفته، به میزان مناسبی قابلیت تفکیک از هم را دارند و می‌توان آن‌ها را از ماتریس مورد تحلیل استخراج کرد؛ به عبارتی می‌توان گفت پاسخ‌دهی به آیتم‌ها توسط افراد گروه نمونه طوری طراحی‌شده که هر یک از آن‌ها دارای میزانی از واریانس یگانه نیز هست که موجب افتراق آن از دیگر آیتم‌ها شده است، درحالی‌که مفاهیم و سازه‌های تعبیه‌شده در مقیاس هم به لحاظ مفهومی و هم آماری با هم در ارتباط هستند. آزمون کرویت بارتلت (۴۱) هم نشان می‌دهد که ماتریس آیتم‌های قرارگرفته در مقیاس دارای روابط قوی و مناسبی هستند که می‌تواند به استخراج مؤلفه‌هایی از ماتریس داده‌ها منجر شود. در ضمن نتایج تحلیل عامل‌های اکتشافی انجام‌شده نشان داد در شرایط استفاده از روش عامل‌یابی مؤلفه‌های اصلی و چرخش ایکوامکس، عواملی حاصل گردیده است که بهترین مطابقت را با مبانی نظری نشان می‌دهد. می‌توان دلیل حصول ساختار ساده با استفاده از روش عامل‌یابی مؤلفه‌های اصلی را وجود میزان بالای واریانس اختصاصی آیتم‌ها در مقایسه با واریانس مشترک بین آن‌ها دانست (۴۲).

نتایج حاصل از تحلیل عاملی‌تأییدی حاکی از آن بود که ساختار عاملی حاصل از تحلیل عاملی‌اکتشافی، برازش بهتری نسبت به ساختار هشت‌مؤلفه‌ای دارد. این امر را می‌توان به این علت اسناد داد که داده‌های خودگزارشی برگرفته از نوجوانان، گاهی اوقات دقت یا روایی تردیدبرانگیزی دارد (۴۳). با

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

توجه به ماهیت غربالگری سلامت‌روانی کودک به‌عنوان فرایند سنجش مختصر، حجم تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته است، قادر به پاسخگویی سؤالات تجربی‌ای که در رابطه با دقت و روایی پاسخ‌های نوجوانان به چنین ابزارهایی مطرح می‌شود، نیست (۴۴). باوجوداین، چنین تحقیقی در چارچوب غربالگری تنها با استفاده از روش مورد استفاده در مطالعات مشابه، امکان‌پذیر است (۴۳) و کمک بزرگی به سابقهٔ غربالگری سلامت روانی خواهد بود.

به‌منظور سنجش اعتبار این مقیاس نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. دامنهٔ ضرایب همگونی درونی مؤلفه‌های استخراجی در نسخهٔ مقدماتی مقیاس سلامت‌روان دانش‌آموزان مقطع متوسطهٔ دوم بین ۰/۶۳ (رفتارهای ایذایی) تا ۰/۸۵ (نقص در انجام تکالیف و خودگردانی و کاستی توجه و بیش‌فعالی و خودآسیب‌رسانی) است. این نتایج حاکی از آن است که ضریب همسانی در رفتارهای ایذایی و اضطراب، پایین‌تر از سطح ملاک است. یکی از دلایل احتمالی این موضوع، تعداد مقوله‌های پاسخ است. هرقدر تعداد مقوله‌های پاسخ زیاد باشد، ضریب همسانی درونی بالاتر خواهد بود.

نتایج حاصل از بررسی روایی ملاکی مؤلفه‌های مقیاس سلامت‌روان‌شناختی با برخی از سازه‌هایی صورت گرفت که بود یا نبود رابطهٔ نظری و پژوهشی آن‌ها با مؤلفه‌ها نشان داده شده است. یافته‌ها نشان داد خرده‌مقیاس‌های کاستی توجه و بیش‌فعالی و خودآسیب‌رسانی، افسردگی، نقص در انجام تکالیف درسی و خودگردانی، اضطراب، در معرض آزاردیدگی و رفتارهای ایذایی، با خرده‌مقیاس‌های رفتار پرخاشگری، رفتار قانون‌شکنی، مشکلات توجه، مشکل تفکر، مشکلات اجتماعی، شکایات جسمانی، اضطراب/ گوشه‌گیری و اضطراب/ افسردگی از مقیاس سیاههٔ رفتاری کودک، رابطهٔ مستقیم دارند.

ازآنجایی‌که فرهنگ به صورت‌های مختلف روی پدیده‌های روان‌شناختی اثرگذار است (۴۳) و با توجه به اینکه مفاهیم غربی از سلامت روانی در سرتاسر دنیا از اعتبار برخوردار نیستند (۴۵) و سلامت روان را نمی‌توان بدون درنظرگرفتن دیدگاه‌های قومی و ملی مورد بررسی قرار داد (۴۶)، هدف پژوهش حاضر این بود که مقیاس حاضر را براساس ویژگی‌های فرهنگ ایرانی طراحی کند. به‌طورکلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که با توجه به ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب نسخهٔ فارسی سلامت روان‌شناختی دانش‌آموزان در مقطع متوسطهٔ دوم، این نسخه برای بررسی مشکلات رفتاری و هیجانی دانش‌آموزان در مجموعه‌های آموزشی، خدماتی و درمانی و محیط‌های بالینی در جامعهٔ ایرانی قابل‌استفاده است. در حال حاضر، این ابزار قابلیت استفاده برای اندازه‌گیری شش آسیب (کاستی توجه و بیش‌فعالی و آسیب‌رسانی به خود، افسردگی، نقص در انجام تکالیف درسی و خودگردانی، اضطراب، در معرض آزاردیدگی و رفتارهای ایذایی) را داراست، ولی برای تکمیل آن لازم است در کنار رفع اشکالات موجود در خرده‌مقیاس‌های دیگر، اقدام دیگری برای توسعهٔ ابزار و ایجاد خرده‌مقیاس سوءاستفاده از کودکان صورت گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موضوع اشاره کرد که روش جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر، منحصراً خودگزارشی است و تحقیقات، از تردید در مورد دقت و روایی نتایج این قبیل ابزارها حکایت دارد (۴۷). افزون بر آن، عدم استفاده از شیوه‌های روایی دیگر، مثل روش‌های هم‌زمان، واگرا به‌منظور بررسی بیشتر در خصوص روایی آزمون و همچنین عدم استفاده از اعتبار مجدد یا بازآزمون و دونیمه کردن برای ارزیابی بیشتر اعتبار، ازجمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. تغییرناپذیری ساختار عاملی[1] ابزار در گروهای جنسیتی نیز مورد بررسی قرار نگرفته است تا مشخص شود که آیا این ابزار قابلیت استفاده در گروه‌های جنسیتی دختران و پسران را داراست. با توجه به آنچه گفته شد، پیشنهاد می‌شود که از شیوه‌های اعتبار و روایی دیگر، در جهت افزایش دقت ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس حاضر استفاده شود و همچنین تغییرناپذیری ساختار عاملی ابزار در گروه‌های جنسیتی و طبقات اقتصادی اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که از تحلیل‌های مدرن براساس الگوی نظریهٔ آیتم-پاسخ[2]، برای مشخص شدن نقش و جایگاه هر آیتم

1. structural invariance
2. Item Reponse Theory (IRT)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

در ابـزار اسـتفاده شـود.

تشکر و قدردانی

مقالهٔ حاضر مستخرج از طرحی با عنوان «مطالعهٔ مقدماتی ساخت ابزارهای استاندارد بومی ارزیابی آسیب‌های روانی اجتماعی دانش‌آموزان کشور» است که در چارچوب سند ائتلاف نظام مراقبت‌های اجتماعی از دانش‌آموزان (نماد) ذیل سند تقسیم کار ملی کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اجرا شده است. اجرای این پژوهش در قالب تفاهم‌نامهٔ مشترک وزارت آموزش‌وپرورش و وزارت کشور (به شمارهٔ ۱۳۷۵۶۴ مورخهٔ ۱۳۹۶/۸/۲۴) با دانشگاه شهید بهشتی (تفاهم‌نامهٔ ۶۰۰/۵۴۴/ص مورخهٔ ۱۳۹۵/۶/۳) صورت گرفته است. لازم است از همکاری صمیمانهٔ تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، به‌ویژه معلمان و کارکنان مدارس مورد مطالعه، تقدیر و تشکر کنیم.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]

[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

Reference

1. Bakhshani NM, Lashkaripour K, Bakhshani S, Hoseinbore M. Prevalence of risk behaviours related to intentional and unintentional injuries among adolescent high school students of Sistan & Balouchestan, Southeast of Iran. Journal of Zahedan University of Medical Sciences and Health Services. 2007; 9(3): 9-15. [Persian].

2. Campaign for Mental Health Reform. (2005). A public health crisis: Children and adolescents with mental disorders. Congressional briefing. www.mhreform.org/kids. Accessed 1 Sept 2005.

3. Ringel JS, Sturm R. National estimates of mental health utilization and expenditures for children in 1998. J Behav Health Serv Res. 2001; 28(3): 319-333.

4. Eklund K, Renshaw TL, Dowdy E, Jimerson SR, Hart SR, Jones CN, Earhart J. Early Identification of Behavioral and Emotional Problems in Youth: Universal Screening versus Teacher-Referral Identification. Calif School Psychol. 2009; 14(1): 89-95.

5. Yaghubi H. Mental disorders screening: role of tests and determining cutpoint and validation. Journal of Mental Health; 2008, 1(1): 39-51. [Persian].

6. Dowdy E, Ritchey K, Kamphaus R. School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children's mental health needs. School Ment Health. 2010; 2(4): 166–176.

7. Stiffler MC, Dever B. Mental health screening at school: instrumentation, implementation, and critical issues. New York: Springer; 2015.

8. Rostamzadeh Z, Khalilzadeh R. Examining the prevalence of depression in high school students of Urmia. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty; 2007, 5(2): 12-18. [Persian].

9. Heydari J, Azimi H, Mahmoudi G, Mohammadpour R. Prevalence of behavior-emotional disorders and its associated factors among the primary school students of Sari township in 2006. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2007; 16 (56): 91-100. [Persian].

10. Torshizi M, Saadatjoo SA. Aggressivement and the related issue in secondary school students in Birjand. Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9(4): 355-363. [Persian].

11. Habibi M, Moradi K, Pooravari M, Salehi S. Prevalence of Behavioral Problems in Middle School and High School Students in the Province of Qom. Iranian Journal of Epidemiology. 2015; 11 (1) :56-63. [Persian].

12. Mousavi Bazaz S M, Madani A, Mousavi Bazaz S M, Zaree F, Abbasi khaddar E. Prevalence of psychological disorders and its social determinants among high school students in Bashagard, Iran, 2014. Journal of Preventive Medicine. 2015; 2 (3): 40-46. [Persian].

13. Holling H, Erhar tm, Ravans S, Sch lak R. Behavioral Problems in children and adolescence. J Psychol Gesundheitsschutz. 2007 , 784-93.

14. Qiu Cheng-ping, Wu Chen-xi, Tang Li. The Conditions of Mental Health of the Senior High School Students. Heath Medicine Research and Practice. 2007; 3: 33-41.

15. Chen Xin-feng, Yu Ying-hui, Xu-zheng-long. Analysis on the mental health status and its related factors of the grade one senior high school students in the key high schools in Zhangjiagang. Jiangsu Journal of Preventive Medicine. 2011; 6, 6-8.

16. Li YH, Meng XP, Pang G, Yang X, Wei Q, et.al. an analysis on the mental health of senior high school students and its related factors. Chinese Journal of Health Education. 2007; 3, 108-133.

17. Merikangas KR, He MJ, Burstein M, Swanson MSA, Avenevoli S, Cui ML, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National

Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49(10): 980.
18. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. J Child Psychol Psychiatr. 2008; 45(8): 1350-1362.
19. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst P, Clark J, Graetz B, Kosky R, et al. The mental health of young people in Australia. Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra; 2000.
20. Mangoli M, Ramezani T, Mohammad Alizadeh S. Screening Mental Disorders in Pregnancy. IJPCP. 2003; 8 (4) :45-55
21. Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: From concepts to action. Postgrad Med J. 2004; 80: 463–469.
22. Kamphaus RW, Reynolds CR. Behavior assessment system for children-Second Edition (BASC-2): Behavioral and Emotional Screening System (BESS). Bloomington: Pearson; 2007.
23. March JS. Multidimensional anxiety scale for children (MASC-2) North Tonawanda: Multi-Health Systems; 2013.
24. Walker B, Cheney D, Stage SA, Blum C. Schoolwide screening and Positive Behavior Supports: Identifying and supporting students at risk for school failure. J Posit Behav Interv. 2005; 7: 194-204.
25. Soelberg NM. Screening for Emotional Behavioral Problems in High Schools.Provo: Brigham Young University; 2013
26. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. New Delhi: Tata McGraw-Hill Ed.; 2010.
27. Kline, P., An Easy Guide to Factor Analysis. New York: NY: Routledg; 1994.
28. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ratings of Relations Between DSM- IV Diagnostic Categories and Items of the CBCL/G-18, TRF, and YSR. Online. Available in PDF Format at :www.ASEBA. Org/research/DSM 6- 18/ ratings; 2001.
29. Minaei A. Adaptation and standardization of CBCL, YSR, and TRF. Journal Of Exeptional Children. 2006; 19(1): 529-558. [Persian].
30. Bartett MS. Tests of significance in factor analysis. Br J Math Stat Psychol. 1950; 3: 77–85.
31. Cattell RB. The Scientific use of factor analysis. New York: Plenum; 1978.
32. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. Psychol Bull. 1990;107(2):238-46.
33. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. Psychol Bull. 1980;88(3):588-606.
34. Steiger JH. Structural Model Evaluation and Modification: An Interval Estimation Approach. Multivariate Behav Res. 1990;25(2):173-80.
35. Hu Lt, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Struct Equ Modeling. 1999;6(1):1-55.
36. Das JK, Salam RA, Lassi ZS, Khan MN, Mahmood W, Patel V, Bhutta ZA. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. J Adolesc Health. 2016; 59 (4, 49-60.
37. World Health Organization. Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade. Available at: http://apps.who.int/adolescent/ second-decade/. Accessed November 16, 2015.
38. Jones P. Adult mental health disorders and their age at onset. Br J Psychiatry. 2013; 202(54): s5e10.
39. WHO. Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescents and mental health. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adoles cent/topics/adolescence/mental_health/en/. Accessed November 16, 2015.
40. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multi-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]

variate statistics (4th ed.). Boston, M A: Allyn and Bacon; 2007
41. Bartett MS. Tests of significance in factor analysis. Br J Math Stat Psychol. 1950; 3: 77–85.
42. Houman HA. Multivariate analysis in behavioral research. Tehran: Parsa Publication; 2001 [Persian].
43. Furlong MJ, Fullchange A, Dowdy E. Effects of mischievous responding on universal mental health screening: I love rum raisin ice cream, I really do! School Psychology Quarterly. 2016; 32 (3): 320-335.
44. Farahani M, Khanipour H. The Influence of Culture on the Experience of Affects, Stress, Personality Traits, and Mental Health: Findings from Cross-Cultural Studies. Journal of Research in Psychological Health. 2018; 12 (3) :1-23. [Persian].
45. Patel V. Cultural factors and international epidemiology Depression and public health. British Medical Bulletin. 2001;57(1):33-45.
46. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malhotra S. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. JCPP. 2008;49(3):313-34.
47. Renshaw TL. Preliminary validation of the subjective academic problem scales: a new tool to aid in Triagin school mental health screening results. Can J Sch Psychol. Advance online publication. 2017; 33 (3), 242-256 .

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1397.12.4.5.0]
[DOI: 10.52547/rph.12.4.94]