

هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ فرم والدین در دانش‌آموزان دوره ابتدایی

اسماعیل کوهستانی^۱، محمد اقا دلاور پور^۲

^۲عضو هیات علمی دانشگاه سمنان

نویسنده مسئول:

اسماعیل کوهستانی

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز ۳ برای دانش‌آموزان ایرانی بود. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش شامل ۵۷۰ نفر (۲۲۰ دختر و ۳۵۰ پسر) از دانش‌آموزان پایه‌های اول تا چهارم ابتدایی بود که با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از مدارس موجود در مناطق ۱ و ۱۴ شهر تهران انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ فرم والدین بود که توسط کانرز و همکاران (۲۰۰۸) تهیه شده و شش شاخص اصلی بی‌توجهی، بیش‌فعالی/تکانش‌گری، مشکلات یادگیری، کارکرد اجرایی، پرخاشگری و روابط با همسالان را مورد سنجش قرار می‌دهد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، از تحلیل عاملی تأییدی جهت بررسی روایی سازه‌ای و از ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی مقیاس استفاده شد. علاوه بر این هنجاریابی مقیاس با استفاده از محاسبه نمرات استاندارد معادل با نمرات خام انجام شد. نتایج حاکی از روایی و پایایی مطلوب مقیاس بود و میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۲ بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از این مقیاس جهت غربالگری مشکلات رفتاری کودکان با استفاده از درجه‌بندی والدین توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز ۳، مشکلات رفتاری، هنجاریابی، پایایی، روایی، دانش‌آموزان دوره ابتدایی.

مقدمه

بهداشت روان مانند سلامت جسم در هر مرحله ای از زندگی حائز اهمیت است. از آنجایی که به گفته برخی از روان شناسان شخصیت، از جمله فروید شخصیت هر شخص در دوره کودکی او تشکیل می شود و چنانچه آسیب یا ضربه ای در این دوره می تواند عارضه ای بلند مدت و حتی جبران ناپذیر به دنبال داشته باشد (سپینگتون^۱، ۱۳۹۴؛ ترجمه حسین شاهی). یکی از مهمترین نگرانی های والدین در مورد فرزندانشان مشکلات رفتاری مربوط به آنهاست که منجر به آسیب به کودک در روابطش با خانواده، همسالان و یا معلمان می شود و آینده او را به شدت تحت تاثیر قرار دهد. تعداد زیادی از خانواده ها درگیر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان خود هستند. اختلال رفتاری در صورت عدم رسیدگی، موجب مشکلات عدیده ای برای خانواده ها و جوامع می شود. عدم درمان این قبیل مشکلات، موجب عقب ماندن کودک از همسالان خود می شود. همچنین کودک از نظر سازش با محیط نیز دچار مشکل شده و نمی تواند درخواست خود را به صورت شفاف مطرح کند و خود و خانواده را دچار سردرگمی و مشکل می کند. از این رو خانواده ها علاقه مندند که کودکانشان چنانچه رفتار افکار و یا احساس نابهنجار دارند نزد متخصص برده و مورد ارزیابی و درمان قرار دهند.

اصطلاح اختلالات رفتاری که نتیجه بارز آشفتگی هیجانی است، معمولاً بیشتر برای کودکانی که دچار تضاد هستند به کار می رود. این اصطلاح بدون آنکه تعریف شود، تقریباً از حدود ۸۵ سال پیش در فرهنگ و ادبیات روان شناسی وارد شده است. از آن هنگام، معلمان، پزشکان، روان شناسان، پرستاران و افراد دیگری که به مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان علاقمند بوده اند، از این اصطلاح برای بیان مقصود خویش استفاده کرده اند (کشاورز، ۱۳۹۱). پیت^۲، کودک با اختلال رفتاری را کودکی می داند که رفتارهایش به اندازه ای نامناسب است که شرکت او در کلاس درس باعث از هم گسیختن حواس یا آشفتگی ذهنی سایر همسالان باشد و نیز فشاری بیش از حد به معلم وارد کند (برزگر، ۱۳۹۱). کرک^۳، رفتاری را انحرافی یا هیجانی تلقی می کند که ضمن نامناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه گیرانه است. ویژگی این گونه رفتارها، آن است که اولاً تأثیر منفی بر فرآیند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط دارد؛ ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران و استفاده آنان از شرایط به وجود می آورد (سیف، ۱۳۹۵).

بر طبق نظر هرینگ^۴ (۱۹۹۳) کودکی که به علت جسمی یا تاثیرات محیطی به طور مزمن دارای یکی از ویژگی های زیر باشد، کودکی با اختلال رفتاری است:

۱- ناتوانی در یادگیری متناسب با بهره هوشی، توانایی حسی- حرکتی و رشد فیزیکی

۲- ناتوانی در پاسخ گویی به شرایط زندگی روزمره

۳- ناتوانی در ایجاد و حفظ روابط اجتماعی مناسب

۴- رفتارهای افراطی (فعالیت بیش از اندازه، بیش فعالی و یا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیرانه).

با توجه به تعاریف فوق الذکر، اختلال رفتاری نیز نوعی رفتار نابهنجار می باشد که در اینجا ملاک های آن مورد بررسی قرار می گیرد. بر اساس نظریات مختلف، برای تفکیک رفتار بهنجار از اختلال رفتاری چندین ملاک وجود دارد که در ادامه به برخی از آنها اشاره می شود:

الف) تناسب با سن: کودکان در سنین گوناگون به گونه های متفاوت رفتار می کنند. بنابراین کسانی که با کودکان کار می کنند باید با دامنه رفتار در سنین مختلف آشنا باشند تا بتوانند رفتار بهنجار را از نابهنجار تفکیک کنند. به عبارت دیگر از جایی که کودکان به سرعت و غیرمنتظره تغییر می کنند، نمی توان کارکرد آنان را بدون در نظر گرفتن چهارهای سنی - رشدی ارزیابی کرد (نلسون و همکاران^۵، ۲۰۰۳).

ب) تداوم: هنگام بررسی درباره اختلالات رفتاری کودکان همواره باید دقت کرد که رفتار دشوار از چه زمانی شروع شده، چه نوسانی داشته و به چه صورت ادامه داشته است. با توجه به اینکه بعضی از رفتارهای دشوار کودکان در مراحل خاصی از رشد بروز می کند، از این رو زمانی می توان آن ها را اختلال نامید که بعد از این دوره رشد نیز ادامه داشته باشد. برای مثال مکیدن انگشت در دوره شیرخوارگی یک عمل طبیعی محسوب می شود، ولی اگر این عمل در مراحل بعدی رشد به شدت ادامه یابد و منجر به بروز مشکلات دیگر از جمله گوشه گیری، پرخاشگری و غیره شود، اختلال محسوب می شود (نلسون و همکاران^۶، ۲۰۰۳).

ج) هنجارهای اجتماعی - فرهنگی: شاید جامع ترین ملاک برای قضاوت در مورد اختلالات رفتاری کودکان نقش هنجارهای اجتماعی - فرهنگی باشد که سال ها قبل توسط انسان شناسی به نام بندیک^۶ (۱۹۳۴) به صورتی موثر شرح داده شده است. وی پس از مطالعه وسیعی که در مورد فرهنگ های مختلف به عمل آورد ابراز داشت که هر جامعه رفتارهای معینی را انتخاب می کند که مناسب آن است و افراد خود را به

¹ Sapington

² Pitt

³ Crack

⁴ Herring

⁵ Nelson et al

⁶ Benedict

گونه‌ای پرورش می‌دهند که طبق آن عمل کنند. افرادی که بر اثر موضع‌گیری‌های قبلی، سرشت، خلق و خو و یا تجربه‌های اکتسابی این رفتارها را از خود بروز ندهند، اجتماع آن‌ها را افرادی کج‌رو و منحرف می‌شناسد. انحراف این افراد همیشه نسبت به معیارهای اجتماع سنجیده می‌شود. هنجارهای فرهنگی، در مورد کودکان و بزرگسالان هر دو مصداق دارد (نلسون و همکاران، ۲۰۰۳).

د) دامنه اختلال: مشکلات محدود، نگرانی کمتری را ایجاد می‌کنند، در حالی که مشکل هرچه فراگیرتر باشد، موجب نگرانی بیشتر می‌شود. علائم منحصر به فرد ممکن است جای نگرانی زیادی نداشته‌باشد، در حالی که هرچه علائم شدیدتر و متنوع‌تر و بیشتر می‌شوند، مشکلات و در نتیجه نگرانی‌ها و ناتوانی‌های بیشتری را بوجود می‌آورند و در نتیجه قضاوت در مورد ناهنجار بودن رفتار آسان‌تر خواهد بود (نلسون و همکاران، ۲۰۰۳).

ه) تناسب با جنس: یکی از یافته‌های بارز در زمینه اختلال‌های رفتاری کودکان این است که در پسران، اختلال‌های رفتاری از تنوع و گستردگی بیشتری در مقایسه با دختران برخوردار است. این گستردگی شامل اختلال شدید روانی، تحرک بیش از حد، خیس کردن رخت خواب، رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات یادگیری است. در دختران اختلال‌های روانی بیشتر شامل مساله کم‌رویی شدید، ترس و اضطراب و گلایه از وضعیت جسمانی و مشابه آن است (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۷).

در منابع مختلف انواع گوناگونی از مشکلات رفتاری ذکر شده است؛ از جمله مشکلات برون ریز و درون ریز که مشکلات برون ریز مانند پرخاشگری، طغیان رفتاری، و... و مشکلات درون ریز مانند افسردگی، اضطراب و... است که به برخی از آن‌ها در زیر اشاره شده است:

الف) بیش‌فعالی - نقص توجه: یکی از مشکلات نسبتاً شایع کودکان دبستانی است. از برجسته‌ترین ویژگی‌های این اختلال، بی‌قراری افراطی و فراخانی توجه بسیار ضعیف است که به رفتار فاقد سازمان و هدف منجر می‌شود. این نوع کودکان در پیگیری آموزش و به پایان رساندن تکالیف مشکلات عدیده‌ای دارند. آنها اغلب نمی‌توانند حتی به یاد آورند که باید چه کار کنند. مطالعات اخیر پیرامون هوشیاری این کودکان نشان می‌دهد که هوش این کودکان از توزیع بهنجار متفاوت نیست، به این معنی که پیوستار هوشی آنها از سرآمدی (هوشیاری ۱۱۵ به بالا) تا عقب‌ماندگی ذهنی را شامل می‌شود (فیرس، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

ب) اختلال سلوک: نوع دیگر از رفتارهای پرخاشگرانه که اغلب پیامدهای آن جدی‌تر از بازی نافرمانی است، اختلال سلوک نام دارد. این افراد به هنجارهای اجتماعی و قواعد رفتاری که متناسب با سن آنهاست، آشکارا بی‌اعتنا هستند. برخی از آنها پرخاشگرند، نزاع می‌کنند، از داخل یا خارج از خانه دزدی می‌کنند. دروغ می‌گویند، دیگران را تهدید می‌کنند، از خانه و مدرسه فرار می‌کنند، در سنین اولیه درگیر مسائل جنسی می‌شوند، به عضویت گروه‌های بزهکار درمی‌آیند، اموال دیگران را از بین می‌برند و معمولاً چنین کودکانی دوستی نداشته و یا دوستان بسیار اندکی دارند (فیرس، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

ج) اختلال لجبازی - نافرمانی: در این اختلال، کودک به شیوه‌ای منفی‌گرایانه، خصمانه و توأم با نافرمانی در مقابل اشکال قدرت عمل می‌نماید. اما برخلاف اختلال سلوک، این رفتارها منجر به نقض جدی قانون و پایمال شدن حقوق دیگران نمی‌شود. برجسته‌ترین ویژگی‌های تشخیصی این اختلال عبارتند از: جر و بحث کردن با بزرگسالان، بی‌اعتنایی به دستورات، ایجاد مزاحمت برای دیگران، کینه‌توزی و پرخاشگری و سرزنش دیگران (فیرس، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

د) پرخاشگری: خشم و غیظ نمایانگر تعارض بین خود و شخصیت در حال رشد کودک با شخصیت و نگرش‌های والدین است. هرگاه او بفهمد که از طریق عصبانی شدن به خواسته‌هایش می‌رسد و می‌تواند توجه بسیاری را به خود جلب کند و اضطراب در والدین به وجود بیاورد خشم و غیظ خود را تکرار می‌کند. منشأ پرخاشگری خشم است، اگر خشم باعث آسیب رساندن به دیگران باشد به آن پرخاشگری گویند. کودک پرخاشگر جیغ می‌زند، به قصد اذیت دیگران فحاشی می‌کند، اشیایی که در دسترسش باشد می‌شکند، با دیگران دعوا می‌کند، نظم عمومی را برهم می‌ریزد به دیگران حمله‌ور می‌شود، از مدرسه فرار می‌کند و آرامش کلاس را برهم می‌ریزد برای یافتن راه‌های درمان هر عارضه و مشکل ابتدا باید علت ایجاد و بروز هر مشکل را پیدا کرد و با علت‌یابی مسلم است که درمان نیز سریع‌تر و منطقی‌تر انجام می‌گیرد. قبل از بیان علل پرخاشگری باید بگوییم که بسیاری از رفتارها ممکن است به طور معمول پرخاشگری تلقی نشود اگر کودکی در را با لگد باز کند و با این کار به شخصی که پشت در ایستاده آسیب برساند. به این کار پرخاشگری نمی‌گوئیم مگر اینکه کودک از پیش بداند پشت در چه کسی ایستاده است. پرخاشگری وسیله‌ای از پرخاشگری خصمانه جدا است. پرخاشگری وسیله‌ای رفتاری است در جهت رسیدن به هدفی، که بیشتر پرخاشگری‌های بین کودکان کوچک از نوع وسیله‌ای است که این نوع پرخاشگری به خاطر متعلقات است. کودکان از یکدیگر اسباب بازی می‌قاچند، یکدیگر را هل می‌دهند تا با اسباب بازی‌ای که می‌خواهند بازی کنند (فیرس، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

ه) افسردگی: تشخیص افسردگی در بچه‌ها نسبت به بزرگسالان سخت‌تر بوده و والدین و مسئولان تربیتی به راحتی متوجه نمی‌شوند، از جمله شایع‌ترین علائم در کودکان افسرده به شرح زیر می‌باشد:

-چسبیدن به والدین و پرستاران

-نرفتن به مدرسه و ترس های شدید

افسردگی در سنین پایین با دردهای جسمی مثل دل درد، سردرد نیز ارتباط دارد. با بالا رفتن سن کودک و رسیدن به نوجوانی افسردگی به صورت:

-بدخلقی

-شرکت نکردن در فعالیت های خانوادگی

-کم وزنی یا چاقی

-بی رمقی

-احساس بی ارزشی

-احساس گناهکار بودن

-و فکر کردن به خودکشی بروز می کند.

برای تشخیص افسردگی در سنین پایین تقریباً از همان معیارهای بزرگسالان استفاده می کنند. اما باید در نظر گرفت با بالا رفتن سن بعضی نشانه ها از بین می رود. درد های بدنی، زود خشمگین شدن، و انزوا از جمع ها در کودکان بیشتر دیده می شود. اما فکر و حرکات آهسته و خواب زیاد در کودکان افسرده بروز نمی کند (فیرس، ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

و) اضطراب: برای کودکی که نمی تواند به آرامی بنشیند و توجه کند، برای مدرسه آماده شود و در کلاس یا خانه تمرکزش را حفظ کند مشکلات زیادی به وجود خواهد آمد. اما این علایم همیشه به اختلال بیش فعالی - نقص توجه ربط داده نمی شوند، مشکل شاید اضطراب باشد! اضطراب ممکن است حالتی ارثی باشد، و این حالت چندان غیر معمول نیست. در معیار تشخیصی - DSM IV TR، ۴/ کودکان از اضطراب جدایی رنج می برند و ۵/ از مردم از اضطراب عمومی در سراسر زندگی شان رنج می برند (و بسیاری از این افراد اضطرابشان را در سبکهای ارتباط نادرست با فرزندانشان، به آنها می آموزند). اضطراب در کودکان در دوره هایی در طی رشد قابل انتظار هستند و این حالتها طبیعی در نظر گرفته می شوند. (برای مثال روز اول مدرسه) برخی کودکان ممکن است از کمرویی بیش از اندازه و یا دشواری در تطابق با موقعیت جدید در رنج باشند. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشاء ناشناخته، که به فرد دست می دهد و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژی است. وقوع مجدد موقعیت هایی که قبلاً استرس زا بوده اند یا طی آنها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می شود. از علایم اضطراب می توان موارد زیر را نام برد:

- احساس خستگی؛

-عصبی بودن و بی قراری؛

-ترس و نگرانی؛

-بی خوابی یا بدخوابی؛

-تپش قلب و تنفس نامنظم و سریع؛

-عرق کردن؛

-سردرد و سرگیجه؛

-مشکل در تمرکز و حافظه؛

-لرزش یا پرش عضلات؛

بسیاری از اوقات خانواده ها هم متوجه مشکلات رفتاری نمی شوند و حتی متخصصین نیز ممکن است در تشخیص و تفکیک این مشکلات از یکدیگر دچار اشتباه یا مشکل شوند. از طرفی، با توجه به تغییرات سریع فرهنگی و تکنولوژیکی جامعه و بروز گسست فرهنگی و بین نسلی در جامعه (تبدیل شدن جامعه سنتی به صنعتی) ممکن است وجود ابزارهای قدیمی در جامعه کنونی از کارآمدی چندانی برخوردار نباشند. برای مثال از زمان آماده سازی برخی از پرسشنامه های حیطه مشکلات رفتاری، نظیر پرسشنامه های راتر، آخنباخ و حتی نسخه های ۲۷ و ۴۵ سوالی مقیاس کانرز بیش از دو دهه می گذرد. علاوه بر این، به استثنای پرسشنامه آخنباخ، سایر پرسشنامه های یادشده از جامعیت لازم برای سنجش مشکلات رفتاری برخوردار نیستند. بنابراین وجود ابزاری پایا و قوی که بتواند طیف مشکلات کودکان را از جمله پرخاشگری، افسردگی و بیش فعالی - کم توجهی، اضطراب و موارد دیگر را بتواند به خوبی بررسی و ارزیابی کند، لازم است. از آنجا که تعداد ابزارهایی که دارای محتوای مناسب بوده و می توانند به یکباره کودک را از چندین منظر ارزیابی و از حیث وجود مشکل یا اختلال، شناسایی کنند، چندان در دسترس نیستند، بنابراین یکی از مسائل اصلی پژوهش حاضر، هنجاریابی یک ابزار مناسب جهت سنجش مشکلات رفتاری است. این مسأله با توجه به تغییرات به عمل آمده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) نمود بیشتری پیدا می کند. به طور مثال در حال حاضر تغییرات زیادی در طبقه بندی و تعریف و همچنین ملاک های تشخیصی مشکلاتی نظیر ADHD، اختلال سلوک و برخی دیگر از مشکلات رفتاری ایجاد شده است.

یکی از ابزارهای جامعی که در سال های اخیر، پتانسیل آن برای سنجش مشکلات رفتاری به خوبی آشکار شده است، آخرین تجدیدنظر به عمل آمده در مقیاس سنجش رفتاری کانرز است. این مقیاس که به مقیاس کانرز ۳ موسوم است، ابزاری است که واجد قابلیت های نظیر مولفه های تشخیصی، اعتبارسنجی و پژوهشی مناسبی است. آنچنان که این آزمون در سال های اخیر در کشورهای مختلف مورد استفاده متخصصان و پژوهشگران قرار گرفته است و همچنین از نظر وجود متغیرهای گوناگون دارای جامعیت خوبی است و می تواند کودک و نوجوان را از جنبه های مختلف ارزیابی کند. مقیاس درجه بندی کانرز در زمره پرسشنامه های معتبر مورد استفاده در دنیا جهت سنجش مشکلات رفتاری کودکان قرار دارند. این پرسشنامه در بین مقیاس های مختلف سنجش رفتاری کودکان به سبب داشتن چندین خصوصیت کاربرد، وسیعی در دنیا داشته است. به طور مثال این ابزار در پیدا کردن کودکان دچار مشکل بیش فعالی و کم توجهی یا کودکان پرخاشگر و موارد دیگر، مفید خواهد بود. استفاده وسیع در تشخیص های بالینی و همچنین روانی و پایایی مطلوب در فرهنگ های مختلف از خصوصیات برجسته این مقیاس است. با توجه به خرده مقیاس های این ابزار از جمله پرخاشگری بیش فعالی سلوک و غیره می تواند در تشخیص برای روان شناسان و روانپزشکان بسیار کارآمد باشد و با توجه به اینکه در کشور مورد استفاده قرار نگرفته است، ضرورت دارد که این ابزار برای جامعه ایرانی اعتباریابی شود.

مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ دارای سه فرم می باشد شامل: فرم خودسنجی، فرم والدین و فرم معلم، که برای محدوده های سنی کودکی و نوجوانی قابل کاربرد هستند. به جهت اینکه والدین بیشترین ارتباط را با فرزندان خود دارند، آماده سازی فرم والدین به منظور استفاده پژوهشی و تشخیصی، از اولویت بیشتری برخوردار است. افزون بر این، هرچند بسیاری از مشکلات رفتاری ممکن است از همان بدو تولد وجود داشته باشد، اما بسیاری از مشکلات رفتاری با ورود به مدرسه است که آشکار می شوند. آمارها نیز حکایت از نرخ قابل توجه مشکلات رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی دارد. برای نمونه نتایج پژوهش نشان داده است که میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان رواج زیادی دارد. براساس طبقه بندی بالینی در مقیاس نظام مبتنی بر تجربه ۲۰/۳ درصد در طبقه بالینی و ۵/۸ درصد در طبقه مرزی است. در طبقه بالینی، بیشترین فراوانی به اختلالات درونی سازی و کمترین فراوانی به اختلالات اضطرابی اختصاص دارد. در طبقه مرزی نیز بیشترین فراوانی به افسردگی و کمترین فراوانی به مشکلات تفکر اختصاص دارد. در نتیجه درصد بالایی از مشکلات رفتاری در دانش آموزان وجود دارد که نیازمند طراحی برنامه های آموزشی و مداخلات روانشناختی است (غباری بناب و همکاران، ۱۳۸۶). در این زمینه تحقیقاتی نیز انجام شده است از جمله:

پائولو مورالس^۷ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود، ویژگی های روان سنجی مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ را مورد بررسی قرار دادند. این محققان که مطالعه خود را در ارتباط با دانش آموزان اسپانیایی انجام دادند، از دو فرم معلم و والدین این پرسشنامه جهت سنجش مشکلات رفتاری دانش آموزان استفاده کردند. اطلاعات آنها از نمونه معلمان (به تعداد ۱۷۹۶ نفر) و سپس از والدین (به تعداد ۸۸۲ نفر) جمع آوری شد. سن کودکان به ترتیب از کودکان ۴-۵ ساله و ۱۰-۱۱ ساله است و آلفای کرونباخ برای گروه معلمان و والدین به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ گزارش شده است. مقیاس کانرز ۳ توسط گالانت^۸ و همکاران (۲۰۰۸) مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعات ثبات درونی، پایایی بازآزمایی و بازخورد و قابلیت اعتماد بیننده را مورد ارزیابی قرار داد. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه گیری شد که برای والدین، معلم و فرم های دانش

^۷ Paulo morales^۸ Gallant

آموز گزارش، نمره آلفا به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ بود. ضریب اطمینان متوسط برای مقیاس های علائم DSM-IV-TR برای والدین، معلم و گزارش خود ۰/۹۰، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ بود و در نهایت، آلفای کرونباخ برای مقیاس های اعتبارسنجی این سه فرم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۲ و ۰/۵۶ بود و برای اطمینان مجدد در فواصل ۴ هفته ای ضرایب همبستگی متوسط برای مقیاس محتوا به ترتیب برای والدین معلم و فرم خودسنجی نمرات ۰/۸۵، ۰/۹۴ و ۰/۸۸ بدست آمد. ضریب پایای متوسط برای برای مقیاس های علائم DSM-IV-TR برای این سه فرم به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۸۵ بود. در فرانسه نیز نسخه کوتاه فرم والدین مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ توسط فاموکس و همکاران (۲۰۱۶) بر روی ۷۹۵ نفر از کودکان و نوجوانان بین سنین ۹ تا ۱۹ اجرا شد که نتایج نشان داد با توجه به ضریب رضایت بخش و دارا بودن پایایی مناسب ۰/۸۲ مناسب این آزمون می تواند ابزار مناسبی در مورد اختلال کم توجهی، بیش فعالی و دیگر مشکلاتی که ارزیابی می کند به شمار آید.

مرور پژوهش های داخلی حاکی از آن است که مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ تاکنون در ایران مورد استفاده بالینی و بررسی پژوهشی قرار نگرفته است. با این حال، نسخه های قبلی این ابزار در ایران بکار گرفته شده است. در این خصوص، شهیم و همکاران (۱۳۸۵) پژوهشی در جهت هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی فرم معلم مقیاس درجه بندی کانرز بر روی گروهی از دانش آموزان دبستانی در شیراز انجام دادند. ابتدا مقیاس توسط گروه مترجمان ترجمه و با فرهنگ ایرانی منطبق شد و در یک بررسی مقدماتی توسط معلمان مورد ارزیابی و داوری قرار گرفت. ساختار عاملی مقیاس با استفاده از روش تحلیل عوامل با مؤلفه های اصلی و سپس چرخش واریماکس بررسی شد. از تحلیل عوامل ۵ عامل مشکلات سلوک، بیش فعالی، بی توجهی -روپاردازی، اضطراب -خجالتی و انفعالی بودن به دست آمد. پایایی مقیاس با روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۶، برای زیرمقیاس ها از ۰/۶۸ برای انفعالی بودن تا ۰/۸۲ برای مشکلات سلوک، متغیر بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ تا و برای زیر مقیاس ها از ۰/۷۴ برای بیش فعالی تا ۰/۸۹ برای بی توجهی رویاپردازی متغیر بود. در این مطالعه، بین نمره های دو گروه سنی، ۶ تا ۸ سال و ۱۱ ماه و ۹ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه، تفاوت معنا داری وجود نداشت. مقایسه بین دو جنس نشان داد پسرها در نمره کل و در زیر مقیاس های مشکلات سلوک و بیش فعالی نمره های بیشتری، نسبت به دخترها کسب کردند. با توجه به یافته های با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰، نمره های خام دختر ها و پسر ها به طور جداگانه به نمره های استاندارد معیار ۱۰ برای نمره کل و زیر مقیاس ها تبدیل گردید. در پژوهشی دیگر شهائیان و همکاران (۱۳۸۵) فرم کوتاه والدین مقیاس درجه بندی کانرز را به جهت هنجاریابی و تعیین روایی و پایایی آن در دبستانی در شیراز مورد بررسی قرار دادند. این پژوهش روی ۵۹۸ کودک (۲۹۲ دختر و ۳۰۶ پسر) به روش نمونه گیری طبقه ای بر اساس سن و جنس انتخاب شدند و والدین پرسشنامه را برای این کودکان تکمیل نمودند. ضریب بازآزمایی ۰/۵۸ برای نمره کل و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل معادل ۰/۷۳ بود و این مطالعه نمرات گروه های سنی ۶ تا ۸ سال و ۱۱ ماه و ۹ تا ۱۱ سال و ۱۱ ماه تفاوت معنی داری وجود نداشت.

با توجه به نکات فوق و شیوع مشکلات رفتاری در بین دانش آموزان تحقیق و با توجه به نیاز جامعه و با در نظر گرفتن میزان مراجعاتی که به کلینیک های روان شناسی و روان پزشکی، مهدکودک ها و مدارس می شود، هدف اصلی تحقیق حاضر آماده سازی و هنجاریابی فرم والدین مقیاس کانرز ۳ برای دانش آموزان ۷ تا ۱۰ ساله ایرانی است. در واقع مسأله اصلی تحقیق این است که آیا این ابزار از قابلیت روانسنجی مناسبی جهت سنجش مشکلات رفتاری برخوردار است؟ و اینکه نمرات هنجار این ابزار در بین کودکان ایرانی ۷ تا ۱۰ ساله چگونه است؟

روش پژوهش

در پژوهش کاربردی حاضر که با روش توصیفی (همبستگی) انجام شد، جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان ۷ تا ۱۰ ساله شهر تهران و والدین شان بود. نمونه پژوهش شامل ۵۷۰ نفر (۲۲۰ دختر و ۳۵۰ پسر) از دانش آموزان بود که با استفاده از نمونه گیری خوشه ای تصادفی از مدارس ابتدایی موجود در مناطق ۱ و ۱۴ شهر تهران انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها، شامل مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ فرم والدین بود که توسط کانرز و همکاران (۲۰۰۸) تهیه شده است. این مقیاس که تجدید نظر شده نسخه های قبلی است، در سه فرم والدین، معلم و خودسنجی ارائه شده است. فرم والدین دارای ۱۰۵ گویه است که شش شاخص اصلی را مورد سنجش قرار می دهد: بی توجهی، بیش فعالی/تکانش گری، مشکلات یادگیری، کارکرد اجرایی، پرخاشگری و روابط با همسالان. علاوه بر این مقیاس، برخی از اختلالات موجود در DSM-IV-TR مورد بررسی قرار گرفته است که شامل نقص در توجه/بیش فعالی عمدتاً از نوع بی توجهی، نقص در توجه/بیش فعالی عمدتاً از نوع بیش فعالی/تکانش گری، اختلالات سلوک و اختلال نافرمانی مقابله ای است. این مقیاس همچنین دارای سوالاتی برای غربالگری اضطراب و افسردگی، اختلال سلوک شدید، شاخص بی ثباتی و یک شاخص کلی است. علاوه بر این مقیاس شاخص هایی برای اعتمادپذیری مقیاس در نظر گرفته شده است که شامل وانمودسازی مثبت و منفی است. گفتنی است تمرکز اصلی این پژوهش بر مؤلفه های اصلی مقیاس است. نمره گذاری گویه های شماره ۱، ۸، ۹، ۳۱، ۳۸، ۴۴ و ۷۲ به صورت معکوس است.

جهت گردآوری اطلاعات، پس از انجام هماهنگی‌های لازم و معرفی هدف پژوهش، نسخه‌ای از پرسشنامه در مدارس انتخاب شده به دانش‌آموزان تحویل شد تا توسط والدین تکمیل و برگردانده شود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-AMOS 24 انجام شد. علاوه بر آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، از تحلیل عاملی تأییدی جهت بررسی روایی سازه‌ای و از ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی مقیاس استفاده شد. علاوه بر این هنجاریابی مقیاس با استفاده از محاسبه نمرات استاندارد معادل با نمرات خام انجام شد که جهت رعایت حقوق پژوهشگران، در این مقاله گزارش نشده‌اند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ فراوانی، درصد و درصد تراکمی سن دانش‌آموزان را نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی، درصد و درصد تراکمی سن دانش‌آموزان

سن	F	P	C.P
۷ سال	۴۰	۷/۰۲	۷/۰۲
۸ سال	۱۲۰	۲۱/۰۵	۲۸/۰۷
۹ سال	۲۷۹	۴۸/۹۵	۷۷/۰۲
۱۰ سال	۱۳۱	۲۲/۹۸	۱۰۰
کل	۵۷۰	۱۰۰	

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، ۷/۰۲ درصد دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش دارای ۷ سال سن، ۲۱/۰۵ درصد دارای ۸ سال سن، ۴۸/۹۵ درصد دارای ۹ سال سن و ۲۲/۹۸ درصد دارای ۱۰ سال سن بوده‌اند. گفتنی است سن ۷ تا ۱۰ سال به ترتیب متعلق به دانش‌آموزان پایه‌های اول تا چهارم ابتدایی بود.

جهت بررسی روایی سازه‌ای شاخص‌های مقیاس، گویه‌های مربوط به هر شاخص با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۲ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد بی‌توجهی را نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های بعد بی‌توجهی

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۱۲	۱/۰۰	۰/۳۲			۰/۰۰۰۱
۲۳	۱/۲۵	۰/۳۶	۰/۳۱	۴/۰۳	۰/۰۰۰۱
۲۸	۱/۷۳	۰/۲۱	۰/۲۴	۳/۰۲	۰/۰۰۰۳
۴۴	۱/۸۷	۰/۲۷	۰/۲۵	۳/۵۱	۰/۰۰۰۸
۴۷	۱/۱۴	۰/۳۹	۰/۲۷	۴/۱۷	۰/۰۰۰۱
۴۹	۱/۹۵	۰/۳۰	۰/۲۶	۳/۷۲	۰/۰۰۰۱
۶۷	۱/۹۱	۰/۲۸	۰/۲۵	۳/۶۰	۰/۰۰۰۱
۷۷	۱/۸۱	۰/۲۵	۰/۲۴	۳/۳۷	۰/۰۰۰۱
۸۸	۱/۱۱	۰/۳۹	۰/۲۷	۴/۱۷	۰/۰۰۰۱
۹۵	۱/۶۳	۰/۲۴	۰/۱۹	۳/۲۸	۰/۰۰۰۱

مطابق با نتایج موجود در جدول فوق، گویه‌های شماره ۲۸، ۴۴، ۶۷، ۷۷ و ۹۵ از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند و بنابراین در محاسبه نمره نهایی بعد بی‌توجهی لحاظ نشدند. در مجموع ۵ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود. جدول ۳ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد بیش‌فعالی/ تکانش‌گری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد بیش‌فعالی/تکانش‌گری

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۱۹	۱/۰۰	۰/۲۸			۰/۰۰۰۱
۴۳	۰/۶۴	۰/۱۷	۰/۲۵	۲/۵۴	۰/۰۱
۴۵	۱/۵۴	۰/۴۰	۰/۳۸	۴/۰۰	۰/۰۰۰۱
۵۰	۱/۸۱	۰/۲۴	۰/۲۵	۳/۲۱	۰/۰۰۱
۵۲	۱/۸۷	۰/۲۵	۰/۲۷	۳/۲۹	۰/۰۰۱
۵۴	۱/۷۴	۰/۱۹	۰/۲۷	۲/۷۲	۰/۰۰۷
۵۵	۱/۰۸	۰/۲۶	۰/۳۲	۳/۳۷	۰/۰۰۰۱
۶۱	۱/۶۰	۰/۱۸	۰/۲۳	۲/۶۵	۰/۰۰۸
۶۹	۱/۱۰	۰/۳۰	۰/۳۱	۳/۵۷	۰/۰۰۰۱
۷۱	۱/۱۹	۰/۲۸	۰/۳۴	۳/۵۱	۰/۰۰۰۱
۹۳	۱/۷۲	۰/۳۰	۰/۲۱	۳/۵۱	۰/۰۰۰۱
۹۸	۱/۰۱	۰/۳۱	۰/۲۸	۳/۶۶	۰/۰۰۰۱
۹۹	۱/۳۲	۰/۳۳	۰/۳۵	۳/۷۷	۰/۰۰۰۱
۱۰۴	۱/۰۱	۰/۳۰	۰/۲۹	۳/۵۴	۰/۰۰۰۱

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، گویه‌های شماره ۱۹، ۴۳، ۵۰، ۵۲، ۵۴، ۵۵ و ۶۱ از ۷۱ بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند و بنابراین در محاسبه نمره نهایی بعد بیش‌فعالی/تکانش‌گری لحاظ نشدند. در مجموع ۶ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود. جدول ۴ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد مشکلات یادگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های بعد مشکلات یادگیری

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۵	۱	۰/۴۶			۰/۰۰۰۱
۷	۱/۲۰	۰/۳۸	۰/۲۳	۵/۱۹	۰/۰۳
۹	۰/۴۵	۰/۱۳	۰/۲۱	۲/۱۹	۰/۰۰۰۱
۱۵	۰/۸۹	۰/۲۸	۰/۲۱	۴/۳۰	۰/۰۰۰۱
۳۶	۱/۱۴	۰/۴۳	۰/۲۰	۵/۵۷	۰/۰۰۰۱
۵۱	۱/۰۲	۰/۳۱	۰/۲۲	۴/۶۳	۰/۰۰۰۱
۵۳	۰/۹۹	۰/۳۰	۰/۲۲	۴/۵۰	۰/۰۰۰۱
۶۰	۱/۰۹	۰/۴۰	۰/۲۰	۵/۳۷	۰/۰۰۰۱
۸۷	۰/۸۰	۰/۳۰	۰/۱۹	۴/۲۸	۰/۰۰۰۱

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، گویه‌های شماره ۹ و ۱۵ از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند و بنابراین در محاسبه نمره‌هایی بعد مشکلات یادگیری لحاظ نشدند. در مجموع ۷ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود. جدول ۵ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد کارکرد اجرایی را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های بعد کارکرد اجرایی

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۳۴	۱	۰/۳۲			۰/۰۰۰۱
۳۷	۱	۰/۳۲	۰/۲۷	۳/۶۵	۰/۰۰۰۱
۶۳	۰/۸۶	۰/۲۷	۰/۲۶	۳/۳۳	۰/۰۱
۷۲	۰/۷۰	۰/۱۸	۰/۲۸	۲/۵۴	۰/۰۰۰۱
۷۵	۱/۰۶	۰/۳۰	۰/۳۱	۳/۴۹	۰/۰۰۰۱
۷۹	۰/۸۸	۰/۳۷	۰/۲۳	۳/۸۷	۰/۰۰۰۱
۸۴	۰/۹۹	۰/۳۷	۰/۲۵	۳/۸۸	۰/۰۰۰۱
۹۰	۰/۷۵	۰/۲۶	۰/۲۳	۳/۲۷	۰/۰۰۱
۹۷	۰/۷۴	۰/۲۷	۰/۲۲	۳/۳۴	۰/۰۰۰۱

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، گویه‌های شماره ۶۳، ۷۲، ۹۰ و ۹۷ از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند و بنابراین در محاسبه نمره بعد کارکرد اجرایی لحاظ نشدند. در مجموع ۵ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود. جدول ۶ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد پرخاشگری را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های بعد پرخاشگری

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۱۶	۱/۰۰	۰/۳۶			۰/۰۰۰۱
۲۲	۰/۷۰	۰/۳۴	۰/۱۴	۴/۹۳	۰/۰۰۰۱
۲۷	۰/۵۹	۰/۳۱	۰/۱۳	۴/۶۹	۰/۰۰۰۱
۳۰	۱/۰۴	۰/۴۱	۰/۱۹	۵/۳۷	۰/۰۰۰۱
۳۹	۰/۷۷	۰/۳۸	۰/۱۵	۵/۲۲	۰/۰۰۰۱
۴۶	۰/۸۸	۰/۳۵	۰/۱۸	۴/۹۸	۰/۰۰۰۱
۴۸	۰/۸۵	۰/۳۴	۰/۱۷	۴/۹۰	۰/۰۰۰۱
۵۷	۰/۴۳	۰/۲۱	۰/۱۲	۳/۵۵	۰/۰۰۰۱
۵۸	۰/۴۴	۰/۲۶	۰/۱۱	۴/۱۸	۰/۰۰۰۱
۶۵	۰/۵۳	۰/۳۰	۰/۱۲	۴/۴۴	۰/۰۰۰۱
۸۳	۰/۶۲	۰/۳۴	۰/۱۳	۴/۸۷	۰/۰۰۰۱
۸۶	۰/۸۰	۰/۴۴	۰/۱۴	۵/۵۸	۰/۰۰۰۱
۹۴	۰/۳۸	۰/۱۶	۰/۱۳	۲/۸۹	۰/۰۰۰۴
۱۰۲	۰/۷۷	۰/۲۸	۰/۱۸	۴/۳۲	۰/۰۰۰۱

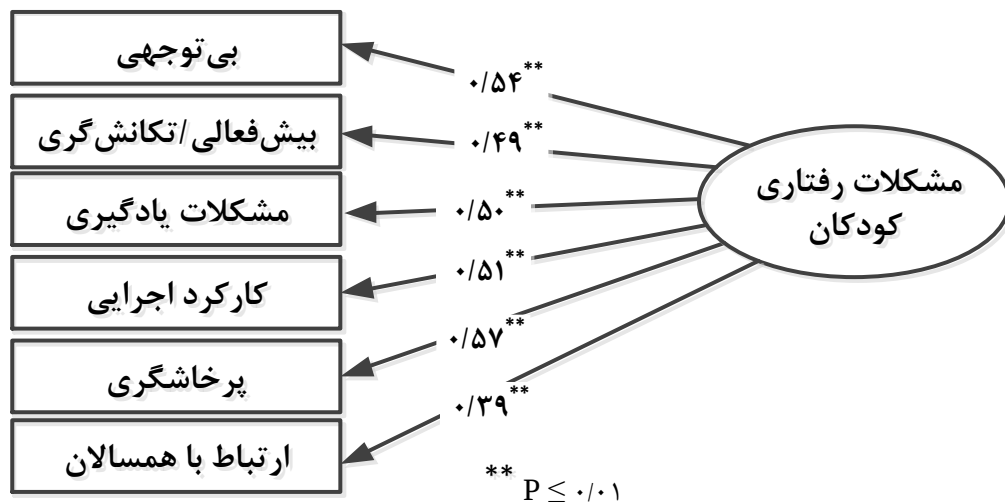
همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، گویه‌های شماره ۵۷، ۵۸، ۹۴ و ۱۰۲ از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند و بنابراین در محاسبه نمره بعد پرخاشگری لحاظ نشدند. در مجموع ۱۰ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود. جدول ۷ نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های مربوط به بعد رابطه با همسالان را نشان می‌دهد.

جدول ۷: نتایج تحلیل عاملی تأییدی گویه‌های بعد مشکلات با همسالان

شماره گویه‌ها	B	β	S/E	T	P
۱۰	۱	۰/۳۳			۰/۰۰۰۱
۱۳	۰/۸۹	۰/۳۲	۰/۲۳	۵/۱۹	۰/۰۰۰۱
۲۴	۱/۲۰	۰/۳۷	۰/۲۱	۴/۱۹	۰/۰۰۰۱
۶۲	۰/۷۴	۰/۳۰	۰/۲۱	۴/۳۰	۰/۰۰۰۱
۶۴	۰/۳۸	۰/۱۳	۰/۲۰	۲/۵۷	۰/۰۰۴
۹۲	۰/۷۸	۰/۳۱	۰/۱۹	۴/۲۸	۰/۰۰۰۱

همانگونه که در نمودار فوق ملاحظه می‌شود، گویه شماره ۶۴، از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بود و بنابراین در محاسبه نمره بعد مشکلات با همسالان لحاظ نشد. در مجموع ۵ گویه از بار عاملی کافی برخوردار بود.

پس از انجام نمره‌گذاری، مؤلفه‌های اصلی مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین نیز با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت. نمودار ۷-۳ نتایج این تحلیل را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌های مشکلات رفتاری کودکان

همانگونه که در نمودار فوق ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های اصلی مقیاس کانرز ۳ از بار عاملی قابل قبولی بر مشکلات رفتاری کودکان برخوردار بودند. حداقل بار عاملی ۰/۳۹ و حداکثر آن ۰/۵۷ بود. گفتنی است شاخص‌های برازش مدل‌های تحلیل عاملی مطابق با جدول ۸ مطلوب بود.

جدول ۸: شاخص‌های برازش مدل‌های تحلیل عاملی تأییدی

مدل‌های تحلیل عاملی تأییدی	X ² /df	GFI	AGFI	TLI	CFI	RMSEA	PCLOSE
بی توجهی	۲/۵۰	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۸۰	۰/۹۰	۰۵۰/	۰/۴۲
بیش‌فعالی/تکانش‌گری	۰/۷۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰۰۱۰/	۰/۹۹
مشکلات یادگیری	۱/۳۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۷	۰۲۰/	۰/۹۵
کارکرد اجرایی	۰/۶۳	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
پرخاشگری	۱/۴۴	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۰۳	۰/۹۹
رابطه با همسالان	۱/۲۳	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۱	۰/۹۶	۰/۰۲	۰/۸۴
مشکلات رفتاری کودکان	۱/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۲	۰/۹۰
مقادیر قابل قبول	۳<	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۹۰>	۰/۰۸<	۰/۰۵>

در ادامه به منظور بررسی پایایی مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. جدول ۹ مقدار ضریب آلفای کرونباخ ابعاد اصلیمقیاس را نشان می‌دهد.

جدول ۹: ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد اصلی مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین

تعداد آزمودنیها	تعداد سؤالات	ضریب آلفا	ابعاد اصلی مقیاس ی کانرز ۳ نسخه والدین
۵۷۰	۵	۰/۳۵	بی توجهی
۵۷۰	۶	۰/۳۴	بیش فعالی/تکانش گری
۵۷۰	۷	۰/۴۵	مشکلات یادگیری
۵۷۰	۵	۰/۳۰	کارکرد اجرایی
۵۷۰	۱۰	۰/۵۲	پرخاشگری
۵۷۰	۵	۰/۳۵	ارتباط با همسالان
۵۷۰	۳۸	۰/۷۲	مشکلات رفتاری کودکان

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود، ابعاد مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین از همسانی درونی پایینی برخوردار است. با این حال مقیاس کانرز ۳ در مجموع پایایی مطلوبی دارد. جدول ۱۰ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اصلی مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین را به تفکیک در دو گروه دختر و پسر نشان می دهد.

جدول ۱۰: میانگین و انحراف استاندارد ابعاد اصلی مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین

کل		دختر		پسر		ابعاد مقیاس کانرز ۳ نسخه والدین
SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	
۲/۳۷	۳/۷۷	۲/۸۷	۴/۱۱	۱/۹۶	۳/۵۵	بی توجهی
۲/۸۳	۵/۴۷	۳/۴۰	۵/۳۹	۲/۴۱	۵/۵۲	بیش فعالی/تکانش گری
۳/۰۴	۴/۵۸	۳/۶۴	۴/۳۷	۲/۵۹	۴/۷۱	مشکلات یادگیری
۲/۱۷	۳/۶۱	۲/۴۳	۳/۸۵	۱/۹۷	۳/۴۷	کارکرد اجرایی
۳/۵۸	۴/۷۱	۴/۴۰	۴/۹۶	۲/۹۵	۴/۵۶	پرخاشگری
۲/۲۴	۳/۲۶	۲/۴۳	۳/۳۷	۲/۱۱	۳/۱۹	ارتباط با همسالان

$\bar{X}$ = میانگین و SD = انحراف استاندارد

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود، میانگین نمرات ابعاد بی توجهی، کارکرد اجرایی، پرخاشگری و ارتباط با همسالان در دانش آموزان دختر کمی بالاتر است. از طرفی میانگین نمرات بیش فعالی/تکانش گری و مشکلات یادگیری در دانش آموزان پسر کمی بالاتر است.

نتیجه گیری

سوال اصلی تحقیق حاضر این بود که آیا پرسشنامه کانرز ۳ از روایی، پایایی و هنجار مناسب جهت سنجش مشکلات رفتاری دانش آموزان ۷-۱۰ ساله ایرانی برخوردار است؟

در پاسخ به سوال با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و تحلیل داده ها و نتایج روایی پرسشنامه که از طریق تحلیل عاملی تاییدی بدست آمده است نتیجه مطلوب و رضایت بخش می باشد و سولاتی که دارای بار عاملی خوبی می باشند می توانند در تشخیص اختلال یا ابعاد مختلفی که این پرسشنامه کودک را ارزیابی می کند به روان شناس کودک یا روان شناس مدرسه یا مشاور کمک شایانی بدهد و در امر تشخیص بسیار مفید خواهد بود و چه بسا درمان هایی که بر اساس تشخیص های خوب پایه گذاری شده می تواند خانواده و کودک هر دو را در جهت درستی قرار دهد. پایایی کل پرسشنامه مقیاس مشکلات رفتاری کانرز ۳ فرم والدین از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد، اگرچه پایایی این پرسشنامه مقداری ضعیف است اما دلیلی بر عدم ثبات این پرسشنامه نیست. این پژوهش نتایج مشابهی با سایر پژوهش ها داشت. برای مثال در پژوهش شهیم و همکاران (۱۳۸۶) که به منظور تعیین روایی و پایایی و هنجاریابی فرم معلم کانرز ۲ انجام دادند، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس، جهت بررسی همسانی درونی برای نمره کل ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ متغیر بود. همچنین شهائیان (۱۳۸۶) با انجام تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳ را گزارش کرد و از طریق روش بازآزمایی ۰/۵۷ گزارش شده بود، پژوهش حاضر به نتیجه آن بسیار نزدیک است. در مطالعه روزنبرگ و جانی (۱۹۹۵) ضرایب خرده مقیاس ها از ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ گزارش شده بود.

در مورد روایی پرسشنامه که از طریق تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفت در تحلیل گویه های شش مقیاس اصلی در بعد بی توجهی تنها ۵ سوال از ۱۰ سوال و در بعد بیش فعالی و تکانشگری ۶ سوال از ۱۴ سوال، در بعد مشکلات یادگیری ۷ سوال از ۹ سوال، در بعد کارکرد اجرایی ۵ سوال از ۹ سوال، در بعد پرخاشگری ۱۰ سوال از ۱۴ سوال و در آخرین مقیاس اصلی این پرسشنامه یعنی ششمین مقیاس، بعد ارتباط با همسالان ۵ سوال از ۶ سوال دارای بار عاملی مطلوب و رضایت بخشی بود و همچنین در تحلیل داده ها گویه هایی که از بار عاملی کمتر از ۰/۳ برخوردار بودند در محاسبه داده ها لحاظ نشدند. و در مجموعه روایی این ابزار مطلوب و رضایت بخش می باشد. توصیه می شود در صورت تکرار این پژوهش از روش تحلیل عاملی اکتشافی نیز استفاده گردد. و نمره روایی خرده مقیاس ها از بعد روابط با همسالان ۰/۳۹ تا بعد پرخاشگری ۰/۵۷ متغیر بود. در مورد گویه هایی که بدلیل کم بودن بار عاملی در هیچ یک از عوامل قرار نگرفته اند، باید گفت که در فرم کانادایی، این تعداد به ۲۴ گویه می رسد، در فرم بنگالی ۱۳ مورد از گویه ها در هیچ یک از عوامل قرار نگرفته اند (به نقل از شهائیان، ۱۳۸۶).

همچنین جهت بررسی پایایی و همسانی درونی آزمون از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و با توجه به تحلیل یافته ها از خرده مقیاس ها اینگونه بنظر می رسد که خرده مقیاس ها از پایایی و همسانی درونی پایینی برخوردار می باشند و توصیه می شود که این پژوهش مجدداً تکرار و بر روی جامعه آماری بیشتری انجام گیرد.

ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ از ۰/۳۰ برای کارکرد اجرایی تا ۰/۵۲ برای پرخاشگری متغیر بود و ضریب آلفای کل نیز ۰/۷۲ گزارش شد و نتیجه این پژوهش با پژوهش های دیگر نیز همسو بود، شهائیان (۱۳۸۶) در فرم کوتاه والدین ضریب پایایی کل را ۰/۷۳ و برای زیر مقیاس ها از ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ گزارش کرده بود.

به منظور هنجاریابی نمرات تمام ابعاد پرسشنامه کانرز ۳ نسخه والدین، ابتدا از طریق دستورهای موجود در نرم افزار SPSS نمرات خام به نمره استاندارد Z تبدیل شدند. سپس جهت برآورد نمره T نمرات Z در عدد ۱۰ ضرب و حاصل با عدد ۵۰ جمع شد. به منظور ایجاد مبنای اختصاصی برای ارزیابی دانش آموزان دختر و پسر، محاسبه نمرات استاندارد یک بار برای دختران و یک بار برای پسران به طور مجزا انجام شد. نتایج این تحلیل ها در ادامه گزارش شده است و در مجموعه ۶ شاخص اصلی این پرسشنامه در جهت تشخیص بسیار مفید می باشد و همچنین در جهت غربالگری خرده مقیاس های دیگری را که در خود بررسی می کند دارای کارایی مناسب می باشد.

یافته های مربوط به تفاوت های جنسیتی مؤید آن بود که میانگین نمرات ابعاد بی توجهی، کارکرد اجرایی، پرخاشگری و ارتباط با همسالان در دانش آموزان دختر کمی بالاتر است. از طرفی میانگین نمرات بیش فعالی و تکانشگری و مشکلات یادگیری در دانش آموزان پسر کمی بالاتر است که این میانگین با تحقیقاتی که دیگران انجام داده اند به طور کامل همسو نیست که شاید به این دلیل بوده که جمعیت پسران در این تحقیق بیشتر بوده و یا اینکه فهم سوالات دارای پیچیدگی خاصی می باشد که بایستی حضوراً سوالاتی را که احساس می شود نیاز به توضیح بیشتری دارند و یا بایستی شفاف سازی شوند برای خانواده ها توضیح داده شود. اما در مجموعه اختلاف زیادی گروه دختران و پسران باهم ندارند و بیشترین اختلاف در مورد بعد بی توجهی است که میانگین نمره دختران ۴/۱۱ و میانگین نمره پسران ۳/۵۵ گزارش شده و در تحقیقات مشابهی نیز که صورت گرفته تفاوت معنی داری بین گروه دختران و پسران وجود نداشته است. برخی از این مطالعات مثل الحسن

الاود و سونوگا بارک (۲۰۰۲) در سودان و در زمینه مشکلات رفتاری و ماتسورا^۱ و همکاران (۱۹۹۳) در فرهنگ های کره، چین و ژاپن، و در زمینه مشکلات نوروتیک توسط ارزیابی والدین توسط ارزیابی والدین، بین دختران و پسران تفاوت معنی داری به دست نیاوردند.

با توجه به نتایج بدست آمده، در نسخه والدین فرم کامل بدلیل ازدیاد سوالات چنانچه مدیران مدارس اجازه بدهند که پژوهشگر خود توضیحات لازم و حساسیت های مربوط به پرسشنامه را به دانش آموزان مورد آزمون بدهد در زمانی که همه دانش آموزان مورد آزمون حضور دارند مثل زمان زنگ تفریح یا به حین مراسم صبحگاهی آن گاه روایی آزمون بهتراز حال می تواند، اندازه گیری شود و همچنین اگر در جلسه اولیاء و مربیان در طول ترم بشود با خانواده ها صحبت و گفتگو کرد قطعاً نتایج دقیق تر و قابل اطمینان تری به دست می آید. اگر یک جمعیت خیلی بزرگتر که در آن از تمامی از اقشار جامعه یعنی خانواده های پر درآمد و کم درآمد اطلاعات جمع آوری شود هنجار به دست آمده دقیق تر خواهد بود. پیشنهاد می گردد نسخه های دیگر این پرسشنامه (فرم معلم، فرم دانش آموز) نیز هنجار گردد. و نتایج آن مورد تحلیل و بررسی قرار بگیرد و با یکدیگر مقایسه شوند.

- برزگر، احمد رضا. (۱۳۹۱). *اختلالات روانی - رفتاری کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات نامه پارسی.
- سایپینگتون، اندرو. (۱۳۹۴). *بهداشت روانی*. (ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی)، تهران: نشر روان.
- سیف نراقی، مریم. (۱۳۹۵). *اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان و روش های اصلاح و ترمیم آنها (تجدید نظر اول)*، تهران: انتشارات ارسباران.
- شهیم، سیما؛ شهبان، آمنه؛ یوسفی، فریده؛ (۱۳۸۶). *هنجاریابی و ویژگی های روان سنجی مقیاس درجه بندی کانرز - فرم معلم*. *مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*. دوره سوم، سال چهاردهم، شماره ۱ و ۲. ص: ۲۶-۱
- شهبان، آمنه و همکاران. (۱۳۸۶). *هنجاریابی تحلیل عاملی و پایایی فرم کوتاه ویژه والدین مقیاس درجه بندی کانرز برای کودکان ۶ تا ۱۱ ساله در شهر شیراز*. *مطالعات روان شناختی*. دوره ۳، شماره ۳.
- غباری بناب، باقر (۱۳۸۸). *میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران*. *مطالعات روان شناختی*. شماره ۳، صفحه ۲۳۸-۲۲۳.
- فیرس، ای جری و ترال، تیموتی جی؛ (۱۳۸۵). *روان شناسی بالینی*. مهرداد فیروزبخت، تهران: انتشارات رشد، چاپ سوم.
- کشاوری، آزیتا. (۱۳۹۱). *درمان اختلالات رفتاری کودکان*. تهران: نشر داد و دانش.

Gallant, S. (2008). Conners 3: Psychometric properties and practical applications. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009 Mar; 38(2), 263-272.

Morales-Hidalgo, P., Hernández-Martínez, C., Vera, M., Voltas, N., & Canals, J. (2017). Psychometric properties of the Conners-3 and Conners Early Childhood Indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 85-96.

Nelson, J. R., Babyak, A., Gonzalez, J., Benner, G. J., (2003). "An investigation of the types of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional and behavioral disorders in public school setting". *Behavior disorders*, 28, 34, P. 348- 360.

Fumeaux, P., Roche, S., Mercier, C., Iwaz, J., Bader, M., Stéphan, P., & Écochard R., Revol, O. (2016). Validation of the French Version of Conners' Parent Rating Scale-Revised, Short Version (CPRS-R:S): Scale Measurement Invariance by Sex and Age. *J Atten Disord*. 2017 Mar 1;1087054717696767. doi: 10.1177/1087054717696767.