

Psychometric Properties of Relationship Problems Questioner for diagnosis of Reactive Attachment Disorder in Children 2 to 5 Years old

Heshmati A¹; *Amiri Sh²; Mzaheri A³; Ghanbari S⁴

Author Address

1. PhD Candidate of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;

2. PhD of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;

3. PhD of Clinical Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran;

4. PhD of Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Address: Department of Psychology, University of Isfahan, Iran.

Email: s_amiri@edu.ui.ac.ir

Received: 2018 October 15; Accepted: 2019 January 2

Abstract

Background & Objective: Reactive Attachment Disorder includes a pattern of abnormal behavior in children who have not had the opportunity or opportunity to have a selective attachment and secure attachment conditions, which according to DSM-V is the main characteristic of "neglect" or "lack of appropriate childhood care." The identification and treatment of attachment problems are critical by mental health workers because childhood attachment problems can be a significant risk factor for psychological problems in adolescence and adolescence. In a child-remitting disorder, the child rarely goes to a caregiver or nurse, rarely answers, and less in search of support and care during distress. They do. Researchers have used a variety of methods to diagnose attachment disorder in children, but based on their searches, there is no scale to measure reactive attachment disorder in Iran between 2 and five years old. Therefore, to accurately assess this disorder at the age of 2 to 5 years, it is felt that the Minis' Relationship Problem Questionnaire (RPQ) is a valuable tool that can be used in this regard. The purpose of this study is to investigate the specificity of the disorder Psychometric measurements of the communicative questionnaire were used to diagnose reactive attachment disorder in children aged 2 to 5 years.

Methods: This study was descriptive-cross-sectional. After translating and equating the questionnaire in Persian, the content validity of the test determined according to the opinion of the experts. The statistical population was all children aged 2 to 5 years old in Tehran. The sampling method was available through referring to kindergartens located in the 6th district of Tehran, according to the inclusion criteria, which included: the minimum age of children 2 years and a maximum of 5 years; lack of intubation and extraversion disorders; overall IQ of more than 85 and having at least a cycle of evidence for mothers completing the questionnaire. The data were collected. The method of the research was to translate the survey, review the validity of the content, content validity, and verify the reliability. Reliability was measured using Cronbach's alpha method. Structural validity was done using the Pearson correlation coefficient, confirmatory factor analysis.

Results: Analysis of available data showed that the Persian version of communication problems questionnaire has acceptable content and content validity. Cronbach's alpha coefficient for the whole test was. 79 The Pearson Correlation Coefficient for construct validity was. 50 The results of the correlation coefficient of through with a total score showed that all ten items have a significant and direct correlation with the total score of the tool.

Conclusion: This study showed that the Persian version of Relationship problems questioner has good validity and reliability and the results are in line with the original version of this questionnaire. What is the result of the content validity study on this scale is that the survey of 10 questions of Relationship problems in addition to investigating reactive attachment disorder, it also evaluates inhibited behaviors and habited behaviors. It seems that this questionnaire has both proper psychometric properties and a useful tool for the diagnosis of reactive attachment disorder and, also, due to the short duration of the instrument, can be used in a short time and can be used as an appropriate tool for screening clinical situations. And research in identifying anxiety disorder in children aged 2 to 5 years.

Keywords: Psychometric Properties, Relationship Problem Questionnaire, Reaction Attachment Disorder.

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات ارتباطی جهت تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۵ سال

اعظم حشمتی^۱، * شعله امیری^۲، علی مظاهری^۳، سعید قنبری^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛
 ۲. دکتری روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛
 ۳. دکتری روان‌شناسی بالینی، استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛
 ۴. دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
- *آدرس نویسنده مسئول: ایران، اصفهان دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی.
s_amiri@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۳ مهرماه ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ دی‌ماه ۱۳۹۷

چکیده

هدف: برای تشخیص افتراقی کودکانی که علائم وسیع رفتاری و ارتباطی داشته و مورد غفلت قرار گرفته‌اند نیاز به ابزار دقیق وجود دارد تا اختلال دلبستگی واکنشی را از سایر اختلالات مشابه تشخیص دهد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مشکلات ارتباطی جهت تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۵ ساله بود.

روش‌بررسی: این تحقیق از نوع توصیفی و مقطعی و روش‌شناختی بود. پس از ترجمه و معادل‌سازی پرسشنامه به زبان فارسی روایی محتوا و صوری آزمون بر اساس نظر صاحب‌نظران مشخص شد. سپس پرسشنامه مزبور بر روی ۱۸۰ زوج مادر با کودکان دارای اختلال دلبستگی واکنشی، اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و نرم‌افزار Lisrel تجزیه و تحلیل شد. پایایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روایی سازه با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل عاملی تأییدی در سطح معناداری ۰/۰۱ انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های موجود نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه مشکلات ارتباطی دارای روایی مقبول است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ معین شده و ضریب همبستگی پیرسون برای روایی سازه، بالای ۰/۵۰ تعیین شد. همچنین نتایج تحلیل عاملی دو عامل مجزا در سؤال‌های مقیاس را با عنوان رفتارهای دلبستگی بازدارنده و رفتارهای دلبستگی بازدارنده تأیید نمود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه مشکلات ارتباطی RPQ از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان ابزاری مناسب در موقعیت‌های غربالگری، بالینی و پژوهشی در تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۵ سال استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های روان‌سنجی، پرسشنامه مشکلات ارتباطی، اختلال دلبستگی واکنشی.

اختلال دلبستگی واکنشی یکی از پیامدهای عدم شکل‌گیری مناسب دلبستگی است (۱). کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، اختلال دلبستگی واکنشی را به بدرفتاری اولیه مربوط دانسته‌اند. این اختلال با رفتارهای مهارنشده (جامعه‌پذیری نامتمايز) یا بازداري شده (گوشه‌گیری و گوش به‌زنگی بیش‌ازحد) مرتبط است (۲). اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) شامل الگوی رفتارهای غیرعادی در کودکانی است که فرصت یا امکان برخورداری از دلبستگی انتخابی و شرایط دلبستگی ایمن را نداشته‌اند که طبق DSM-V مشخصه اصلی آن «بی‌توجهی» یا «فقدان مراقبت مناسب در دوران کودکی» است (۳). در این اختلال کودک به‌ندرت سراغ مراقب یا پرستار می‌رود، به‌ندرت پاسخ می‌دهد و در هنگام پریشانی کمتر در جستجوی حمایت و مراقبت است (۳). تشخیص DSM-IV-TR و DSM-5 از اختلال دلبستگی واکنشی و اخیراً اختلال مشارکت اجتماعی غیرمتعارف (DSED) بیشتر بر رفتار کودک تمرکز دارد (۴) که این تمرکز صرف بر رفتار، شاید والدینی را دچار تنش و ناامیدی کند که در درمان اختلال دلبستگی واکنشی به مداخله پزشکی صرف معتقدند؛ زیرا نظریه دلبستگی رویکرد آسیب‌شناسی نبوده بلکه نظریه‌ای رشدی است (۵). این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که روابط اجتماعی کودک بازداشته شده و در نتیجه او قادر به برقراری تعاملات اجتماعی در شرایط مناسب با سن رشد خود نیست. کودک ممکن است توجه و هوشیاری بیش‌ازاندازه یا مقاومت در برابر تماس اجتماعی را نشان دهد یا ممکن است از تعامل اجتماعی دوری جسته و در زمان ناراحتی قادر به تسلی‌جویی از خود نباشد. همچنین ممکن است به تسلی و دل‌داری واکنش نشان ندهد یا به صورت دائم به یک فرد بالغ چسبیده و از مراقبت‌کننده جدا نشود. اولین شاخص RAD تعاملات اجتماعی غیرعادی کودک است. کودک ممکن است از آغاز یک تعامل اجتماعی یا پاسخ به محرک اجتماعی حتی از سوی اعضای خانواده یا سایر اقوام خودداری کند. ممکن است به‌صورت غیرتبعیض‌آمیز در جستجوی تعامل اجتماعی افراط‌آمیز با غریبه‌ها باشد. علایم منطبق با DSM5 در نوع بازداری‌شده شامل: کمبود هیجان مثبت مثل (سرحالی، خوش‌اخلاقی، خنده‌رویی)، دوره‌هایی از تحریک‌پذیری، غمگینی یا ترس شدید است که حتی در روابط غیرتهدیدگر با مراقبین بزرگسال هم خود را نشان می‌دهد. این کودکان دارای حداقل واکنش اجتماعی و هیجانی به دیگران و ناتوانی در پاسخ‌گویی مناسب در تبادلات بین فردی هستند. همچنین در نوع بازداری‌نشده تعامل اجتماعی بیش‌ازاندازه با افراد ناشناخته داشته، آمادگی برای نزدیک‌شدن به هر فردی که به او نزدیک می‌گردد رؤیت می‌شود که در صورت درخواست فرد با او همراهی می‌کند و تمایل برای نزدیکی با فرد غریبه دیده می‌شود (۴). اختلال دلبستگی واکنشی مشکلات مختلفی را در محیط خانواده ایجاد می‌کند. کودکی که به مادر خود به‌صورت کامل متصل می‌گردد ترس از جدایی را به صورت منظم تجربه کرده و

می‌تواند برای مادر (یا سرپرست اولیه) انجام مسئولیت‌های روزانه دیگر مانند مراقبت یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تعاملات احساسی با سایر کودکان را مشکل سازد. نیاز والدین برای دریافت کمک جهت سرپرستی کودک می‌تواند منجر به بروز احساسات منفی در کودک، شامل احساس عصبانیت، طردشدگی و بی‌توجهی، گردد. کودک ممکن است ناامیدی خود را با اقدام متقابل در برابر سایر افراد نشان دهد. والدین بایستی به این نکته توجه کنند که تغییرات مکرر در سرپرستان می‌تواند یک فاکتور کمک‌کننده به بروز این اختلال باشد (۶). بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی، از سوء استفاده روانی یا فیزیکی رنج می‌برند. بی‌توجهی اجتماعی، انزوا و نیازهای احساسات برآورده‌نشده مثال‌هایی از مراقبت ناکافی شمرده می‌شود که می‌تواند منجر به بروز این اختلال گردد. اختلال دلبستگی واکنشی می‌تواند کودک را از خواهر و برادران خود و افراد هم‌سن دور کند و منجر به وابستگی بیش‌ازاندازه این کودکان به والدین گردد (۶). تشخیص و درمان اختلالات دلبستگی توسط متخصصان بهداشت روانی بسیار اهمیت دارد، زیرا مشکلات دلبستگی در دوران کودکی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده عوامل خطر ساز مهمی در ایجاد مشکلات روان‌شناختی در نوجوانی و بزرگسالی باشند (۷).

برای تشخیص این اختلال در کودکان روش‌های مختلفی معرفی شده است. مصاحبه و پرسشنامه دو شیوه رایج تشخیص اختلال دلبستگی است. مصاحبه مشکلات دلبستگی، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته است که توسط اسمایک و زینا طراحی شده است (به نقل از ۸). روش دیگر برای سنجش مشکلات مرتبط با دلبستگی، مصاحبه دلبستگی کودک^۱ (CAI) مخصوص کودکان ۷ تا ۱۱ سال است که توسط تارگت در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. همچنین مقیاس ارزیابی دلبستگی برای کودکان پیش‌دبستانی^۲ (PAA) در سال ۱۹۹۲ توسط کرتیدین جهت ارزیابی الگوهای دلبستگی در کودکان ۱۸ ماهه تا ۵ ساله طراحی شد (۸). پرسشنامه اختلال دلبستگی واکنشی راندولف جهت سنجش این اختلال در سنین ۵ تا ۱۸ ساله توسط ابطی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در ایران هنجاریابی و استفاده شد (۹). ابزارهای زیادی جهت سنجش دلبستگی نایمن از سال‌های اول تولد تا کودکی و نوجوانی طراحی شده است ولی هیچ مقیاسی برای سنجش اختلال دلبستگی واکنشی که یکی از پیامدهای دلبستگی نایمن است، در سنین ۲ تا ۷ ساله در ایران یافت نشد؛ بنابراین برای ارزیابی دقیق این اختلال در سنین ۷ تا ۷ سال استفاده از ابزاری پایا و متناسب با اهداف احساس شد. پرسشنامه مشکلات ارتباطی (RPQ)^۳ ابزار مناسبی است که در این زمینه می‌تواند استفاده گردد. این پرسشنامه از تکامل چک‌لیست علائم اختلال دلبستگی واکنشی براساس کتابچه راهنمای تشخیصی اختلالات روانی طراحی شده است. مؤلفه‌های چک‌لیست از نظر پایایی و روایی سنجش شده و سپس داده‌ها در پرسشنامه مشکلات ارتباطی سازمان‌دهی شدند (۱۰). این پرسشنامه را مینس در سال ۲۰۰۷ براساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV ساخته و برای معرفی اختلال دلبستگی واکنشی به کار برد. فرم نهایی این پرسشنامه ابزار

³ Relationship problem questioner

¹ Child Attachment Interview

² Preschool Attachment Assessment

غربالگری ده سؤالی است که برای تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۷ سال توسط مینس و همکاران به کار برده شده و براساس گزارش والد تکمیل گردیده است. در یک نمونه به تعداد ۱۶۴۶ از جمعیت دوقلوها در انگلستان این پرسشنامه ثبات درونی بالایی داشت و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ درصد گزارش شد. همچنین تحلیل عاملی نشان داد، شش ماده که شامل سؤال‌های ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰ است، رفتارهای دلبستگی بازدارنده و چهار ماده که شامل سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۶ است رفتارهای دلبستگی بازدارنده را توصیف می‌کند. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده است که هر سؤال یک نمره صفر یا ۱ یا ۲ یا ۳ می‌گیرد و با جمع مجموعه نمرات سؤال‌ها، نمره کل به دست می‌آید. کودکان با نمره ۷ یا بیشتر در فرم والد، به‌عنوان موارد احتمالی و در نتیجه مثبت غربالگری شدند. این نقطه برش براساس توزیع نمرات پرسشنامه مشکلات ارتباطی RPQ در پژوهشی روی بیش از ۱۳۰۰۰ کودک ۲ تا ۷ ساله از دوقلو و از طریق تحلیل خوشه‌ای داده‌ها به دست آمده است (۱۱). با توجه به اینکه اکثر کودکان دارای اختلال دلبستگی واکنشی به موقع تشخیص داده نمی‌شوند، شرایط اجتماعی نامناسب و محروم‌کننده این کودکان، به تدریج احتمال ابتلای این کودکان در آینده به اختلالات روانی دیگر را افزایش می‌دهد (۱۲).

از این رو توجه ویژه به شناسایی و درمان به موقع اختلال‌های دوران کودکی از جمله اختلال دلبستگی واکنشی از اولویت مراکز سلامت در هر جامعه‌ای است. در آخر، نگرانی‌های چندی درباره افزایش تمرکز بر اختلال دلبستگی واکنشی و درمان آن وجود دارد. ابتدا در رابطه با تشخیص، به نظر می‌رسد که کودکان، به‌خصوص کودکان قربانی بدرفتاری، به دلیل فهرست نامشخص و گسترده علائم، به اشتباه تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی می‌گیرند که این امر نیاز به ابزارهای دقیق جهت ارزیابی دقیق توسط متخصصان مستقل و بی‌طرف را مشخص می‌سازد؛ لذا با توجه به آنچه در خصوص ارزیابی اختلال دلبستگی واکنشی بیان گردید و با هدف فراهم‌ساختن امکان به‌کارگیری پرسشنامه مشکلات ارتباطی (RPQ) در نمونه‌های ایرانی، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی پایایی و روایی مقیاس یادشده در نمونه‌های ایرانی بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی، روش‌شناختی و مقطعی بود. جامعه آماری تمامی کودکان ۲ تا ۵ ساله مهدکودک‌های شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود که از طریق مراجعه به ۲۰ مهدکودک واقع در منطقه ۶ تهران، داده‌ها با توجه به معیارهای ورود: داشتن حداقل سن ۲ سال و حداکثر ۵ سال تمام؛ نداشتن اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی، هوشبهر کلی بیشتر از ۸۵ که با استفاده از تست گودیناف اندازه‌گیری شد؛ داشتن حداقل مدرک سیکل برای مادران تکمیل‌کننده پرسشنامه جمع‌آوری شدند. روش اجرای پژوهش، شامل مراحل ترجمه پرسشنامه، بررسی روایی

صوری، روایی محتوا، بررسی پایایی در سنجش پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روایی سازه با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تأییدی بود.

در مرحله اول: ترجمه پرسشنامه (RPQ): بعد از تهیه پرسشنامه از کشور اسکاتلند از مؤسسه روان‌پزشکی (Helen minnis) و گرفتن موافقت لازم از طراح پرسشنامه برای اجرا و ترجمه آن به زبان فارسی، مرحله ترجمه به روش ترجمه مجدد^۱ آغاز شد. به این منظور ابتدا پرسشنامه موجود توسط دو مترجم که زبان آن‌ها فارسی بود و تسلط و تخصص کافی در زمینه ترجمه متون انگلیسی را داشتند، به زبان فارسی ترجمه گردید. لازم به ذکر است که مترجمان هیچ‌گونه آشنایی با پرسشنامه حاضر نداشتند؛ پس از توضیح فرآیند ترجمه برای مترجمان توسط محقق، هر مترجم ترجمه‌هایی از آیتم‌های پرسشنامه مدنظر را ارائه داد. ترجمه فارسی حاضر، از لحاظ آیتم‌های هدف تجزیه و تحلیل شد. در نهایت به نسخه فارسی تبدیل شد. در مرحله دوم، پرسشنامه ترجمه شده به زبان فارسی، توسط دو مترجم دیگر که فارغ‌التحصیل رشته زبان انگلیسی بودند به زبان انگلیسی برگردانده شد و نسخه انگلیسی حاضر جهت بررسی یکسانی مفهومی با نسخه اصلی برای مؤلف اصلی پرسشنامه (هلن مینس) ارسال گردید. سرانجام مقایسه و یکسانی نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی تأیید شد.

مرحله دوم- بررسی روایی صوری و روایی محتوا: برای تعیین روایی صوری از نسخه فارسی آزمون، فرمی تهیه گردید. سؤالات مقیاس مورد نظر از جهت واضح و مفهومی بودن، توسط ۱۰ نفر از مادران کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی بررسی گردید. برای بررسی روایی محتوا در مقیاس مشکلات ارتباطی (RPQ) از روش ارزیابی متخصصان استفاده شد؛ بدین ترتیب که جهت محاسبه میزان روایی محتوا روش لاوشه (۱۵) به کار رفت. به این شکل که از ۱۰ متخصص خواسته شد در زمینه محتوای آزمون مورد نظر، هریک از سؤالات مربوطه را براساس محتوا و اهداف موردنظر در هر سؤال در طیف لیکرت که شامل گویه (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضروری نیست) در مقیاس سه درجه‌ای نمره‌گذاری کنند. شاخص ضریب لاوشه (CVR) ۰/۷۵ گزارش شد که از حداقل مقدار CVR (۰/۶۲) براساس تعداد متخصصین بیشتر است. در نتیجه پرسشنامه حاضر از روایی محتوا برخوردار بود.

مرحله سوم: نمونه‌گیری، بررسی پایایی: حجم نمونه‌های لازم برای تحلیل بدین گونه است که به ازای هر سؤال ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای هر سؤال پیشنهاد می‌گردد (۱۶). با این حساب حجم نمونه ۱۰۰ تا ۱۵۰ برآورد شد. با توجه به اینکه انتخاب حجم نمونه اصولاً برای تحلیل عاملی از قاعده (بیشتر، بهتر است)^۲ پیروی می‌کند (۱۷)، نمونه نهایی که با معیارهای ورود مطابقت داشتند شامل ۱۸۰ زوج مادر و کودکان ۲ تا ۵ ساله بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس برای والد کودک روند کار توضیح داده شد و در صورت تمایل به همکاری، فرم رضایت‌نامه در اختیار ایشان قرار می‌گرفت. آنگاه آزمون‌گر از طریق پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک کودک و

² more is better

¹ Back translation method

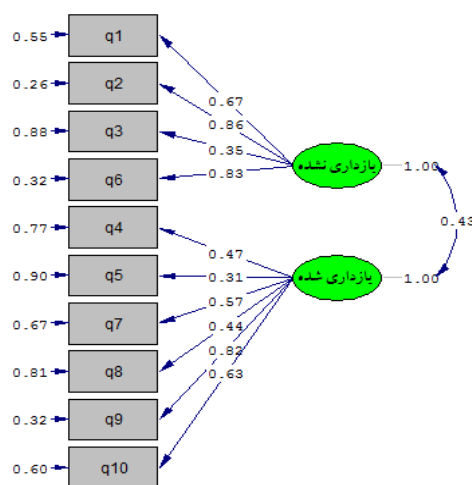
والدینش را از والد کسب کرده و سپس پرسشنامه مشکلات ارتباطی (RPQ) را در اختیار والد کودک قرار می‌داد تا آن را تکمیل کند. از مادرها درخواست شد در هریک از عبارات، شدت رفتار کودک خود را بر روی مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از (شدیداً موافقم) تا (شدیداً مخالفم) درجه‌بندی کند. برای هر عبارت نمره ۰ تا ۳ داده شد و نهایتاً مجموع نمرات بیشتر از ۷، تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی می‌گیرند. پژوهشی که توسط مینس و همکاران در رابطه با تحلیل عاملی نسخه اصلی پرسشنامه (RPQ) انجام شد، نتایج مدل مفهومی اولیه نشان داد که سه عامل وجود دارد. شش پرسش بار عاملی زیادی روی عامل ۱ چرخش یافته داشتند که شامل «دوستی غیرقابل پیش‌بینی»، «فرار در صورت نزدیک شدن»، «علاقه دروغین»، «وجدان نداشتن»، «خشونت داشتن» بودند. پرسش‌هایی که بار عاملی زیادی روی عامل دوم داشتند عبارتند بودند از «نزدیکی فیزیکی بیش‌ازحد»، «تمایل بیش‌ازحد به در آغوش گرفتن»، «دوستی بیش‌ازاندازه با افراد غریبه» و «پرسیدن سؤال‌های شخصی». این عامل ۱۰ درصد از واریانس را توضیح داد. چهار پرسش بار عاملی زیادی روی عامل آخر داشتند: «ترس از موقعیت‌های جدید»، «انجام کارهایی که درمقایسه با سن فرد، کودکانه هستند»، «ناراحتی مکرر» و «وابستگی زیاد». این عامل ۷ درصد از واریانس را توضیح داد. چهار پرسش دیگر بیشترین بار عاملی را روی عامل سوم داشتند ولی بار آن‌ها تقریباً به صورت مساوی روی تمام سه عامل توزیع شده بود. این پرسش‌ها به صورت یکی‌یکی حذف شدند تا اثر حذف شدن آن‌ها روی دیگر بارهای عاملی مشخص شود. حذف آن‌ها تمایز بین سه عامل را بهبود داد و مدل نهایی از ۱۴ پرسش استفاده کرد که همه آن‌ها بار عاملی واضح و زیادی روی یکی از این سه عامل داشتند (۱۱). وقتی که تحلیل عاملی برای دو عضو هر جفت تکرار شد، همبستگی‌های بین بارهای عاملی سه جفت عامل‌ها به ترتیب ۰/۹۹۸، ۰/۹۹۲ و ۰/۹۹۸ بود (در هر سه حالت $p \leq 0/001$). عامل اول نشان‌دهنده رفتارهایی بود که حاکی از نوعی اختلال دلبستگی بازدارنده هستند. عامل دوم نشان‌دهنده رفتارهایی بود که حاکی از نوع اختلال دلبستگی بازدارنده نشده بودند. عامل سوم حاکی از رفتارهای مربوط با خلق و خوی بازدارنده شده بود که می‌تواند پیوند مستقیمی با اختلال دلبستگی نداشته باشد. برای اینکه این عامل با رفتارهای اختلال دلبستگی بازدارنده اشتباه گرفته نشود، آن را «عامل خلق و خو» نامیدند و سپس از فرم اصلی پرسشنامه حذف گردید (۱۱). به منظور تحلیل پایایی ابزار، آلفای کرونباخ برای هر عامل به صورت جداگانه محاسبه شد. در ابتدای شروع به والدین اطمینان داده شد که از اطلاعات فرزندشان در پرسشنامه به طور محرمانه نگهداری خواهد شد و به غیر از پژوهش در جای دیگری استفاده نمی‌شود و رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید، همچنین روند انجام کار کاملاً به والدین توضیح داده شد و این اطمینان داده شد که تکمیل پرسشنامه هیچگونه ضرر یا آسیبی برای آن‌ها ندارد.

مرحله چهارم: روش اجرای پژوهش، شامل مراحل ترجمه پرسشنامه، بررسی روایی صوری، روایی محتوا، بررسی پایایی در سنجش پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روایی سازه با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم‌افزار لیزرل تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. به طور کلی در کار با برنامه لیزرل، هر یک از شاخص‌های به‌دست‌آمده برای مدل به‌تنهایی دلیل برازندگی مدل یا عدم برازندگی آن نیستند، بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تأییدی و مدل مسیر، چندین مشخصه برازندگی وجود دارد. در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تأییدی از شاخص‌های x^2 (مربع خی)، شاخص برازندگی GFI، شاخص تعدیل برازندگی AGFI، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص ریشه دوم برآورد و واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شد. آزمون x^2 معمولاً به عنوان شاخص موفقیت معرفی می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که آیا بیان مدل ساختار، روابط میان متغیرهای مشاهده‌شده را توصیف می‌کند یا خیر. هر چقدر مقدار x^2 کوچک‌تر باشد بهتر است. این شاخص معمولاً تحت شرایط نرمال بودن چندمتغیره^۱ صادق است و به اندازه نمونه حساس است، زیرا ممکن است یک مدل در اندازه نمونه کم تناسب داشته باشد، ولی در نمونه زیاد برازش نداشته باشد. برخی از محققان از نسبت به عنوان شاخص جایگزینی استفاده می‌کنند، اما این شاخص نیز محدودیت‌هایی مشابه با x^2 دارد. درباره نسبت مجذور کای به درجه آزادی قطعیت وجود ندارد و در منابع مقدار زیر ۳ قابل قبول است. معیار GFI نشان‌دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کواریانس‌ها است که توسط مدل تبیین می‌شود. این معیار بین صفر تا یک متغیر است که هرچه به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است. برای بررسی اینکه یک مدل به‌خصوص در مقایسه با سایر مدل‌های ممکن، از لحاظ تبیین مجموعه‌ای از داده‌های مشاهده شده تا چه حد خوب عمل می‌کند از مقادیر شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) استفاده شده است. مقادیر بیشتر از ۰/۹ این شاخص‌ها حاکی از برازش بسیار مناسب مدل طراحی شده در مقایسه با سایر مدل‌های ممکنه است. در نهایت برای بررسی اینکه مدل مدنظر چگونه برازندگی و صرفه‌جویی را با هم ترکیب می‌کند از شاخص بسیار توانمند ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شده است. شاخص RMSEA، ریشه میانگین مجذورات تقریب است. این شاخص برای مدل‌های خوب ۰/۰۵ و کمتر است. مدلی که در آن این شاخص ۰/۹ یا بیشتر باشد، برازش ضعیفی دارد (۱۸).

۳ یافته‌ها

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی کودکان ۰/۹۹۸±۳/۱۶ سال بود که ۹۸ نفر (۵۴/۴ درصد) آن‌ها دختر و ۸۲ نفر (۴۵/۶ درصد) پسر بودند.

^۱ multivariate normality



Chi-Square=58.53, df=34, P-value=0.00556, RMSEA=0.063

شکل ۱. برآورد بارهای عاملی استاندارد؛ عامل اول رفتارهای بازداری نشده و عامل دوم رفتارهای بازداری

جدول ۴ خلاصه نتایج بارهای عاملی متغیرهای رفتارهای بازداری نشده مربوط به سؤالات ۱، ۲، ۳، ۶ و رفتارهای بازداری شده مربوط به سؤالات ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰ را بیان می‌کند. طبق این جدول تمامی گویه‌ها براساس آزمون t معنادار هستند. به عبارتی چون معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ بررسی شد، به این دلیل که ضرایب آماره t بیشتر

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل عاملی تأییدی

عامل	گویه	ضریب استاندارد بار عاملی	آماره T	مقدار احتمال
رفتارهای بازداری نشده	با مردمی که بخوبی نمی‌شناسد خیلی راحت است	۰/۸۶۰	۱۲/۹۷	<۰/۰۰۱
	با غریبه‌ها خیلی صمیمی است	۰/۸۳۱	۱۲/۳۲	<۰/۰۰۱
	بیش از حد از نظر جسمانی به غریبه‌ها نزدیک می‌شود	۰/۶۷۴	۹/۴۶	<۰/۰۰۱
	گاهی سؤالات خیلی شخصی می‌پرسد حتی اگر قصد بی‌احترامی ندارد	۰/۳۵۶	۴/۵۱	<۰/۰۰۱
رفتارهای بازداری شده	محبت وی کیفیت کاذب دارد	۰/۸۲۰	۱۱/۳۹	<۰/۰۰۱
	اگر به وی نزدیک شوید هرگز نمی‌دانید که با شما دوستانه رفتار خواهد کرد یا غیردوستانه	۰/۶۳۱	۸/۴۱	<۰/۰۰۱
	گاهی اوقات همراه با ترس بدون دلیل آشکار بی حرکت است	۰/۵۷۲	۷/۴۶	<۰/۰۰۱
	می‌تواند حالت تهاجم به خود داشته باشد، به عنوان مثال استفاده از زبان بد درباره خودش یا خودزنی	۰/۴۷۳	۶/۰۳	<۰/۰۰۱
	اگر به وی نزدیک شوید اغلب فرار می‌کند یا از نزدیک شدن امتناع می‌کند	۰/۴۴۲	۵/۵۱	<۰/۰۰۱
	احساس عذاب وجدان ندارد	۰/۳۱۰	۳/۸۱	<۰/۰۰۱

نشان داد. همچنین نشان‌دهنده ثبات و پایایی ابزار موردنظر در تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی بود که این داده‌ها با نتایج پژوهش مینس و همکاران (۱۰، ۱۱) همسوست. به منظور بررسی روایی، روایی صوری و روایی سازه مدنظر قرار گرفت. برای بررسی روایی صوری و روایی سازه پرسشنامه، از روش ارزیابی متخصصان استفاده شد و روایی آن تأیید شد. در واقع آنچه که از بررسی روایی

۴ بحث

مطالعه حاضر به بررسی ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه مشکلات ارتباطی جهت تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۵ ساله شهر تهران پرداخته است. ملاک اعتبار بررسی شده در مقیاس حاضر، ضریب آلفای کرونباخ بود که اعتبار نسبتاً بالای ابزار حاضر را

این پژوهش بر روی گروه ۲ تا ۵ ساله اجرا شد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی روایی و پایایی این پرسشنامه در گروه سنی ۲ تا ۷ ساله نیز بررسی گردد.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از روایی و پایایی مقیاس مشکلات ارتباطی می‌توان گفت این مقیاس ابزاری پایا و روا برای بررسی اختلال دلبستگی واکنشی در گروه سنی ۲ تا ۵ ساله است و قابلیت استفاده در جامعه ایرانی را داراست.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران و مسئولان مهدکودک‌های شهر تهران که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نمودند، قدردانی می‌شود.

صوری این پرسشنامه به دست آمد ایمن بود که این ابزار بیشتر به سنجش ابعاد تخریب‌شده دلبستگی می‌پردازد و پرسش‌ها به‌خوبی جنبه‌های مختلف چنین مفهومی را به افراد متخصص منتقل می‌کند. علائمی که متخصصان بالینی در چک‌لیست علایم اختلال دلبستگی واکنشی به‌منظور تمایز کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی از کودکان با سایر اختلالات روان‌پزشکی مشاهده کرده بودند، به‌عنوان مواد اصلی مؤلفه‌های پرسشنامه مشکلات ارتباطی در نظر گرفته شد. یافته‌های موجود درباره روایی پرسشنامه مشکلات ارتباطی نشان دادند که ایمن پرسشنامه می‌تواند کودکان حاضر در یک طبقه تشخیصی را از طبقه تشخیصی دیگر جدا کرده و نمره کل پرسشنامه مشکلات ارتباطی می‌تواند کودکان دارای اختلال را به‌خوبی از کودکان سالم تشخیص دهد (۲۰).

نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان‌دهنده برازش مدل مفهومی با داده‌های تجربی به‌دست‌آمده در جامعه ایرانی بود. با توجه به مقادیر مثبت بارهای عاملی مشخص شد که گویه‌ها و سؤالات تأثیر مثبت بر عامل‌های رفتارهای بازداری‌شده و رفتارهای بازداری‌نشده دارند که این نتایج با پژوهش مینس و همکاران (۱۱) همسوست. در پژوهشی که توسط مینس انجام شد (۱۰)، همبستگی‌های بین بارهای عاملی دو جفت از عامل‌ها به‌ترتیب ۰/۹۹۸، ۰/۹۹۸ بود. عامل اول نشان‌دهنده رفتارهایی بود که حاکی از نوعی اختلال دلبستگی بازداری‌نشده هستند. عامل دوم نشان‌دهنده رفتارهایی بود که حاکی از نوع اختلال دلبستگی بازداری‌شده بودند. این نتایج، مطالعه حاضر را نیز تأیید می‌کند. همچنین دو عامل به‌دست‌آمده از پرسشنامه موردنظر با زیرمقیاس‌های ابزار سنجش اختلال دلبستگی که کرینتیدن در گروه سنی ۱۸ ماهگی تا ۵ سالگی به کار برد نیز همسو بود (۱۱). درواقع آنچه از بررسی روایی محتوا در این مقیاس به دست می‌آید، این است که مقیاس ۱۰ گویه‌ای علاوه بر بررسی اختلال دلبستگی واکنشی، به سنجش رفتارهای بازداری‌شده و بازداری‌نشده نیز می‌پردازد که این نیز با ابزارهای سنجش اختلال دلبستگی از جمله مصاحبه نیمه‌ساختاریافته ایسماک و زینا (۸) و مصاحبه دلبستگی تارگت همسوست (۸) اگر این طور فرض کنیم که اختلال دلبستگی واکنشی از دلبستگی ضعیف نشأت گرفته و در بین کودکان در معرض بدرفتاری، شیوع بیشتری از سایر کودکان دارد و با مشکلات رفتاری شدید و علائم متنوع بروز می‌کند، جهت درمان این اختلال اولین گام کسب ارزیابی جامع از علائم و مشکلات کودک است تا امکان ایجاد اهداف قابل اندازه‌گیری فراهم شود. به‌نظر می‌رسد این پرسشنامه هم دارای ویژگی‌های روان‌سنجی خوب و هم ابزار کاربردی برای تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی است و علاوه‌براین به دلیل کوتاه‌بودن این پرسشنامه به نظر می‌آید زمان کوتاهی صرف شود. روان‌درمانگران و پژوهشگران می‌توانند برای بررسی اختلال دلبستگی واکنشی در گروه سنی ۲ تا ۵ سال با استفاده از ابزارهای گوناگون اعتباریابی‌شده به سنجش و اندازه‌گیری بپردازند که از جمله این ابزارهای دردسترس پرسشنامه بررسی‌شده در این مطالعه است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش کمبود حجم نمونه بود و با توجه به اینکه فرم اصلی این پرسشنامه مخصوص گروه ۲ تا ۷ ساله است و در

References

1. Minnis H, Green J, O'Connor TG, Liew A, Glaser D, Taylor E, et al. An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009 Aug;50(8):931-42.
2. Videbeck SL. *Nursing practice for psychiatric disorders*. New York: Lippincott Williams; 2010.
3. Mayes SD, Calhoun SL, Waschbusch DA, Breaux RP, Baweja R. Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Callous-unemotional traits and comorbid disorders. *Research in developmental disabilities*. 2017;63:28-37.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder: DSM-5*: Arlington. VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. Drisko JW. Ongoing challenges in conceptualizing and treating Reactive Attachment Disorder. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 2018:1-4.
6. Miellet S, Caldara R, Gillberg C, Raju M, Minnis H. Disinhibited reactive attachment disorder symptoms impair social judgements from faces. *Psychiatry research*. 2014;215(3):747-52.
7. Smyke A, Zeanah C. Disturbances of Attachment Interview. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*;1999.
8. Movahed Abtahi M, Amsaki G, Amiri S. Standardization and Survey of the Psychometric Properties of Latency Attachment Scale. *Journal of Cognitive and behavioral research*. 2015;7 (2): 157-70. [Persian]
9. Movahed Abtahi M, Amiri S, Amsaki G. Standardization and Study of the Psychometric Properties of Randolph Attachment Disorder Questionnaire. *Knowledge and research in applied psychology*. 2012;49 (3): 46-55. [Persian]
10. Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, Young D, Wallace B, Butcher J, et al. Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(5):342-6.
11. Minnis H, Reekie J, Young D, O'Connor T, Ronald A, Gray A, Plomin R. Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *The British Journal of Psychiatry*. 2007 Jun;190(6):490-5.
12. Muris P, Meesters C, de Kanter E, Timmerman PE. Behavioural inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck's personality traits and psychopathological symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2005;38(4):831-41.
13. Minnis H, Rabe-Hesketh S, Wolkind S. Development of a brief, clinically relevant, scale for measuring attachment disorders. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2002;11(2):90-8.
14. Mash EJ, Barkely RA. *Child psychopathology*. New York: The Guilford Press; 2006.
15. Aghajani Afroozi AA, Parhizgar MM, Rabei A. *Advanced Research Methodology in Applied Management*. Tehran: University of Payamenor;2018. [Persian]
16. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample size in factor analysis. *Psychological methods*. 1999;4(1):84.
17. Osborne JW, Costello AB, Kellow JT. Best practices in exploratory factor analysis. *Best practices in quantitative methods*. 2008:86-99.
18. Bollen KA, Pearl J. Eight myths about causality and structural equation models. In *Handbook of causal analysis for social research* 2013 (pp. 301-328). Springer, Dordrecht.
19. Ghasemi V. Cronbach Coefficient Alpha and Some of Its Specialties with Emphasis on Applications in Social Research. *Humanities*.2005; 19 (2): 155-74. [Persian]
20. Mooror KS. *Recognizing reactive attachment disorder in foster children* (Doctoral dissertation, Capella University). Capella University, Minneapolis; 2007.