

## پایایی و روایی آزمون انتظارات و پرسش‌نامه رفتار اجتماعی در نمونه‌ای از کودکان و نوجوانان ایرانی

### دکتر زهرا شهریار<sup>۱</sup>

گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه  
علوم پزشکی تهران

### دکتر جواد علاقندراد

گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه  
علوم پزشکی تهران

### دکتر مریم کوشا

گروه روانپزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه  
علوم پزشکی گیلان

### دکتر بهنوش دشتی

پژوهشکده علوم شناختی

### میترا سپاسی

دانشگاه الزهرا

### زهرا امینی‌پور

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**هدف:** در این مطالعه روایی و پایایی آزمون انتظارات و پرسش‌نامه رفتار اجتماعی در دو نمونه بالینی و غیربالینی از کودکان و نوجوانان سنجیده شد. **روش:** پس از ترجمه (مستقیم و معکوس) پرسش‌نامه رفتار اجتماعی و تعیین روایی صوری ترجمه، روایی و پایایی آزمون انتظارات (آزمون تصویری) و پرسش‌نامه رفتار اجتماعی با توجه به شاخص‌های بین‌فرهنگی سنجیده شد. آزمودنی‌های این پژوهش ۵۴ نفر در فاصله سنی ۱۷-۴ سال بودند که ۲۸ نفر آنها از مراجعان متوالی به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۲۶ نفر از مراجعان متوالی به درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. کلیه مراجعان به وسیله فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان معاینه شدند. سپس تشخیص‌ها به کمک نتایج K-SADS تأیید شد. پرسش‌نامه رفتار اجتماعی به وسیله والد تکمیل و آزمون انتظارات برای کودک اجرا شد. **یافته‌ها:** در اکثر موارد مربوط به آزمون انتظارات، پایایی میان آزمونگران،  $\alpha$  بالاتر از ۰٫۹ را نشان داد. در اکثر نمرات و شاخص‌های مربوطه حساسیت هر دو آزمون پایین بود، اما ویژگی برخی شاخص‌ها در هر دو مورد بسیار خوب (۸۰ درصد و بالاتر) به دست آمد. ارتباط برخی نمرات و شاخص‌های هر دو آزمون بسته به نوع اختلال روانپزشکی در هر یک از گروه‌ها چشمگیر بود. **نتیجه‌گیری:** حساسیت هر دو پرسش‌نامه برای کشف سوابق کودک آزاری جنسی و جسمی، خشونت خانوادگی و استرس پس از رویداد آسیب‌زا کم بود. بررسی و تحقیق در مورد عوامل فرهنگی مؤثر در برداشت و تفسیر کودکان از رویدادهای آزاردهنده و آسیب‌زا و ارتباط آنها با ابزارهای استفاده شده ضروری می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** کودک آزاری، عوامل فرهنگی، پایایی، روایی، آزمون انتظارات، پرسش‌نامه رفتار اجتماعی

### مقدمه

مطالعه مفاهیمی چون کودک آزاری، خشونت‌های خانوادگی و واکنش انسان‌ها به رویدادهای آسیب‌زا دشواری‌های خاصی دارد، به ویژه اگر مطالعه روی جمعیت در حال رشد کودکان و نوجوانان صورت گیرد. این گروه آسیب‌پذیر روزانه بسیاری از انواع کودک آزاری را تجربه می‌کنند؛ برای نمونه بروز

کودک آزاری جسمی در ایالات متحده ۵/۷ در هر ۱۰۰۰ کودک است، در حالی که غفلت جسمی و کودک آزاری عاطفی به مراتب بیشتر می‌باشد (کاپلان<sup>۲</sup>، پلکوریتز<sup>۳</sup> و لابرونا<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹). آزار جنسی نیز یکی از جنایاتی است که بیشترین میزان رشد را در امریکا دارد. ۱/۳ درصد زن‌ها و ۱/۷ درصد مردها قبل از ۱۸ سالگی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند (انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان امریکا، ۱۹۹۹). از طرفی زندگی در خانواده‌ای که انواع خشونت‌ها در آن

2- Kaplan  
4- Labruna

3- Pelcoritz

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

Email: shahrivar@sina.tums.ac.ir

زهرا شهریور و همکاران

نتیجه گیری می کنند (باندورا<sup>۳۳</sup>، ۱۹۸۶). به علاوه نشان داده شده است که پردازش اطلاعات اجتماعی در کودکان کتک خورده سوگیرانه (الگوی اسنادی خصمانه) می باشد (داج، پتی، بیتس و والته<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۵).

لذا، آزمونی که بتواند انتظارات کودکان را در یک موقعیت اجتماعی نشان بدهد به صورتی که این انتظارات با مشکلات رفتاری یا شرایط سخت (مانند سابقه کودک آزاری جسمی یا جنسی) رابطه داشته باشد، آزمونی مفید خواهد بود. آزمون انتظارات<sup>۳۵</sup> (ET) (گولی<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۰) که مبدع آن کوین جی گولی است، توانایی کشف سابقه آزار جنسی، جسمی، تهاجم خانوادگی و استرس پس از حادثه آسیبزا را دارد (گولی، ۲۰۰۳). این آزمون که از سازوکارهای برون فکنانه بهره می برد، توانایی تشخیص کودک را در مورد تظاهرات هیجانی افراد می سنجد، علت نام گذاری هیجانی تصویر ارائه شده به کودک را جستجو می کند و انتظار وی از عاقبت موقعیت نمایش داده شده و درک او را از توانایی کودک حاضر در موقعیت آسیبزا آشکار می سازد. روایی، پایایی و قابلیت اجرای مناسب این آزمون در آمریکا، نویدبخش پیدایش ابزارهای کاربردی در حوزه کودک آزاری است. از طرفی چون رفتارهای بین فردی کودکی که مورد آزار یا غفلت قرار می گیرد می تواند بر عوارض آزار دیدگی تأثیر بگذارد (گروپرهولز<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۰) و برای مثال به انواع خاصی از رفتارهای تهاجمی منجر شود (ورلینگ<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۵) یا مانع شکل گیری دلبستگی کودک شود (مورتون<sup>۳۹</sup> و براون<sup>۴۰</sup>، ۱۹۹۸)، ابزاری که

اتفاق می افتد، عوارض خطرناکی برای کودکان به همراه دارد، در این خانواده ها غفلت، کودک آزاری جسمی و عاطفی بیشتر است. کودکانی که انواع آزارها و غفلت های جسمی و عاطفی را تجربه می کنند، به مشکلات بین فردی، اختلال تحصیلی/شناختی، پرخاشگری، رفتارهای خطرناک، خودکشی و اختلالات روانپزشکی خاصی مبتلا می شوند. در نوزادان آزار دیده، الگوهای دلبستگی ناامن شکل می گیرد (بارنت<sup>۱</sup>، گانی بان<sup>۲</sup> و سیکتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). این کودکان نسبت به همسالان آزار ندیده کمتر دوست داشتنی و محبوب هستند (سالزینگر<sup>۴</sup>، فلدمن<sup>۵</sup>، همبر<sup>۶</sup> و روزاریو<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳) و کمتر می توانند با دیگران روابط صمیمانه برقرار کنند (پارکر<sup>۸</sup> و هررا<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶).

کودکان آزار دیده از نظر تحصیلی موفق نیستند و در آزمون های ریاضی و کلامی مشکلات زیادی دارند (کاپلری<sup>۱۰</sup>، اکنرود<sup>۱۱</sup> و پاورز<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۳)، رفتارهای پرخاشگرانه دارند (داج<sup>۱۳</sup>، لاکمن<sup>۱۴</sup>، هرنیش<sup>۱۵</sup>، بیتس<sup>۱۶</sup> و پتی<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۷) و به رفتار همسالان خود نیت خصمانه نسبت می دهند (داج، بیتس و پتی، ۱۹۹۰)، بیشتر از همسالان خود، به خصوص در نوجوانی، به رفتارهای خطرناک و خودکشی دست می زنند (کاپلان، پلکوویتس<sup>۱۸</sup>، سالزینگر، مندل<sup>۱۹</sup> و واینر<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۷) و در معرض خطر بالای ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطرابی، سلوک، بی اعتنایی مقابله جویانه، اختلال بیش فعالی و کمبود توجه، و مصرف مواد قرار دارند (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۸).

تجارب آسیبزا اثر خاصی بر چگونگی تفکر انسان ها دارد و باعث می شود محرک های مبهم به عنوان نشانگرهایی از تجارب یا شرایط بالقوه خطرناک تفسیر گردد (لیتز<sup>۲۱</sup> و کین<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۹). کودکان از رفتار و نمادهایی برای دوباره سازی تجربه آزارنده استفاده می کنند تا بتوانند با اوضاع سازگاری پیدا نمایند (کایزر<sup>۲۳</sup>، هستون<sup>۲۴</sup>، میلسپ<sup>۲۵</sup> و پروریت<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۱). آنان با وضعیت های مشابه موقعیت آسیبزای اولیه اشتغال خاطر پیدا می کنند (اث<sup>۲۷</sup> و پینوس<sup>۲۸</sup>، ۱۹۸۵) و در داستان هایشان در مورد روابط بین فردی انتظارات مثبت کمتری دارند (مک کرون<sup>۲۹</sup>، اگلند<sup>۳۰</sup>، کالکوسکه<sup>۳۱</sup> و کارلسون<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۴). افراد از تجارب شخصی خاص در مورد انتظارات کلی خود از کارآمد بودن، موفقیت، و کنترل بر خود

- |                       |                |
|-----------------------|----------------|
| 1- Barnett            | 2- Ganiban     |
| 3- Cicchetti          | 4- Salzinger   |
| 5- Feldman            | 6- Hammer      |
| 7- Rosario            | 8- Parker      |
| 9- Herrera            | 10- Cappelleri |
| 11- Eckenrode         | 12- Powers     |
| 13- Dodge             | 14- Lochman    |
| 15- Harnish           | 16- Bates      |
| 17- Pettit            | 18- Pelcovitz  |
| 19- Mandel            | 20- Weiner     |
| 21- Litz              | 22- Keane      |
| 23- Kizer             | 24- Heston     |
| 25- Millsap           | 26- Pruritt    |
| 27- Eth               | 28- Pynoos     |
| 29- McCrone           | 30- Egeland    |
| 31- Kalkoske          | 32- Carlson    |
| 33- Bandura           | 34- Valente    |
| 35- Expectations Test | 36- Gully      |
| 37- Grauerholz        | 38- Worling    |
| 39- Morton            | 40- Browne     |

درمورد آزمون انتظارات با توجه به اینکه آزمون به شکل تصویری می‌باشد، فقط دستورالعمل اجرا و فیلم آموزشی آن ترجمه و چندین بار مرور شد تا آزمون با کمترین خطا و مطابق با روش سازنده آن اجرا شود.

آزمودنی‌های بالینی کودکان و نوجوانانی بودند که از مهر ۱۳۸۳ تا فروردین ۱۳۸۴ با شکایات مختلف به صورت متوالی و برای اولین بار به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه مراجعه می‌کردند و برای شرکت در طرح تحقیقاتی رضایت خود و خانواده‌شان جلب می‌شد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه شامل داشتن ۴-۱۷ سال سن و بهره هوشی مرزی و بالاتر بود. مبتلایان به بی‌قراری، اختلال شدید سایکوتیک یا اختلال سطح هشجاری وارد مطالعه نمی‌شدند. گروه شاهد، کودکان و نوجوانانی بودند که به دلیل مشکلات دهان و دندان به درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه تهران مراجعه می‌کردند و در ضمن فاقد سابقه مشکلات روانپزشکی خاصی بودند که منجر به مراجعه به مراکز روانشناسی یا روانپزشکی شده باشد.

برای شرکت در مطالعه از نمونه‌ها و خانواده‌شان رضایت گرفته می‌شد.

در این مطالعه آزمون‌های زیر به کار گرفته شد.

۱- پرسشنامه اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان سنین مدرسه<sup>۲</sup> (K-SADS): این پرسشنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که برای افراد ۶-۱۸ ساله به کار می‌رود، به‌وسیله مصاحبه‌گر و با پرسش از کودک و والدین پر می‌شود، و وجود اختلالات را طبق معیارهای DSM-III-R و DSM-IV می‌سنجد. پرسشنامه باید به‌وسیله درمانگر ماهر تکمیل شود و اجرای آن حدود ۷۵-۹۰ دقیقه برای کودک یا هر یک از والدین و در کل ۲/۵ ساعت طول می‌کشد. درمانگر پس از ارزیابی و مقایسه اطلاعات به‌دست آمده از کودک و والدین تشخیص نهایی را ثبت می‌نماید.

K-SADS در مطالعات همه‌گیرشناسی پرسشنامه مناسبی است، اما برای ارزیابی پاسخ درمانی حساسیت کافی ندارد. این ابزار بسیار

تواند رفتارهای بین‌فردی کودک آزار دیده را جست‌وجو کند خواهد توانست به بیماریابی و تشخیص حالات همراه وی کمک نماید. پرسش‌نامه رفتار اجتماعی<sup>۱</sup> (SBI) (گولی، ۲۰۰۱) آزمونی پایدار و روا برای سنجش رفتارهای کودک است که به‌وسیله والدین یا درمانگران گزارش می‌شود و برای سنجش تأثیرات درمانی نیز به کار می‌رود (گولی، ۲۰۰۱).

برای مطالعه جمعیت‌شناسی در جمعیت عمومی انتخاب یک راه عملی برای کشف وجود و شدت بدرفتاری با کودکان لازم می‌باشد. بدین منظور استفاده از ابزارهای مناسب با فرهنگ جمعیت مورد نظر ضروری است. برای دستیابی به این ابزارها یک روش، تهیه و طراحی ابزارهای جدید بر اساس شواهد علمی و راه دیگر هنجارسازی و اعتباریابی ابزارهای موجود در سایر نقاط دنیا می‌باشد. از آن جایی که فاش کردن مسأله کودک‌آزاری و عواقب آن معمولاً از طرف خانواده‌ها با اکراه و سختی انجام می‌شود و در ضمن در کشور ما ابزار روان‌سنجی مرتبط مناسبی نیز وجود ندارد، بهتر بود ابزاری انتخاب شود که کمتر به نظردهی افراد بالغ و مراقبان کودک وابسته باشد و نیازی نیز به بهره‌مندی کودک از توانایی خواندن و نوشتن کافی یا حافظه قوی نداشته باشد، ولی درعین حال بتواند کودک‌آزاری و نتایج آن را به‌وسیله ارزیابی شخص آزار دیده بسنجد (گولی، ۲۰۰۳).

## روش

این پژوهش از نوع بررسی آزمون‌ها بود و در دو مرحله ترجمه و سپس بررسی روایی و پایایی آزمون‌ها انجام شد:

متن انگلیسی پرسش‌نامه رفتار اجتماعی به‌وسیله دو مترجم دو زبانه (انگلیسی/فارسی) که یکی روان‌پزشک عضو هیأت علمی دانشگاه و دیگری یک پزشک عمومی بود، به فارسی ترجمه شد (ترجمه مستقیم). سپس یک کارشناس دو زبانه که به زبان بومی مردم آمریکا مسلط بود و در ضمن با متن انگلیسی SBI آشنایی نداشت و از اطلاعات تخصصی روانپزشکی هم برخوردار نبود، متن را مجدداً از فارسی به انگلیسی بازگرداند. متن به‌دست آمده به‌وسیله دو روانپزشک دیگر که عضو هیأت علمی بودند با متن اصلی مقایسه و اصلاحات لازم انجام شد.

1- Social Behavior Inventory  
2- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children

می‌شود. این سؤالات بر اساس مفاهیم نظریه یادگیری اجتماعی بنا شده است. نتایج پرسشنامه در پنج گروه رفتاری، چهار شاخص عمده، و یک نمره کلی کفایت اجتماعی تقسیم‌بندی می‌شود. خصوصیات روان‌سنجی این ابزار بدین صورت معرفی شده است: آلفای کرونباخ برای پنج مقیاس نامبرده از ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ و برای نمره کل ۰/۸۶ بوده است. پایایی بازآزمون از ۰/۷۷ تا ۰/۸۴ متغیر ( $p < ۰/۰۵$ ) بوده و در تمام موارد به‌جز مورد مجادله‌گر-انزجاری میان والدین با یکدیگر و با درمانگران توافق وجود داشته است. برای تعیین روایی همگرا و افتراقی، گولی نشان داد که نمرات SBI با نمره T گزارش شده به‌وسیله چک‌لیست رفتاری کودکان<sup>۴</sup> برای کفایت کلی و با نمره ابزار رفتار جنسی کودکان<sup>۵</sup> برای رفتار جنسی کلی هماهنگی دارد. کفایت کلی با رفتار بین‌فردی کمتر انزجاری و با مطلوبیت بیشتر همبستگی داشته است. کودکانی که به‌نظر والدین خود کانون کنترل درونی بیشتری داشتند، در آزمون SBI رفتارهای انزجاری کمتر و رفتارهای مطلوب بیشتری نشان می‌دادند.

نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد. بدین منظور فهرستی از کلیه بیمارانی که برای اولین بار و به‌صورت متوالی به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان روزبه (گروه مورد) یا دندانپزشکی دانشگاه تهران (گروه شاهد) مراجعه می‌کردند، تهیه شد و افرادی که شرایط ورود و خروج را داشتند انتخاب شدند. سپس مراحل طرح برای بیمار و والد توضیح داده می‌شد و در صورت رضایت، برای اجرای مراحل طرح به همکاران طرح (روانپزشک فوق‌تخصص کودک و نوجوان، دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان، پزشک عمومی و روانشناس) معرفی می‌شدند. همکاران طرح از نتایج ارزیابی یکدیگر بی‌اطلاع بودند. درمورد مراجعان به بیمارستان روزبه اقدامات معمول تشخیصی و درمانی صورت می‌گرفت. اگر در مراجعان دندانپزشکی مشکل خاص روانشناختی یا روانپزشکی به‌دست می‌آمد، پس از ارایه توضیحات لازم، توصیه می‌شد تا به یکی از مراکز روانپزشکی دانشگاهی مراجعه نمایند.

اختصاصی است اما حساسیت کمی دارد (آمبروسینی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).  
 ۲- آزمون انتظارات (ET): ET یک ابزار خودگزارشی از انتظارات کودکان ۱۷-۴ ساله است. این ابزار برای سنجش انتظارات کودک از هیجان‌ات، تجربیات و کارآیی خود در موقعیت‌های اجتماعی به صورت عام و به‌خصوص برای مواردی که احتمال کودک‌آزاری جسمی یا جنسی وجود دارد، طراحی شده است. در پاسخ به ۱۶ عکس مبهم از کودکان، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود توضیح دهند به‌نظر آنها کودک درون هر تصویر چه احساس می‌کند، چه برایش اتفاق خواهد افتاد و آیا می‌تواند آنچه در هر عکس برایش رخ می‌دهد، کنترل کند. کودکان برای توصیف احساس کودک مشاهده شده در تصویر یک مورد از پنج گزینه کلامی (ترسیده، غمگین، عصبانی، خوب، شاد) را انتخاب می‌کنند. پس از ارزیابی هیجانی، از آنان پرسیده می‌شود چه اتفاقی برای کودک خواهد افتاد تا تجربه مورد انتظار نیز مشخص گردد. پاسخ‌های به دست آمده در چهار گروه جداگانه به صورت منفی، خنثی، مثبت و ناشناخته قرار داده می‌شود. برای هر کدام از ۱۶ تصویر نمره کارآمدی به‌دست می‌آید، به این صورت که اگر پاسخ کودک در طبقه منفی یا مثبت قرار گرفته باشد از او پرسیده می‌شود آیا کودک می‌تواند این تجربه را متوقف کند یا تغییر دهد؟ تعداد بلی‌ها و خیرهای کودک در فرمول قرار می‌گیرد تا نمره کارآمدی به‌دست آید (از صفر تا یک). مشخصات روان‌سنجی این ابزار بر اساس گزارش تهیه‌کننده آن به صورت زیر می‌باشد:

در مورد پایایی میان آزمونگران، میانگین کاپا برای مجموعه ۱۶ عکس ۰/۸۶ و نتایج ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای<sup>۲</sup> یک ( $p < ۰/۰۱$ ) به‌دست آمده است. ضریب پایایی درونی از ۰/۴۲ برای «عصبانیت» تا ۰/۸۲ برای «کودک‌آزاری جنسی» متغیر بوده و پایایی بازآزمون ۰/۸۸ گزارش شده است. روایی همگرا و افتراقی آزمون نیز در مقایسه با سیاهه علائم رویداد آسیب‌زا<sup>۳</sup>، بالاتر از ۰/۶۵ بوده است.

۳- پرسشنامه رفتار اجتماعی (SBI): این آزمون شامل فهرست ۳۰ سؤالی از رفتارهای بین‌فردی برای کودکان ۱۷-۴ ساله است که ظرف کمتر از چهار دقیقه به‌وسیله والد یا درمانگر تکمیل

1- Ambrossini

2- Intraclass Correlation Coefficient

3- Trauma Symptom Checklist for Children

4- Child Behavior Checklist 5- Child Sexual Behavior Inventory

**جدول ۱- فراوانی اختلالات روانپزشکی در گروه‌های بالینی و عمومی**

نوع اختلال	گروه بالینی (درصد)	گروه عمومی (درصد)
اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی	۲۱/۴	۱۱/۵
اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌جویی	۱۴/۳	۳/۸
اختلال سلوک	۱۴/۳	-
اختلال افسردگی اساسی	۲۵	۳/۸
اختلال دوقطبی	۴۱/۷	-
اختلال سایکوتیک	۱۴/۳	-
اختلال پانیک	۴/۲	-
اختلال اضطراب جدایی	۴/۲	۷/۷
فوبیای اجتماعی	۱۴/۳	۱۵/۴
فوبیای اختصاصی	۸/۳	۵۳/۸
اختلال اضطراب منتشر	۸/۳	۱۱/۵
اختلال وسواسی - جبری	۲۰/۸	۷/۷
اختلال استرس پس از سانحه	۷/۱	-
شب‌اداری	۱۴/۳	۷/۷
اختلال دفع مدفوع	۱۴/۳	-
اختلال تیک	۱۴/۳	-

داده‌ها به برنامه رایانه‌ای SPSS بازبینی ۱۱ وارد شد. پایایی میان‌آزمونگران آزمون ET به وسیله ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای سنجیده شد. برای مقایسه میانگین نمرات علایم سنجیده شده در دو آزمون و شاخص‌های حاصل، با توجه به سابقه کودک آزاری از آزمون t مستقل استفاده گردید. برای سنجش رابطه میان نمرات و شاخص‌های ET و SBI ضریب همبستگی پیرسون به کار رفت.

### یافته‌ها

ترجمه و روایی بین‌فرهنگی SBI: ارزیابی موارد ترجمه شده و ترجمه معکوس SBI و مقایسه ترجمه معکوس با متن انگلیسی اصلی نشان داد که در اکثر قریب به اتفاق جملات فارسی، مفاهیم اصلی ابزار به خواننده ایرانی فارسی زبان قابل انتقال است. ناهماهنگی مشاهده شده در ترجمه فارسی بعضی موارد اصلاح گردید.

**جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات و شاخص‌های آزمون انتظارات در دو گروه بالینی و عمومی (n=۵۴)**

سطح معنی‌داری	گروه بالینی (۲۸ نفر)		گروه عمومی (۲۵ نفر)		
	میانگین (انحراف معیار)	۴/۳۹ (۲/۲۸)	میانگین (انحراف معیار)	۴/۲۶ (۲/۴۴)	
ns	۴/۳۹	(۲/۲۸)	۴/۲۶	(۲/۴۴)	انتظار کودک ترسیده
ns	۳/۶	(۱/۸۹)	۳/۵۷	(۱/۷۹)	از احساسات غمگین
ns	۰/۶	(۰/۹۵)	۰/۷۳	(۱/۲۱)	عصبانی
ns	۲/۷۵	(۲/۴۱)	۲/۵۷	(۲/۵)	خوب
ns	۴/۴۶	(۲/۵۳)	۴/۷۳	(۲/۰۸)	شاد
ns	۰/۰۷	(۰/۳۷)	۰	-	انتظار کودک منفی
ns	۲/۹۶	(۱/۷۹)	۱/۵۳	(۲)	از تجربیات آسیب جسمی
ns	۱/۲۵	(۱/۱۷)	۰/۶۹	(۱/۳۴)	جدایی
ns	۰/۶۴	(۱/۰۹)	۰/۸۴	(۰/۸۳)	سایر منفی‌ها
ns	۲/۵۳	(۲/۳۴)	۳/۹۲	(۲/۸۸)	ناراحتی
ns	۲/۶۴	(۱/۸۷)	۲/۸۸	(۲/۰۲)	خستگی
ns	۱/۱۷	(۱/۱۲)	۱/۵۷	(۱/۳۳)	مثبت
ns	۲/۹۶	(۱/۳۷)	۲/۳	(۱/۵۱)	سایر مثبت‌ها
۰/۰۰۱	۱/۸۲	(۱/۴۹)	۲/۰۳	(۳/۶۳)	ناشناخته
۰/۰۱۳	۷۴/۳۳	(۱۵/۸۱)	۳۶/۲۹	(۲۷/۰۳)	انتظار کودک از کارآمدی
ns	۷۷/۶۴	(۵۷/۵۰)	۴۸/۸	(۶۱/۹۳)	شاخص‌ها
۰/۰۵	-۲۶/۵	(۷۱/۸۶)	-۶۱/۳	(۱۰۴/۴۸)	کودک آزاری جسمی
۰/۰۰۱	-۹۹/۹۲	(۴۹/۷۸)	-۱۰۳/۳۸	(۱۱۶/۹)	در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن
ns	۳۸/۹۶	(۲۱/۷۲)	۱۹/۶۱	(۲۱/۶۵)	استرس پس از تراوما
ns	۶۹/۲۱	(۲۷/۳۲)	۵۷/۷۶	(۳۴/۲۸)	کودک آزاری جسمی در برابر کودک آزاری جسمی
ns	-۵۸/۷۱	(۲۲/۶۱)	-۵۴/۸	(۲۷/۷۵)	خطر خودکشی

**جدول ۳ - حساسیت و ویژگی شاخص‌های مختلف آزمون انتظارات در ارتباط با سابقه تجربیات منفی به درصد ( $n = 54$ )**

شاخص‌ها	گروه بالینی (۲۸ نفر)				گروه عمومی (۲۶ نفر)			
	کودک آزاری جنسی	کودک آزاری جسمی	کودک آزاری جنسی	کودک آزاری جسمی	در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن	استرس پس از سانحه	کودک آزاری جنسی	کودک آزاری جسمی
	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی
کودک آزاری جنسی	۲۵	۸/۶۹	-	-	۱۵	۰	-	-
کودک آزاری جسمی	-	-	-	-	-	-	-	-
در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن	-	-	۴۲/۸۵	۷/۶۹	۵۰	۱۵	۴۲/۸۵	۲۶/۳۱
استرس پس از سانحه	۵۰	-	۷/۶۹	۰	۱۶/۶۶	۴۵	۱۴/۲۸	۴۲/۱۰
کودک آزاری جنسی در برابر کودک آزاری جسمی	۲۵	-	۳۰/۷۶	۰	۸۰	-	۱۶/۶۶	-
خطر خودکشی	۰	۸۶/۹۵	۱۵/۳۸	۹۲/۸۵	۱۶/۶۶	۷۵	۲۸/۵۷	۷۸/۹۶

است.

میانگین و انحراف معیار نمرات به‌دست آمده از آزمون انتظارات در دو گروه بالینی و عمومی، با توجه به وجود یا فقدان اختلال روانپزشکی در گروه‌ها محاسبه شد. شایان ذکر است که با توجه به تعدد نمرات فوق، فقط موارد معنی‌دار در جدول ۴ گنجانده شده است.

نتایج مربوط به پرسشنامه رفتار اجتماعی: میانگین و انحراف معیار نمرات و شاخص‌های SBI و حساسیت و ویژگی آنها در دو گروه در جداول ۵ و ۶ خلاصه شده است:

در تحلیل مقایسه‌ای میانگین و انحراف معیار نمرات SBI در دو گروه با در نظر گرفتن سابقه تجربیات منفی، تنها در یک مورد اختلاف معنی‌دار به‌دست آمد. این اختلاف نشان‌دهنده بالاتر بودن نمره «رفتار رک - مطلوب» در دسته‌ای از افراد گروه عمومی بود که در زندگی خود سابقه قرار گرفتن در معرض خشونت داشتند (در مقایسه با کسانی که این سابقه را گزارش نکرده بودند) ( $p < 0/05$ ). در سایر مقایسه‌ها ارتباط معنی‌داری به دست نیامد.

ارزیابی روایی و پایایی آزمون‌های SBI و ET: در مجموع ۵۴ نفر وارد مطالعه شدند که ۲۸ نفر از نمونه بالینی بیمارستان روزبه و ۲۶ نفر از نمونه جمعیت عمومی درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه تهران بودند. گروه بالینی با میانگین سنی ۱۲/۹۶ سال (انحراف معیار ۳/۵) دارای ۱۳ پسر (۴۶/۴۲ درصد) بود و گروه جمعیت عمومی نیز با میانگین سنی ۱۰/۰۳ سال (انحراف معیار ۳/۳۹) چهار پسر (۱۵/۳۶ درصد) داشت.

در گروه جمعیت عمومی، سابقه کودک‌آزاری جسمی در ۲۳ درصد، کودک‌آزاری جنسی در ۳/۸ درصد، خشونت خانوادگی در ۲۶/۹ درصد و اختلال استرس پس از سانحه در ۳/۸ درصد موارد گزارش شد. این آمار برای دو مورد اول در گروه بالینی به ترتیب ۶۴/۴ درصد و ۱۴/۲ درصد بود، و سابقه‌ای از خشونت خانوادگی و استرس پس از سانحه به‌دست نیامد.

فراوانی اختلالات روانپزشکی هر دو گروه در جدول ۱ خلاصه شده است. نتایج اجرای آزمون انتظارات، درمورد انتظار کودکان از احساسات، تجارب و کارآمدی در جداول ۲ و ۳ خلاصه شده

**جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون انتظارات با توجه به اختلالات روانپزشکی در دو گروه بالینی و عمومی (n=۵۴)**

الف: گروه بالینی

	اختلال بیش فعالی کم توجهی			اختلال افسردگی اساسی			اختلال اضطراب منتشر			اختلال استرس پس از سانحه			اختلال دوقطبی	
	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا
ترسیده	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غمگین	۳/۶۶ (۱/۷۸)	۴/۰۸ (۲/۶۵)	<۰/۰۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
عصبانی	۰/۸۳ (۱/۶)	۰/۸۴ (۰/۶۱)	۰/۰۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
خوب	۱/۵۰ (۱/۰۴)	۳/۳۸ (۲/۸۴)	۰/۰۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۱/۸۵ (۱/۵۱)	۴/۴ (۳/۰۲)
کودک آزاری جنسی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۲ (۰/۶۳)	-
آسیب جسمی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲/۶۲ (۲/۰۹)	۳/۱ (۰/۸۹)
سایر منفی ها	۰/۱۶ (۰/۱۴)	۰/۵ (۰/۷)	۰/۰۳	۰/۶۶ (۱/۰۳)	۰/۳۳ (۰/۴۸)	<۰/۰۱	-	-	-	-	-	-	۰/۴۵ (۰/۶۷)	۰/۰۱
ناراحتی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۲/۶۸ (۲/۴۷)	۰/۰۳
تماس مثبت	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ناشناخته	-	-	-	-	-	-	۱/۹ (۱/۳۷)	۰/۰۵	-	-	-	-	-	-
کارآمدی	-	-	-	-	-	-	۶۹/۲۲ (۳۲/۶۳)	۷۶/۳۲ (۱۲/۶۱)	۰/۰۲	-	-	-	۶۸/۹۲ (۶/۰۴)	۸۰/۵۹ (۱۶/۱۱)

ب: گروه عمومی

	اختلال بیش فعالی کم توجهی			اختلال اضطراب جدایی			اختلال اضطراب منتشر			فویبای اجتماعی			شب اداری	
	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا	معنی داری	مبتلا	غیرمبتلا
ترسیده	۵/۶۶ (۶/۳۵)	۴/۰۸ (۱/۶۷)	<۰/۰۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غمگین	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
عصبانی	۲ (۶/۳۵)	۰/۵۶ (۰/۸۹)	۰/۰۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
خوب	-	-	-	-	-	-	۱ (۱/۴۱)	۲/۸۶ (۲/۵۶)	۰/۴۷	-	-	-	-	-
کودک آزاری جنسی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
آسیب جسمی	۳ (۴/۳۵)	۱/۳۴ (۱/۶۴)	۰/۰۰۲	-	-	-	۲ (۰)	۱/۴۷ (۲/۱۷)	۰/۰۳	-	-	-	-	-
سایر منفی ها	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰/۹۱ (۰/۸۲)	۰/۰۴
ناراحتی	۶/۳۳ (۶/۱۸)	۳/۶ (۲/۰۸)	<۰/۰۱	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تماس مثبت	-	۱/۷۸ (۱/۲۷)	۰/۰۰۶	۴ (۰)	۱/۳۷ (۱/۱۷)	۰/۰۱	-	-	-	-	-	۱ (۰/۸۱)	۱/۶۸ (۱/۳۹)	۰/۰۳
ناشناخته	۰/۳۳ (۰/۵۷)	۲/۲۶ (۳/۸۱)	۰/۰۴	-	-	-	۴/۷۵ (۶/۱۸)	۱/۵۴ (۲/۹۳)	۰/۰۳	۴/۷۵ (۶/۱۸)	۱/۵۴ (۲/۹۳)	۰/۰۳	-	-
کارآمدی	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**جدول ۶- حساسیت و ویژگی شاخص های پرسش نامه رفتار اجتماعی در رابطه با سابقه تجارب منفی به درصد (n=۵۴)**

شاخص ها	سابقه کودک آزاری جنسی		سابقه کودک آزاری جسمی		سابقه خشونت خانوادگی		سابقه استرس پس از سانحه	
	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی
گروه بالینی								
پرخاشگری	۰	۲۷/۲۷	۲۰	۲۸/۵۷	-	-	-	-
خشیم	۳۳/۳۳	۱۳/۶۳	۴۵/۴۵	۱۴/۲۸	-	-	-	-
خشونت قبلی	۳۳/۳۳	۴۵/۴۵	۲۷/۲۷	۵۰	-	-	-	-
خشونت بالقوه در آینده	۳۳/۳۳	۵۴/۵۴	۲۱/۴۷	۶۴/۲۸	-	-	-	-
گروه عمومی								
پرخاشگری	۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
خشیم	۰	۴۵	۰	۵۳/۳۳	۰	۴۱/۱۷	۰	۴۵
خشونت قبلی	۰	۲۵	۰	۹۲/۸۵	۰	۸۱/۲۵	۰	۸۰
خشونت بالقوه در آینده	۰	۹۰	۰	۹۲/۸۵	۰	۸۷/۵	۰	۹۰

### بحث

قابل انتقال به خوانندگان ایرانی فارسی زبان بود. پایایی بین آزمونگران درمورد آزمون انتظارات به وسیله ضریب همبستگی درون طبقه ای با حدود اطمینان ۹۵ درصد، رضایت بخش و در تمام موارد  $\alpha$  بالاتر از ۹ بود. بر اساس تحقیق تنوس<sup>۱</sup> (۲۰۰۲)

هدف این پژوهش سنجش روایی و پایایی پرسشنامه ET و SBI، در کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه بود. متن ترجمه شده SBT به فارسی حاوی مفاهیم قابل درک و

در تگزاس نیز پایایی میان‌آزمونگران نزدیک به ۱ بوده است. در مقایسه جمعیت بالینی با جمعیت عمومی، تنها اختلاف معنی‌دار در مورد انتظارات کودک مربوط به حوزه تجارب ناشناخته ( $p < 0/001$ ) و کارآمدی ( $p < 0/05$ ) بود، به طوری که مورد اول در کودکان جمعیت بالینی نسبت به جمعیت عمومی کمتر و مورد دوم بیشتر بود. گولی (۲۰۰۳) در مطالعه خود گزارش کرده است که بیماران روانپزشکی بستری در مقایسه با جمعیت طبیعی احساس ترس، تجربه آسیب جسمی و آزار جسمی بیشتر، و در عوض احساس غمگینی، سایر تجارب منفی، تماس مثبت، سایر تجارب مثبت و ناشناخته و کارآمدی کمتری دارند. بنابراین کمتر بودن تجربه ناشناخته با نتایج آن مطالعه هم‌خوانی دارد، اما کارآمدی بیشتر بیماران پژوهش حاضر (که با نتایج گولی مطابقت ندارد)، می‌تواند به ترکیب متفاوت اختلالات روانپزشکی در نمونه‌های دو پژوهش مربوط باشد، چرا که بیشتر بیماران این مطالعه را موارد سرپایی تشکیل می‌دادند که معمولاً به اختلالات خفیف‌تری مبتلا هستند. نکته جالب این بود که کارآمدی گزارش شده به وسیله بیماران مانیک در این طرح به صورت معنی‌داری پایین بود؛ بر خلاف تصور رایج که انتظار می‌رود این بیماران به دلیل خلق و اعتماد به نفس بیش از حد، انتظار کارآمدی بیشتری داشته باشند.

مقایسه شاخص‌های آزمون انتظارات در دو گروه نشان داد که تمام این شاخص‌ها در گروه بالینی (نسبت به گروه عمومی) میانگین بالاتری دارد، گرچه این اختلاف فقط در شاخص کودک‌آزاری جسمی و در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن معنی‌دار بود. به نظر می‌رسد این یافته‌ها با توجه به آسیب‌پذیری بیماران روانپزشکی در مقابل آزار دیدن و مورد آسیب واقع شدن، همین‌طور بروز علائم روانپزشکی به صورت ثانویه به رخدادهای آسیب‌زا، تأییدی منطقی بر نظریات علت‌شناختی استرس - آسیب‌پذیری باشد.

مرور شاخص‌های به‌دست آمده بر اساس نمرات مربوط به انتظارات کودک از احساسات، تجارب و کارآمدی نشان داد که در اکثر موارد، آزمون انتظارات (چه در گروه بالینی و چه در گروه عمومی) برای پیدا کردن سابقه کودک‌آزاری جنسی یا جسمی،

«در معرض خشونت قرار داشتن» یا «اختلال استرس پس از سانحه» از حساسیت قابل قبولی برخوردار نمی‌باشد. بالاترین حساسیت به‌دست آمده در مورد شاخص «استرس پس از سانحه» در رابطه با سابقه کودک‌آزاری جنسی در گروه بالینی (۵۰ درصد)، و در مورد شاخص «در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن» در رابطه با سابقه کودک‌آزاری جسمی در جمعیت عمومی ۵۰ درصد بود. شاخص «در معرض خشونت خانوادگی قرار گرفتن» نیز در مورد کشف سابقه خشونت خانوادگی در گروه عمومی از حساسیت ۴۲/۸۵ درصد برخوردار بود.

ویژگی این ابزار آمار قابل قبول‌تری به دست داد. شاخص خطری خودکشی در گروه بالینی، هم در کشف سابقه کودک‌آزاری جنسی (۸۶/۹۵ درصد) و هم سابقه کودک‌آزاری جسمی (۹۲/۸۵ درصد) از ویژگی بالایی برخوردار بود. در گروه عمومی ویژگی شاخص «کودک‌آزاری جنسی در برابر کودک‌آزاری جسمی» ۸۰ درصد، ویژگی شاخص «خطر خودکشی» در ارتباط با سابقه کودک‌آزاری جسمی ۷۵ درصد و در ارتباط با سابقه خشونت خانوادگی ۷۸/۹۶ درصد بود. بنابر ادعای گولی (۲۰۰۳) شاخص‌های فوق در اکثر موارد از حساسیت و ویژگی بالاتر از ۶۰ درصد برخوردار می‌باشد، اما در مطالعه اخیر این نتایج به خصوص در مورد حساسیت این ابزار تکرار نشد. گرچه برخی محدودیت‌های مطالعه از جمله حجم کم نمونه و بالطبع تعداد ناکافی زیرگروه‌های موجود در هر یک از جمعیت‌های مورد مطالعه می‌تواند در این عدم‌هماهنگی نقش داشته باشد، اما توجهات دیگری را نیز باید در نظر گرفت. از جمله نقش تفاوت‌های فرهنگی در برداشت کودکان و نوجوانان از تصاویر مبهمی که برای آزمون انتظارات در نظر گرفته شده است، چرا که مکان‌ها، افراد، نوع و چیدمان وسایل در تصاویر متناسب با شرایط فرهنگی کشور مبدأ می‌باشد و ممکن است برای جمعیت ایرانی تا حدی ناآشنا جلوه کند. توجه دیگر می‌تواند به برداشت متفاوت جامعه ما از رفتارهایی مربوط باشد که در فرهنگ غربی کودک‌آزاری یا خشونت محسوب می‌گردد. تغییرات و تأثیراتی که به دنبال رخداد آزاردهنده یا آسیب‌زا در محیط زندگی فرد یا رفتار و عکس‌العمل‌های دیگران نسبت به او ایجاد می‌شود نیز



می‌تواند در فرهنگ‌های مختلف تفاوت‌هایی داشته باشد.

مقایسه انتظارات کودکان در آزمون انتظارات با توجه به اختلافات موجود در جمعیت بالینی یا عمومی نتایج جالبی داشت. اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی با افزایش معنی‌دار احساس غمگینی و عصبانیت و کاهش معنی‌دار احساس خوب و سایر تجارب منفی در گروه بالینی، افزایش معنی‌دار احساس ترس و عصبانیت و تجربه آسیب جسمی و ناراحتی و کاهش معنی‌دار تماس مثبت و تجارب ناشناخته در گروه عمومی همراه بود. از آنجا که نتایج مربوط به بیماران بستری روانپزشکی در مطالعه گولی (۲۰۰۳) به تفکیک اختلافات موجود گزارش نشده است، نتایج مطالعه ما با آن قابل مقایسه نمی‌باشد. به نظر می‌رسد نتایج مربوط در گروه مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی می‌تواند با وجود اختلافات همبود مانند افسردگی و اضطراب توجیه گردد. ضمناً شواهد علمی حاکی از آن است که بیماران بیش‌فعال معمولاً بیشتر از غیر مبتلایان به بیش‌فعالی در معرض آسیب‌های جسمی ناشی از حوادث یا کودک‌آزاری‌های جسمی می‌باشند و کمتر مورد نوازش جسمی والدین قرار می‌گیرند، چرا که بیشتر به نقاط ضعف و ناتوانی آنها توجه می‌شود.

در مقایسه نمرات پرسش‌نامه رفتار اجتماعی بین دو گروه مورد مطالعه، تنها اختلاف معنی‌دار مربوط به بالاتر بودن رفتار ارتباطی غیرحساس-انزجاری در گروه بالینی (نسبت به جمعیت عمومی) بود.

مقایسه شاخص‌های SBI نشان داد که تمامی آنها در گروه بالینی نسبت به جمعیت عمومی بیشتر بود که به جز در مورد «خشونت قبلی» در سایر موارد معنی‌دار شد. این یافته‌ها اهمیت ارتباط روابط اجتماعی افراد با احتمال بروز رفتارهای برون‌ریز مانند پرخاشگری، خشم و خشونت را مطرح می‌کند و لزوم پرداختن به عوامل تأثیرگذار بر تعاملات بین‌فردی افراد، به‌خصوص کودکان و نوجوانان، را بیشتر آشکار می‌سازد. آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی از جمله موارد بسیار مهم در این مقوله می‌باشد که نقش آنها در پیشگیری از بروز رفتارهای پرخاشگرانه به کرات تأیید شده است.

مقایسه میانگین شاخص‌های فوق در گروه بالینی رابطه

معنی‌داری را بین انواع رفتارهای اجتماعی با سابقه کودک‌آزاری جسمی یا جنسی نشان نداد. گرچه این مقایسه در مورد سابقه کودک‌آزاری جسمی برای افراد جمعیت عمومی نیز قابل توجه نبود، اما وجود خشونت خانوادگی با افزایش معنی‌دار رفتار رک-مطلوب و توانمندی کلی اجتماعی همراهی داشت. در مطالعات گولی (۲۰۰۳) هر سه نوع رفتار انزجاری با افزایش احتمال آزار جنسی، جسمی، و خشونت خانوادگی همراه بوده و با رفتارهای مطلوب اجتماعی رابطه معکوس داشته است. در مطالعه حاضر خشونت خانوادگی با رفتار رک-مطلوب و توانمندی اجتماعی کلی همراه بود. یک تفسیر ممکن، هنجار بودن خشونت خانوادگی در بسیاری از خرده‌فرهنگ‌های کشور ما یا تأثیر مثبت آن در تقویت تاب‌آوری<sup>۱</sup> فرزندان خانواده‌های پرخشونت می‌باشد.

تفاوت شاخص‌های این پرسش‌نامه در دو گروه، با توجه به نوع اختلال روانپزشکی تنها در مورد اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی در گروه عمومی معنی‌دار بود. به این صورت که رفتار رک-مطلوب در گروه مبتلایان کمتر از گروه غیرمبتلا بود.

مطالعه حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه رفتار اجتماعی برای شاخص‌های چهارگانه آن، حاکی از حساسیت پایین این شاخص‌ها در اکثر موارد در هر دو گروه مورد مطالعه بود. اما ویژگی آن در موارد زیر مناسب به دست آمد: ویژگی شاخص خشونت بالقوه در آینده با توجه به سابقه کودک‌آزاری جسمی ۶۴/۲۸ درصد در جمعیت بالینی؛ ویژگی شاخص پرخاشگری با توجه به سابقه کودک‌آزاری جسمی و جنسی ۱۰۰ درصد؛ ویژگی شاخص خشونت قبلی با توجه به کودک‌آزاری جسمی ۹۲/۸۵ درصد، خشونت خانوادگی ۸۱/۲۵ درصد و استرس پس از تروما ۸۰ درصد؛ ویژگی شاخص خشونت بالقوه در آینده با توجه به سوابق آزار جنسی و جسمی، خشونت خانوادگی و استرس پس از تروما در حدود ۹۰ درصد. بنابراین پرسش‌نامه رفتار اجتماعی در کشف سابقه آزار دیدگی و تروما در کودکان شرکت‌کننده در مطالعه، ابزاری حساس به شمار نمی‌رود، گرچه میزان ویژگی آن در بسیاری موارد بسیار بالا و در حد عالی است. این ابزار برای بیماریابی در مطالعات غربالگری نامناسب، اما برای کنار گذاشتن

ندارد، لذا استفاده از تصاویر این آزمون و الگوبرداری در طراحی ابزارهایی با محتوای متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی شاید بتواند در ارزیابی آسیب در کودکان مفید باشد. پرسش‌نامه رفتار اجتماعی زمینه مناسبی فراهم می‌سازد تا با تأکید بر رفتارهای اجتماعی روزمره کودکان، احتمال وجود آسیب‌های جسمی، جنسی یا خشونت و رویدادهای آسیب‌زا در زندگی شناسایی شود. از این رو ممکن است این الگو بتواند در طراحی ابزار مشابه با جملات قابل درک‌تر و متناسب‌تر با ویژگی‌های جمعیتی، کمک‌کننده باشد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت، از جمله کم بودن تعداد افراد شرکت‌کننده، عدم آشنایی کامل آزمونگران با ابزار و کاربرد آن، منحصر بودن مطالعه به گروه خاصی از افراد جامعه و شرایط زمانی و مکانی نامناسب در اجرای آزمون‌ها، که البته سعی شد این محدودیت‌ها تا حد ممکن خللی بر روند پژوهش وارد نسازد. ذکر این نکته نیز ضروری است که تعمیم یافته‌های مطالعه به جمعیت‌های بزرگ‌تر باید با احتیاط و دقت فراوان صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود این ابزار در جمعیت‌های دیگر و با تعداد بیشتر مجدداً مورد مطالعه قرار گیرد تا عوامل مؤثر در پایایی و روایی شاخص‌ها و تک تک نمرات بهتر شناسایی گردد.

## سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که بدین وسیله قدردانی می‌گردد. برای اجرای قسمتی از پژوهش که در درمانگاه دندانپزشکی دانشگاه تهران انجام گرفت، از جناب آقای دکتر افشار، ریاست محترم دانشکده دندانپزشکی، و همکاران محترم ایشان سپاسگزاریم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۲۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۶/۲۱

1- clinical appraisal

## منابع

Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of*

موارد مثبت کاذب بسیار مناسب است و می‌تواند در مرحله دوم تحقیقات برای ارزیابی بالینی<sup>۱</sup> مورد استفاده قرار گیرد.

ارزیابی همبستگی میان نمرات ET و SBI در مطالعه گولی نشان داد که: رفتار صادقانه - مطلوب با تجربه خشی همبستگی مثبت و با احساس ترس و آسیب جسمی همبستگی منفی دارد. رفتار رک - مطلوب با احساس خوب همبستگی مثبت و تجربه خشی و کارآمدی با آسیب جسمی و تجربه ناشناخته همبستگی منفی دارد. رفتار نامناسب - انزجاری با احساس ترس و آسیب جسمی همبستگی مثبت و با احساس شادی و تجربه ناشناخته همبستگی منفی دارد. رفتار غیر حساس - انزجاری با احساس ترس و آسیب جسمی همبستگی مثبت و با ناراحتی هیجانی همبستگی منفی دارد. در این زمینه نتایج مطالعه ما با هیچ یک از موارد گزارش شده به وسیله گولی (۲۰۰۳) هماهنگ نبود. به نظر می‌رسد در بسیاری موارد در فرهنگ ما رفتارهای مطلوب رک و صادقانه منجر به عدم دریافت احساسات مثبت ارضاکنده و گاه تنبیه شدن در روابط اجتماعی فرد می‌گردد، گویی افراد با رفتارهای غیر صریح و سر بسته یا آمیخته به طنز و طعنه بیشتر مأنوس‌اند، آن را راحت‌تر می‌پذیرند، آسان‌تر می‌فهمند و ماهرانه‌تر اجرا می‌کنند.

یک ویژگی منحصر به فرد مطالعه اخیر مقایسه نمرات و شاخص‌های این دو ابزار با توجه به انواع اختلالات روانپزشکی موجود در افراد نمونه می‌باشد که تاکنون گزارشی از آن در متون علمی به ثبت نرسیده است و می‌تواند نقطه شروعی برای تحقیقات جامع‌تر باشد.

با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در درک رخداد آسیب‌زا و نیز پیامدهای کودک‌آزاری و نشانه‌های روحی آن به نظر می‌رسد ابزارهای مورد مطالعه حساسیت لازم برای شناخت این پدیده را نداشته باشند. آزمون انتظارات با توجه به تکیه آن بر تصاویر و عدم نیاز به استفاده از کلمات و جملات و توانایی خواندن و نوشتن، بالقوه می‌تواند ابزار مناسبی برای کاربرد در جمعیت‌های گوناگون باشد، ولی محتوای شکل‌ها با درک کودکان ما از آسیب همخوانی

*the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk maltreatment, negative expressivity, and the development of type D attachment from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46, 97-118.
- Cappelleri, J. C., Eckenrode, J., & Powers, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: Findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *American Journal of Public Health*, 83, 1622-1624.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanism in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E., & Pettit, G. S., (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37-51.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 632-643.
- Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). *PTSD in children*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Grauerholz, L. (2000). An ecological approach to understanding sexual revictimization: Linking personal, interpersonal, and sociocultural factors and processes. *Child Maltreatment*, 8, 218-229.
- Gully, K. J. (2000). Initial development of the Expectations Test for children: A tool to investigate social information processing. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 1551-1563.
- Gully, K. J. (2001). The Social Behavior Inventory for children in a child abuse treatment program: Development of a tool to measure interpersonal behavior. *Child Development*, 6, 260-270.
- Gully, K. J. (2003). Expectations Test: Trauma Scales for Sexual Abuse, Physical Abuse, Exposure to Family Violence, and Posttraumatic Stress. *Child Development*, 8, 218-229.
- Kaplan, S. J., Pelcoritz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-1222.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (1997). Adolescent physical abuse and suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 799-808.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. C., & Labruna, V. E. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 954-959.
- Kizer, L. J., Heston, J., Millsap, P. A., & Pruritt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 776-783.
- Litz, B. T., & Keane, T. M. (1989). Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 9, 243-257.
- McCrone, E. R., Egeland, B., Kalkoske, M., & Carlson, E. A. (1994). Relations between early maltreatment and mental representations of relationships assessed with projective storytelling in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 6, 99-120.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1093-1104.
- Parker, J. G., & Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and non abused children's experiences. *Developmental Psychology*, 32, 1025-1038.
- Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents who are Sexually Abusive of Others. (1999). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 55S-76S.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64, 169-187.
- Worling, J. R. (1995). Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 610-613.