



Construction and Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS)-Parent Form

Azam Shahmohammadi Ghahsareh¹, Ahmad Abedi², Flor Khayatan³, Asghar Aghaei⁴

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Psychology and Educational of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) is one of the mood disorders of the fifth edition of the mental disorder's diagnosis. This disorder begins in the childhood and causes many problems for parents, teachers, friends, and children themselves. This disorder, which is associated with social problems, is also very debilitating. The present study was conducted with the aim of constructing and initial reliability of the disruptive mood dysregulation disorder scale.

Methods and Materials: The method of this research is descriptive and instrument making; while its statistical population is all parents of children aged 6-12 year in Isfahan in the year 1397. Statistical samples included 300 people which were selected by available sampling. To collect the data for evaluation of this disorder, the researcher-made Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS) was used. To examine the scale items, quantitative and qualitative content reliability, quantitative and qualitative nominal reliability, Exploratory Factor Analysis (EFA) with varimax rotation, Confirmatory Factor Analysis (CFA), and Cronbach's alpha coefficient were used.

Findings: Based on the parameters of impact coefficient index above 1.5, content reliability index above 0.62, reliability ratio above 0.70, and the exploratory and confirmatory factor analysis's, 24 scale items were kept in the instrument. Considering an eigenvalue above 1, four factors of impulsivity, performance, mood, and frustration were extracted. According to the obtained results, the four factors of this scale were able to predict 50.80% of the changes in the total scale. Also, a total scale reliability coefficient of 0.894 was obtained by Cronbach's alpha method.

Conclusions: Based on the results of this study, the content reliability index as well as the nominal and structural scale which are designed for the parents, are acceptable and can be used to evaluate the disruptive mood dysregulation disorder in children aged 6-12 year.

Keywords: Disruptive mood dysregulation disorder, Parents, Scale construction and reliability.

Citation: Shahmohammadi Ghahsareh A, Abedi A, Khayatan F, Aghaei A. **Construction and Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Scale (DMDDS)-Parent Form.** Res Behav Sci 2021; 19(2): 263-275.

* Ahmad Abedi,
Email: a.abedi@gmail.com

ساخت و اعتباریابی مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی-فرم والد (DMDDS)

اعظم شاه‌محمدی قهساره^۱ ID، احمد عابدی^۲ ID، فلور خیاطان^۳ ID، اصغر آقای^۴ ID

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
- ۴- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی یکی از اختلالات طبقه خلقی از پنجمین ویرایش تشخیص اختلالات روانی است. این اختلال از کودکی شروع شده و برای والدین، معلمان، دوستان و خود کودکان مشکلات زیادی ایجاد می‌کند. این اختلال که با مشکلات اجتماعی همراه است بسیار ناتوان‌کننده است. پژوهش حاضر با هدف ساخت و اعتباریابی اولیه مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش، توصیفی و ابزارسازی بوده و جامعه آماری این تحقیق عبارت است از کلیه والدین کودکان ۶-۱۲ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷. تعداد نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. جهت گردآوری داده‌ها به منظور سنجش این اختلال از مقیاس محقق‌ساخته اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی (DMDDS) استفاده شد. برای بررسی گویه‌ها از روایی محتوایی کمی و کیفی، روایی صوری کمی و کیفی، تحلیل عامل اکتشافی (EFA) با چرخش واریماکس، تحلیل عامل تأییدی (CFA) و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس پارامترهای شاخص ضریب تأثیر بالای ۱/۵، شاخص روایی محتوایی بالای ۰/۶۲، نسبت روایی بالای ۰/۷۰، همچنین بر پایه تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی تعداد ۲۴ گویه در ابزار حفظ شد. با در نظر گرفتن ارزش ویژه بالای ۱، چهار عامل تکانش‌گری، عملکرد، خلقی و ناکامی استخراج گردید. طبق نتایج به دست آمده از عوامل چهارگانه مذکور، این مقیاس قادر به پیش‌بینی ۵۰/۸۰ درصد از تغییرات کل مقیاس بود. همچنین ضریب اعتبار کل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹۴ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق، شاخص روایی محتوایی و نیز صوری و سازه‌ای مقیاس طراحی شده برای والدین قابل قبول بوده و می‌تواند جهت ارزیابی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی در کودکان ۶-۱۲ سال مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی، والدین، ساخت و اعتباریابی مقیاس.

ارجاع: شاه‌محمدی قهساره اعظم، عابدی احمد، خیاطان فلور، آقای اصغر. ساخت و اعتباریابی مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی-فرم والد (DMDDS). مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۰؛ ۱۹(۲): ۲۶۳-۲۷۵.

* احمد عابدی،

رایان‌نامه: a.abedi@gmail.com

مقدمه

کژ تنظیمی خلقی ایذایی اختلالی است که اغلب از کودکی شروع می‌شود و در بهزیستی روانی و دیگر جنبه‌های شخصیت فرد تا زندگی بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (۱). این اختلال به یکی از عوامل نگران‌کننده در رابطه با رشد و عملکرد کودکان تبدیل شده است. اختلال‌های کودکان اختلال‌های ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای والدین، معلمان، دوستان و خود کودکان مشکلات زیادی ایجاد کرده و با بسیاری از مشکلات اجتماعی همراه هستند. اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی از جمله این اختلال‌ها بوده و در گروه اختلالات خلقی طبقه‌بندی می‌شود (۲). تدوین‌گران ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با توجه به برجستگی علائم خلقی و هیجانی در کودکان مبتلا به کژ تنظیمی خلقی ایذایی و نیز چشمگیر بودن علائم خلقی نسبت به نشانه‌های رفتاری، بخش اختلال‌های خلقی را به‌عنوان جایگاه مناسب برای تشخیص اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی انتخاب کرده‌اند (۳). قابل توجه است که تحریک‌پذیری به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال شناخته می‌شود (۲). تحریک‌پذیری شدید و غیر دوره‌ای (دائمی) نشانه‌ای نسبتاً شایع است (۳). در گزارش ۳ ماهه‌ای که بر اساس ارزیابی مصاحبه با ساختار روان‌پزشکی از نمونه‌های ۲ تا ۱۷ ساله انجام شده است، دامنه شیوع این اختلال بین ۰/۸ تا ۳/۳ درصد گزارش شده است (۴). همچنین طبق تخمین‌های پژوهشی دیگر دامنه شیوع این اختلال از ۱ درصد تا ۲۶ درصد در نمونه‌های بالینی است (۵). تحریک‌پذیری در این کودکان به شکل انفجار مداوم خشم بوده که با سنین رشد کودکان متناسب نیست. طبق راهنمای تشخیصی اختلالات روانی، این اختلال شامل افراد زیر ۱۸ سال بوده و نشانه‌ها برای ۱۲ ماه مداوم پابرجا می‌باشد (۲).

تحریک‌پذیری با مواردی همچون خشم، بدقلقی، مرافعه، به‌آسانی رنجاندن دیگران، به‌راحتی ناکام شدن، زودرنجی، بدقلقی، از جا دررفتن، اغلب رنجیده بودن، تغییر سریع خلق، قشقرق، گاز گرفتن دیگری و حساسیت عمومی نمایان می‌شود (۶). این نشانه‌ها به یک الگوی رفتاری مزمن تحریک‌پذیر تبدیل می‌شوند که نمود عملی این نشانه‌ها حمله‌های کلامی و پرخاشگری فیزیکی به اعضای خانواده، دوستان و معلم است. همچنین این اختلال که با بی‌قراری و احساس ملال همراه است (۷)، در واکنش به ناکامی ایجاد می‌شود. ناکامی‌هایی از

قبیل ناکامی در انتظار رسیدن به پاداش، در اثر نارسایی در عزت‌نفس، ناتوانی در مهارت‌های ارتباطی و کسب مهارت‌های فردی و بین فردی منجر به تحریک‌پذیری و انفجار خشم می‌شوند (۸). علاوه بر این، کودکان مبتلا به این اختلال در تنظیم خلق خود ناتوان و بی‌ثبات هستند (۹). نقص در توانایی تغییر توجه (۱۰، ۱۱)، نقص در فهم محرک‌های هیجانی، خطا در پیش‌بینی پاداش (۱۱) و ضعف در کارکرد اجرایی (۱۲) از موارد مرتبط با این کژ تنظیمی است. از ویژگی‌های دیگر این اختلال می‌توان به محدودیت در استفاده از فن‌های حواس‌پرتی، نقص در عملکرد شناختی، ضعف در یادگیری و نیاز به یادگیری پاسخ انتخابی، کارکرد ضعیف در انگیزندگی یادگیری در کودکان مبتلا اشاره کرد (۱۱).

تکانه‌ها و تحریک‌پذیری مزمن در این اختلال با آسیب شدید در کودکان همراه است به‌طوری‌که دامنه شدت تحریک‌پذیری به مدرسه، سیستم سلامت روانی فرد، رفاه کودکان و دادگاه‌ها کشیده می‌شود. با توجه به فراوانی بالای تحریک‌پذیری شدید و دائمی و پیامدهای شدت آسیب‌زای آن برای کودکان مبتلا به این اختلال، نیاز به مراقبت‌های جدی در آن‌ها احساس می‌شود (۱۳). این ویژگی‌ها از دلایل مهم ارجاع آن‌ها به مراکز درمانی است که در صورت درمان نشدن با پیامدهای منفی از جمله مشکلات عملکردی و ارتباطی روبرو می‌شوند و تا بزرگسالی ادامه دارند (۹). تحریک‌پذیری شدید حتی بعد از کنترل دیگر اختلال‌ها، یک پیش‌بینی کننده قوی برای اختلال‌ها و آسیب‌شناسی آینده است (۶). این اختلال می‌تواند به‌عنوان رفتاری ایذایی مشکلاتی برای افراد به وجود بیاورد، مانند امتناع از انجام خواسته‌های بزرگسالان، سرپیچی کردن و بی‌نظمی در رفتار که با اختلالات نافرمانی مقابله‌ای، بیش‌فعالی و اختلال سلوک مشترک است (۱۳). همچنین داشتن احساسات منفی و بدرفتاری با دیگران (۱۴، ۱۱، ۱۵) منجر به طرد آن‌ها و کاهش فرصت آموزش و یادگیری می‌شود (۱۶). از سوی دیگر ناکامی این کودکان در موقعیت‌ها و اهداف خود باعث تحریک‌پذیری و پرخاشگری بیشتر می‌شود. سرعت پاسخ به شکست کندتر از دیگران بوده و با افسردگی ارتباط دارد که نشانه کاستی در کارکرد اجرایی است (۱۷). در این اختلال نشانه‌ای از خلق بالا یا بزرگ‌منشی دیده نمی‌شود و تحریک‌پذیری آن‌ها هرچند شدید است، دوره‌ای نیست؛ بنابراین با معیار دوره‌ای بودن نشانه‌ها که از معیارهای مهم برای تشخیص اختلال دوقطبی است هماهنگی ندارد. این اختلال در

قابل ذکر است که مجوز انجام این مطالعه از سوی آموزش و پرورش استان اصفهان ارائه گردید. برای دستیابی به اهداف کلی این مطالعه، تدوین گویه‌ها و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس در دو مرحله انجام گردید. مرحله اول ساخت هر آزمون، مطالعه نظریه و تئوری‌های مطرح شده در این زمینه است (۲۱). در این پژوهش نیز پس از مطالعه مبانی نظری و تئوری‌های موجود و همچنین با بررسی تعدادی از پژوهش‌های داخلی و خارج از کشور، عوامل اصلی در اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی استخراج شدند. به این ترتیب و با در نظر گرفتن همه عواملی که به عنوان کژ تنظیمی خلقی ایذایی در حیطه کودکان مطرح شده بودند، مقیاسی با ۲۴ گویه که دربرگیرنده چهار عامل یا مؤلفه اصلی بود، تهیه شد. مرحله دوم ساخت آزمون، سنجش اعتبار و روایی آن است که از مهم‌ترین عوامل مورد توجه در ساخت آزمون می‌باشد. در این پژوهش، جهت به دست آوردن روایی صوری از روش محاسبه شاخص تأثیر آیتام استفاده گردید. بدین منظور از ده نفر از والدین درخواست گردید تا با توجه به اهمیت هریک از گویه‌ها، آن‌ها را در یک طیف لیکرتی پنج‌قسمتی مورد بررسی قرار داده و سپس یک گزینه را انتخاب نمایند. پس از محاسبه امتیاز تأثیر هر گویه، روایی صوری کمی مقیاس ارزیابی گردید. در روش محاسبه شاخص تأثیر، در صورتی که امتیاز تأثیر هر گویه بالاتر از ۱/۵ باشد، گویه برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ می‌گردد. به این ترتیب در این مقیاس، ۲۴ گویه ملاک لازم را به دست آورد (۲۲).

جهت دست‌یابی به روایی محتوا، اقدام به جمع‌آوری آن دسته از گویه‌ها و عبارت‌هایی شد که ویژه کژ تنظیمی خلقی ایذایی بر اساس مؤلفه‌های به دست آمده باشند. فرم اولیه گویه‌ها به منظور تعیین روایی محتوا در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی قرار گرفت. پس از دریافت نظرات و پیشنهادهای اصلاحی، گویه‌هایی که نقص داشتند مورد اصلاح و بازبینی قرار گرفتند. گویه‌های نامناسب حذف و گویه‌های دیگری جایگزین آن‌ها گردید. جهت ارزشیابی روایی محتوایی به صورت کمی، محاسبه شاخص روایی محتوا (CVR^1) و نسبت روایی محتوا (CVI^2) استفاده شد. طبق نتایج به دست آمده گویه‌ها دارای

معیارهای اختلال نافرمانی نمی‌گنجد زیرا تحریک‌پذیری آن‌ها محدود به موارد نافرمانی، قانون شکنی و ستیزه‌جویی نیست. در معیارهای اختلال افسردگی تک‌قطبی و اضطرابی نیز قرار نمی‌گیرند زیرا معیارهای این اختلالات تکمیل نمی‌شود. همچنین در تحریک‌پذیری، خشم و بی‌قراری‌هایی که در سیر طبیعی تکاملی در سنینی خاص رخ می‌دهند نیز نمی‌گنجد زیرا از نظر شدت، دفعات و اختلال حاصل از آن، بسیار شدیدترند. شدت، بسامد و آسیب‌زایی تحریک‌پذیری در این کودکان از تحریک‌پذیری که به طور معمول در اختلال نافرمانی، بیش‌فعالی، افسردگی تک‌قطبی و اضطرابی دیده می‌شود، بسیار بیشتر است (۱۸). بر این اساس، سنجش موقعیت و شرایط هر فرد قابلیت ارزیابی و سنجش اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی را ندارد (۱۷، ۱۹). با توجه به اهمیت تحریک‌پذیری و اولویت در تشخیص ویژگی اصلی برای اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی و نبود ابزار سنجش و مقیاس، پژوهش حاضر به منظور ساخت مقیاسی با اعتبار و روایی مناسب انجام گرفت تا پژوهشگران و درمانگران بتوانند کودکان مبتلا به اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی را با کودکانی که معیارهای ویرایش چهارم راهنمای تشخیص آماری و اختلالات روانی را برای دیگر اختلال‌های مشابه پر می‌کنند، مقایسه کنند. هدف از ساخت این آزمون تأکید بر وضعیت مؤثر بر ابتلا به این اختلال است. اگرچه تحریک‌پذیری در اختلال‌های دیگر مانند بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک نیز دیده می‌شود، اما تحریک‌پذیری برای این اختلال‌ها یک پدیده ثانویه است ولی برای اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی به عنوان معیار اولیه برای تشخیص و درمان محسوب می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی است. هدف پژوهش، ساخت و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس محقق ساخته اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی است. جامعه مورد نظر والدین کودکان ۱۲-۶ سال شهر اصفهان بودند که بر روی ۳۰۰ نفر از والدین به عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد. از آنجا که کامری (۱۹۸۶) حجم نمونه ۳۰۰ نفری را برای تحلیل عاملی حجم نمونه‌ای مناسب تلقی می‌کند (۱۹)، این تعداد حجم نمونه برای پژوهش انتخاب و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۱ . Content Validity Index

۲ . Content Validity Ratio

عامل به‌عنوان متغیرهای آشکار بر روی متغیر مکنون کژ تنظیمی خلقی ایدایی مورد برازش قرار گرفت.

روش نمره‌گذاری مقیاس محقق ساخته کژ تنظیمی خلقی ایدایی به‌صورت لیکرتی شامل پنج گزینه (همیشه، اغلب اوقات، گاهی، به‌ندرت و هرگز) است که به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره‌گذاری شده‌اند. عامل‌های آزمون پس از تعیین نتایج تحلیل عامل و همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل گویه‌ها و نام‌گذاری آن‌ها، تعیین شده و نمره کل هریک از خرده مقیاس‌ها از جمع امتیازهای آن‌ها به دست آمد.

یافته‌ها

در این پژوهش پس از مطالعه مبانی نظری و تئوری اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی، همچنین بررسی پژوهش‌هایی که در این رابطه در داخل و خارج از کشور انجام شده است، عوامل اصلی در حوزه کژ تنظیمی خلقی ایدایی استخراج گردید. به این ترتیب با در نظر گرفتن کلیه عواملی که به‌عنوان کژ تنظیمی خلقی مطرح شده بودند، مقیاس حاوی ۲۴ گویه که دربرگیرنده چهار عامل یا مؤلفه اصلی بود تهیه شد. در فرایند روایی صوری، نتایج به‌دست‌آمده از طریق محاسبه شاخص تأثیر آیتم، نشان می‌دهد که امتیاز تأثیر بیشتر آیتم‌ها بیشتر از ۱ بودند و نتایج حاصل از روایی محتوایی با محاسبه CVI و CVR به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۰ بود.

روایی‌سازه با تحلیل عاملی اکتشافی

به‌منظور انجام روایی‌سازه مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایدایی، ابتدا روش تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) بررسی شد که طبق نتایج به‌دست‌آمده با توجه به معناداری کرویت بارتلت، معناداری این تحلیل کمتر از ۰/۰۵ بود. به‌منظور شناسایی و تعیین عامل‌هایی که زیربنای عملکرد در خرده آزمون‌ها را تشکیل می‌دهند، از رویکرد تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس استفاده گردید. برای مشخص کردن پیش‌فرض چندگانگی خطی تحلیل عاملی از شاخص کیسر، مایر و الکین (KMO) استفاده شد. همچنین برای تعیین تعداد عامل‌ها از نمودار سنگ ریزه و ملاک کیسر استفاده شد. به‌منظور بررسی تحلیل عاملی، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که در ادامه ارائه می‌گردد؛ بنابراین می‌توان گفت تحلیل عاملی صحیح بوده و عامل‌های تشکیل‌دهنده مقیاس بیش از یک عامل بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس طراحی شده برای سنجش اختلال

شاخص نسبی روایی محتوایی بالای ۰/۷۰ و شاخص روایی محتوایی بالای ۰/۶۲ بودند (۲۳).

جهت برآورد روایی واگرا از فرم CDS^۳ (افسردگی کودکان-فرم والد) استفاده شد. این فرم ابزاری مشابه و قابل مقایسه با مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی است تا نتایج حاصل دقیق و پیش‌بینی پذیر باشد (۲۴). جهت مقایسه محتوایی این مقیاس با دیگر مقیاس‌های حوزه افسردگی کودکان، مقیاس محقق ساخته این پژوهش با مقیاس افسردگی کودکان (CDS) ساخته شده توسط راسکین و مورد تجدید نظر قرار گرفته توسط تیشور و لانگ، مقیاسه گردید. این ابزار یک مقیاس ۶۶ سؤالی است که علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان را می‌سنجد و شامل ۴۸ ماده منفی (افسردگی) و ۱۸ ماده مثبت (لذت و خوشی) است (۲۵).

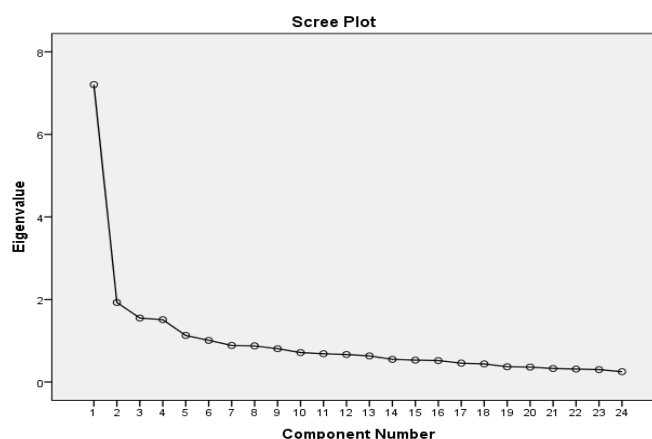
روایی همگرا از طریق همبسته نمودن عملکرد افراد در گویه‌ها با نمره کل مقیاس، در زمینه روایی‌سازه به دست می‌آید. همچنین روایی‌سازه به میزان قابلیت تشخیص صفات زیر بنایی مقیاس و نیز این‌که صفات تا چه اندازه بر مدل نظری مقیاس منطبق است، مرتبط می‌باشد (۲۱). در مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی، روایی‌سازه با روش تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس، با استفاده از نرم‌افزار Spss-23 انجام شد (۲۶). هدف از چرخش واریماکس که از دورانی عمود بر هم تشکیل شده، رسیدن به ساختار ساده است. روش واریماکس پیچیدگی مؤلفه‌ها را با بزرگ‌تر سازی بارهای بزرگ و کوچک‌تر سازی بارهای کوچک در داخل هر مؤلفه به حداقل می‌رساند (۲۳). برای مشخص کردن کفایت حجم نمونه‌گیری از آزمون کیسر، مایر و الکین (KMO) استفاده شد. میزان این شاخص بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد تحلیل عاملی دقیق‌تر خواهد بود که میزان آن دست‌کم ۰/۷ و یا بیشتر است (۲۷). پس از استخراج عوامل برای هر عامل اسم‌های مرتبط با متغیرهای هریک از عامل‌ها انتخاب گردید (۲۷).

روایی‌سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA) با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 مورد آزمون قرار گرفت (۲۸). به این صورت که ابتدا برازش هر کدام از گویه‌های استخراجی، بر روی هر عامل به‌صورت جداگانه بررسی شد و سپس چهار

3. Children Depression Scale

به دست آمده در این مقیاس $0/886$ است. شاخص ارائه شده برای آزمون پیش فرض چندگانگی خطی، شاخص تقارن بارتلت است. این شاخص به صورت مجذور کای (Chi-square) گزارش می شود. اگر احتمال این شاخص $0/05$ یا کوچک تر باشد (مجذور کای معنادار باشد)، ماتریس همبستگی مناسب تحلیل عامل می باشد. می توان نتیجه گرفت که پیش فرض عدم چندگانگی خطی رعایت شده است و با توجه به معنادار بودن آزمون کرویت، تحلیل عامل درست بوده و عامل های تشکیل دهنده مقیاس بیش از یک عامل بوده است.

کژ تنظیمی خلقی ایدایی دارای ۴ عامل بود و طبق نتایج به دست آمده، ۴ عامل ذکر شده در مقیاس $50/80$ درصد واریانس کژ تنظیمی خلقی ایدایی را تبیین می کند. همچنین هر کدام از عامل ها مقدار قابل توجهی از واریانس کل را تبیین می کنند (عامل نخست $14/43$ درصد، عامل دوم $14/36$ درصد، عامل سوم $12/03$ درصد و عامل چهارم $9/97$ درصد). پیش فرض کفایت حجم نمونه و پیش فرض چندگانگی خطی تحلیل عاملی، نیازمند حجم نمونه بزرگ و معمولاً بیش از ۲۰۰ نفر است. پیش فرض کفایت حجم نمونه توسط شاخص کیسر، مایر و الکین (KMO) محاسبه گردیده که مقدار KMO



نمودار ۱. نمودار سنگ ریزه

عامل اول شامل ۸ گویه است که عبارتند از: ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۱۰-۹-۶. عامل اول اشاره به مواردی همچون عدم کنترل، پرخاشگری، از کوره در رفتن، عجز بودن، بازی همراه با سروصدای زیاد، صبور نبودن و مانند این ها دارد. بر اساس این گویه ها، عامل اول و مواردی که این گویه ها آن را مورد سنجش قرار می دهند، به نام «کژ تنظیمی ایدایی تکانش گری» نام گذاری شد.

عامل دوم شامل ۶ گویه است که عبارتند از: ۵-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵. عامل دوم اشاره به مواردی همچون مشکلات در رابطه با ارتباط با معلم، دوستان، اعضای خانواده، مشکلات تحصیلی و مانند این ها دارد. بر اساس این گویه ها عامل دوم و مواردی که این گویه ها آن را مورد سنجش قرار می دهند به نام «کژ تنظیمی ایدایی عملکردی» نام گذاری شد.

یکی از روش های مورد استفاده جهت مشخص کردن تعداد عامل ها، نمودار سنگ ریزه است. عامل اصلی که بیشترین واریانس را محاسبه می کند، در قسمت شیب دار صخره قرار گرفته است. عامل های فرعی که واریانس کمتری را محاسبه می کنند، در قسمت کم عمق صخره قرار دارند. ملاک استخراج عامل ها، نقطه شکستگی در نمودار است. بر این اساس، نقطه مربوطه به چهارمین عامل اشاره دارد و پس از آن شیب عامل ها تقریباً یکسان می شود که نمودار ۱ چهار عامل را در قسمت شیب دار نشان می دهد.

در تحلیل عاملی اکتشافی حداقل بار عاملی معنادار $0/3$ در نظر گرفته شده و ۲۴ گویه مورد تحلیل قرار گرفت. هریک از گویه ها روی یکی از عامل ها دارای بار عاملی بزرگ تر و روی بقیه عامل ها دارای بار عاملی کوچکی بودند. گویه های مربوط به هریک از عامل ها به شرح ذیل است:

عامل چهارم شامل ۴ گویه است که عبارت‌اند از: ۸-۱۹-۲۰-۲۶. عامل چهارم به مواردی همچون احساس درماندگی، شکست، نرسیدن به هدف و مانند این‌ها اشاره دارد. بر اساس این گویه‌ها، عامل چهارم و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی ناکامی» نام‌گذاری شد.

عامل سوم شامل ۶ گویه است که عبارت‌اند از: ۱۲-۱۳-۱۱-۱۴-۱۵-۱۶. عامل سوم به مواردی همچون احساس خشم و تحریک‌پذیری، بدخلقی (مانند اخم کردن، آه کشیدن، نق زدن، غر زدن، گله کردن، پافشاری کردن و زودرنجی)، نداشتن تمرکز و عدم آگاهی از شرایط خود در شرایط تحریک‌پذیری اشاره دارد. بر اساس این گویه‌ها عامل سوم و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی خلقی» نام‌گذاری شد.

جدول ۲. ماتریس عامل چرخش یافته با روش تحلیل مؤلفه‌ای اصلی و چرخش واریماکس

سؤال	عنوان گویه	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
۲	هر روز کنترل خشم خود را از دست می‌دهد (از کوره در می‌رود).	۰/۷۹۵			
۱	در موقع عصبانیت و خشم، دادوبیداد می‌کند.	۰/۷۲۰			
۳	در موقع عصبانیت و خشم جروبحث می‌کند.	۰/۶۵۸			
۱۰	در موقع عصبانیت و خشم، به فرد دیگری سیلی یا مشت می‌زند و گاز می‌گیرد.	۰/۵۶۷			
۷	معمولاً نمی‌تواند بدون حاشیه و سروصدا بازی کند.	۰/۵۱۹			
۴	بی‌اندازه عصبانی و ناراحت است به طوری که نمی‌تواند به حالت آرامش درآید.	۰/۵۰۲			
۹	عجول است و نمی‌تواند برای برآورده شدن خواسته‌هایش صبر کند.	۰/۳۹۰			
۶	پس از پرخاشگری گریه می‌کند و غمگین است.	۰/۳۰۰			
۲۵	در موقع عصبانیت چیزهایی که متعلق به دیگران است را خراب می‌کند.	۰/۷۴۷			
۲۳	عصبانیت و خشم فرزند شما، در روابط با خواهر و برادرش، مشکل ایجاد کرده است.	۰/۷۳۶			
۲۴	عصبانیت و خشم فرزند شما، در روابط با والدینش، مشکل ایجاد کرده است.	۰/۷۲۴			
۲۱	عصبانیت و خشم فرزند شما، در روابط با معلمش، مشکل ایجاد کرده است.	۰/۷۱۲			
۲۲	عصبانیت و خشم فرزند شما، در روابط با والدینش، مشکل ایجاد کرده است.	۰/۶۲۵			
۵	این عصبانیت و خشم باعث مشکلات تحصیلی برای فرزند شما شده است.	۰/۴۳۸			
۱۵	زمانی که فریاد نمی‌زند و آشفته نیست معمولاً احساس بدخلقی دارد (مانند اخم کردن، آه کشیدن، پس کشیدن، نق زدن، غر زدن، گله کردن، پافشاری کردن و زودرنجی)			۰/۷۰۱	
۱۶	وقتی ناراحت است و یا کنترل خشم خود را از دست می‌دهد نمی‌داند چه چیزی باعث آن شده است.			۰/۶۳۹	
۱۳	زمانی که فریاد نمی‌زند و آشفته نیست معمولاً احساس خشم دارد.			۰/۶۰۵	
۱۴	زودرنج است و به راحتی (از دست دیگران) ناراحت می‌شود.			۰/۵۰۰	
۱۱	زمانی که فریاد نمی‌زند و آشفته نیست معمولاً احساس غم و ناراحتی دارد.			۰/۴۹۰	
۱۲	در موقع عصبانیت چیزهایی که متعلق به خودش است را خراب می‌کند.			۰/۴۸۴	
۱۹	وقتی به هدف خود نمی‌رسد (مثلاً در بازی می‌بازد) خشمگین می‌شود و ناسزا می‌گوید (تحمل شکست ندارد).			۰/۸۱۴	
۲۰	وقتی به هدف خود نمی‌رسد (مثلاً در بازی می‌بازد) احساس درماندگی و شکست می‌کند.			۰/۷۶۹	
۸	وقتی به هدف خود نمی‌رسد (مثلاً در بازی می‌بازد) غمگین می‌شود.			۰/۶۴۱	
۲۶	موقع روبرو شدن با شکست تمرکزش به هم می‌خورد.			۰/۳۹۱	

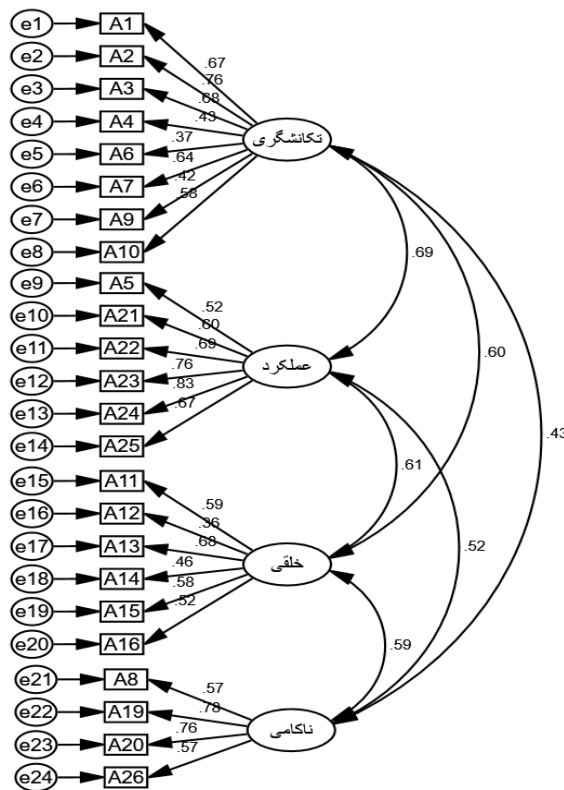
بقیه عامل‌ها دارای بار عاملی کوچکی بودند. گویه‌های مربوط به هریک از عامل‌ها به شرح ذیل است:
عامل اول شامل ۸ گویه است که عبارت‌اند از: ۱-۲-۳-۴-۹-۱۰-۶. عامل اول اشاره به مواردی همچون عدم کنترل،

نام‌گذاری عامل‌ها

در تحلیل عاملی اکتشافی حداقل بار عاملی معنادار ۰/۳ در نظر گرفته شده و ۲۴ گویه مورد تحلیل قرار گرفت. هریک از گویه‌ها روی یکی از عامل‌ها دارای بار عاملی بزرگ‌تر و روی

قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی تکانش گری» نام‌گذاری شد.

پرخاشگری، از کوره دررفتن، عجول بودن، بازی همراه با سروصدای زیاد، صبور نبودن و مانند این‌ها دارد. بر اساس این گویه‌ها، عامل اول و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش



شکل ۱. مدل نظری عامل‌ها

جدول ۳. شاخص برازش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

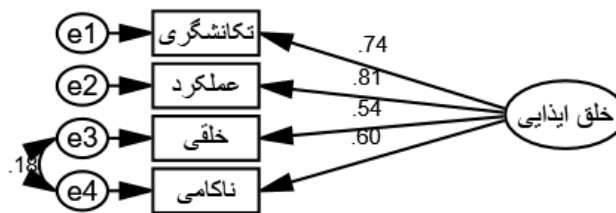
شاخص	CFI	RMSEA	DF	P	CMIN/df
معیار	۰/۸۴۰	۰/۰۷۲	۲۴۶	۰/۰۰۱	۲/۵۴۱

و عدم آگاهی از شرایط خود در شرایط تحریک‌پذیری اشاره دارد. بر اساس این گویه‌ها عامل سوم و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی خلقی» نام‌گذاری شد.

عامل چهارم شامل ۴ گویه است که عبارت‌اند از: ۸-۱۹-۲۰-۲۶. عامل چهارم به مواردی همچون احساس درماندگی، شکست، نرسیدن به هدف و مانند این‌ها اشاره دارد. بر اساس این گویه‌ها، عامل چهارم و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی ناکامی» نام‌گذاری شد.

عامل دوم شامل ۶ گویه است که عبارت‌اند از: ۵-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵. عامل دوم اشاره به مواردی همچون مشکلات رابطه با ارتباط با معلم، دوستان، اعضای خانواده، مشکلات تحصیلی و مانند این‌ها دارد. بر اساس این گویه‌ها عامل دوم و مواردی که این گویه‌ها آن را موردسنجش قرار می‌دهند به نام «کژ تنظیمی ایذایی عملکردی» نام‌گذاری شد.

عامل سوم شامل ۶ گویه است که عبارت‌اند از: ۱۲-۱۳-۱۱-۱۴-۱۵-۱۶. عامل سوم به مواردی همچون احساس خشم و تحریک‌پذیری، بدخلقی (مانند اخم کردن، آه کشیدن، نق زدن، غر زدن، گله کردن، پافشاری کردن و زودرنجی)، نداشتن تمرکز



شکل ۲. مدل نظری کل پرسشنامه

جدول ۴. شاخص برازش کژ تنظیمی خلقی ایدایی

شاخص	CMIN/df	P	DF	RMSEA	CFI
معیار	۰/۹۲۸	۰/۳۳۵	۱	۰/۰۰۱	۱

جدول ۵. ضریب همسانی درونی آفای کرانباخ عامل‌های مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایدایی

مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب آفای کرانباخ
عامل اول، تکانش گری	۱۸/۴۵۶	۵/۳۲۵	۰/۷۸۸
عامل دوم، عملکرد	۱۰/۰۶۶	۴/۲۹۲	۰/۸۳۴
عامل سوم، خلقی	۱۱/۶۳۰	۳/۷۵۵	۰/۷۰۳
عامل چهارم، ناکامی	۱۰/۳۴۰	۳/۵۳۴	۰/۷۵۵
کل مقیاس	۵۹/۰۲۶	۱۴/۳۹۴	۰/۸۹۴

جدول ۶. نتایج بررسی ضریب همبستگی هر گویه اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی با نمره کل

مقیاس	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی
اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی	۱	۰/۵۶۱	۸	۰/۵۵۱	۱۵	۰/۵۰۱	۲۲	۰/۶۴۲
	۲	۰/۶۰۱	۹	۰/۴۴۸	۱۶	۰/۵۰۰	۲۳	۰/۶۱۷
	۳	۰/۵۶۳	۱۰	۰/۵۸۰	۱۷	۰/۱۸۹	۲۴	۰/۷۰۷
	۴	۰/۴۳۲	۱۱	۰/۵۴۲	۱۸	۰/۲۱۲	۲۵	۰/۵۷۴
	۵	۰/۵۵۶	۱۲	۰/۵۷۰	۱۹	۰/۴۹۳	۲۶	۰/۶۰۰
	۶	۰/۴۹۱	۱۳	۰/۶۲۷	۲۰	۰/۴۹۷		
	۷	۰/۶۲۳	۱۴	۰/۴۹۹	۲۱	۰/۵۱۲		

روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی

برای سنجش روایی سازه‌های مقیاس، بعد از استخراج عامل‌ها و مشخص شدن گویه‌های مربوط به هر عامل، تحلیل عاملی تأییدی (CFA) با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 انجام شد. در این پژوهش، شاخص‌های کای دو، CFI و RMSEA جهت بررسی برازش مدل مورد استفاده قرار گرفتند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول و دوم در شکل‌ها و جدول‌های زیر آمده است.

تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول عامل‌های اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی دارای CFI بیشتر از ۰/۸۰ بوده و شاخص RMSEA عامل اختلال کژ تنظیمی خلق ایدایی کمتر ۰/۰۷۲ است. این امر نشان‌دهنده برازش بسیار مناسب می‌باشد. همچنین شاخص CMIN/df دارای P معناداری بوده و گویای وجود تفاوت میان مدل مشاهده شده و مدل مورد انتظار است. طبق موارد ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول عامل‌های اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی دارای برازش مناسبی است. همان‌گونه که در شکل ۱ مشاهده

به منظور بررسی روایی همگرا، همبستگی نمرات هر گویه اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی با نمره کل این مقیاس بررسی شد. نتایج نشان داد که نمرات گویه‌های اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی با نمره کل این مقیاس در کودکان رابطه مثبت و معناداری داشته و نشان دهنده روایی همگرا است. همچنین نمره کل این مقیاس با مقیاس افسردگی کودکان (CDS) رابطه مثبت و معنادار داشته (ضریب همبستگی 0.57 و سطح معناداری $P < 0.01$) که نشان دهنده رابطه واگرایی این مقیاس است.

بحث و نتیجه‌گیری

کودکان مبتلابه اختلالات افسردگی برای والدین چالش برانگیزند. این کودکان دارای رفتارهایی هستند که بر افراد و محیط پیرامونشان تأثیر منفی می‌گذارند و معمولاً نتیجه رفتارهای منفی نیز به خود آن‌ها بازمی‌گردد. از جمله این اختلالات، اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی است که در فاصله سنی ۱۸-۶ سال رایج است (۲). این کودکان تحریک‌پذیری مزمن مداوم و شدید دارند؛ بنابراین ارزیابی، تشخیص و معالجه کودکان دارای تحریک‌پذیری و عصبانیت شدید از موضوعاتی است که در زمینه روان‌پزشکی کودکان مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته است. اگرچه تقریباً همه کودکان رفتارهای تحریک‌پذیر و عصبانیت را در بعضی مواقع به نمایش می‌گذارند، اما برخی از کودکان اغلب آن‌ها را با شدت بیشتری نشان می‌دهند. تا حدی که به نوعی اختلال در تنظیم خلق تبدیل می‌شود. این کودکان با تحریک‌پذیری یا عصبانیت مزمن و شدید در معرض خطر بیشتری برای نتایج منفی خاص قرار دارند و درمان مناسب را دریافت نکرده‌اند. این اختلال به ظرفیت تحمل ناکامی فرد، میزان تسلط بر هیجانات و واکنش فرد در موقعیت‌های واقعی و ظاهری نسبت به خطر، تجاوز و حمله مرتبط است. همچنین این اختلال به صورت قابل توجهی با تأثیر هر دو فرایند تهییج و کنترل معیوب بر هیجانات در موقعیت‌های تحریک‌آمیز و خشونت‌طلبانه ارتباط دارد (۸). هیجان خشم وجه مشخصه تحریک‌پذیری است که پیش‌بینی کننده پرخاشگری بوده و یک عامل خطر برای مشکلات درونی سازی^۴ به شمار می‌آید. بررسی‌های گسترده در زمینه تحریک‌پذیری نشان داده

می‌شود بار عاملی گویه‌ها بیشتر از 0.40 است که نشان دهنده مطلوبیت بار عاملی است چراکه حداقل بار عاملی 0.32 است. همان‌گونه که از جدول ۴ مشخص است، تحلیل عامل مرتبه دوم مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی دارای CFI، 1 بوده و شاخص عامل RMSEA زیر 0.05 می‌باشد که این امر نشان دهنده برازش بسیار مناسب است. شاخص CMIN/df دارای P معناداری نیست که نشان دهنده عدم تفاوت میان مدل مورد انتظار و مدل مشاهده شده است. طبق موارد ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی دارای برازش مناسبی است؛ بنابراین الگوی اندازه‌گیری متغیر مکنون اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی با توجه به مؤلفه‌های تکانش‌گری، عملکرد، خلقی و ناکامی از برازندگی و روایی سازه‌ای قابل قبولی برخوردار است.

اعتبار مقیاس

میزان اعتبار یک مقیاس اندازه‌گیری را می‌توان با روش آلفای کرونباخ برآورد کرد. روش آلفای کرونباخ مهم‌ترین و پرکاربردترین روش محاسبه میزان اعتبار مقیاس است (۲۹). این روش به هماهنگی کارکرد آزمودنی از یک گویه به گویه دیگر بستگی داشته و محاسبه آن مبتنی بر انحراف استاندارد گویه‌ها است. در نهایت بر اساس همبستگی درونی گویه‌ها مقدار آلفا استخراج می‌شود. چنانچه این مقدار بیشتر از 0.7 باشد می‌توان گفت ابزار دارای اعتبار بالایی است (۳۰). نتایج آلفای کرونباخ مقیاس محقق ساخته کژ تنظیمی خلقی ایذایی در جدول ۵ آمده است.

برای تعیین پایایی مقیاس، از تعیین همسانی درونی و نیز برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ جهت محاسبه مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایذایی کودکان ۱۲-۶ سال استفاده گردید. طبق مندرجات جدول ۵، عامل نخست با عنوان تکانش‌گری شامل ۸ گویه بوده که آلفای کرونباخ آن 0.788 است. دومین عامل با عنوان عملکرد شامل ۶ گویه با آلفای کرونباخ 0.834 ، عامل سوم با عنوان خلقی شامل ۶ گویه با آلفای کرونباخ 0.703 و عامل چهارم با عنوان ناکامی شامل ۴ گویه دارای آلفای کرونباخ 0.755 می‌باشد. همچنین همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ کل) مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایذایی، 0.894 است. به منظور بررسی روایی همگرا، ضریب همبستگی هر گویه مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی با نمره کل این مقیاس بررسی شد که در جدول ۶ آمده است.

⁴. Internalizing problems

مقابله‌ای و سلوک، گویه‌های مقیاس محقق ساخته این پژوهش موجب تفکیک این دو اختلال از هم می‌گردد.

در مقایسه با مقیاس افسردگی تیشور و لانگ (CDS)، مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی علاوه بر ابعاد عاطفی و خلقی مطرح شده در مقیاس افسردگی تیشور و لانگ ابعاد دیگری در ملاک‌های تشخیصی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی همچون احساس ناکامی، تحریک‌پذیری شدید و مشکلات عملکردی را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد.

به منظور بررسی گویه‌های مقیاس پژوهش، از عامل یابی محورهای اصلی با چرخش واریماکس، روایی محتوایی (کمی و کیفی)، روایی صوری (کمی و کیفی)، روایی سازه‌ای (اکتشافی و تأییدی) و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۴ سؤال لیکرتی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی بوده و نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر از والدین کودکان ۱۲-۶ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ است.

با توجه به اهمیت تحریک‌پذیری و خشم در کودکان و پیامد آن در عملکرد اجتماعی و تحصیلی آنان، مقیاس مورد نظر به عنوان ابزاری معتبر برای شناسایی این اختلال پیشنهاد می‌گردد. دست‌اندرکاران درمانی و آموزشی می‌توانند با استفاده از این مقیاس در جهت شناسایی بهتر و اقدامات درمانی و آموزشی برنامه‌ریزی کنند. به عبارتی می‌توان نتیجه گرفت که ساخت و روان‌سنجی این مقیاس که بر اساس معیار تشخیصی و آماری ویرایش پنجم اختلالات روانی ساخته شده است، به دلیل برخورداری از جامعیت و تشخیص محور بودن، جهت ارزیابی کودکان مبتلا به این اختلال مناسب می‌باشد. از آنجاکه مقیاس برای مقطع سنی ۱۲-۶ سال اجرا شده و معیار تشخیصی اختلال تا ۱۸ سالگی است، اجرا برای مقطع سنی ۱۲ تا ۱۸ سالگی از محدودیت‌های پژوهش بوده که پیشنهاد می‌شود مقیاس مورد نظر برای این محدوده سنی نیز جهت تعمیم نتایج اجرا شود. انتظار می‌رود با انجام این پژوهش‌ها بتوان کودکان دچار تحریک‌پذیری شدید و غیر دوره‌ای که فراوانی قابل توجهی در جمعیت عمومی و بالینی دارند را به‌طور مناسبی دسته‌بندی کرده و خطمشی‌های درمانی مناسبی را برای آن‌ها تدوین کرد.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۱۰۷۱ و کد اخلاق

است اگر میزان تحریک‌پذیری شدید باشد، احتمال اینکه فرد در سنین بالاتر دچار اختلالات اضطرابی و افسردگی شود بالا است (۹). تحریک‌پذیری مزمنی که در کودکان مبتلا به این اختلال دیده می‌شود، مشکلات چشمگیری در روابط خانوادگی و همسالان و یا کارکرد تحصیلی ایجاد می‌کند. از آنجاکه تحمل ناکامی در این کودکان فوق‌العاده پایین است، در مدرسه هم با مشکلات زیادی روبرو خواهند شد. برای مثال اغلب قادر به شرکت در فعالیت‌های تفریحی گروهی با سایر بچه‌ها نیستند. زندگی خانوادگی آن‌ها به‌واسطه تحریک‌پذیری و فوران‌های مکرر خشم مختل است. همچنین در شروع یا حفظ روابط دوستانه با مشکلاتی مواجه می‌گردند. عملکرد کودکان مبتلا به این اختلال از قبیل رفتارهای خطرناک، افکار خودکشی یا اقدام به آن، پرخاشگری شدید و بستری در بیمارستان روان‌پزشکی شایع است. بر این اساس هنگام ارزیابی کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مزمن باید به شواهدی که نشانگر پرخاشگری و رفتارهای خطرناک و سایر پیامدهای کارکردی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی هستند، توجه کافی شود (۱۳).

تا پیش از انتشار ویرایش پنجم راهنمای اختلالات روانی درباره این کودکان، توافق نظر تشخیصی میان صاحب‌نظران وجود نداشت. اکنون در DSM-5 وجود این اختلال با معیارهای ساختاریافته در بخش اختلال‌های خلقی، افزون بر برجسته کردن مشکلات خلقی در افراد مبتلا به تحریک‌پذیری شدید و دائمی، تشخیص‌گذاری را روشن‌تر می‌سازد. تحریک‌پذیری و غیر دوره‌ای بودن از شاخص‌های این اختلال بوده که در مقیاس محقق ساخته این پژوهش مبتنی بر معیارهای ویرایش پنجم اختلالات روانی، مطرح شده است. با استناد به این مقیاس، نشانه‌های خلقی ارزیابی شده این اختلال نسبت به نشانه‌های مشابه در اختلال‌های دیگر قابل شناسایی است. این اختلال‌های دیگر عبارت‌اند از: اختلال دوقطبی در کودکان، بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک که در نشانه‌ها و علائم مشابهت‌هایی با اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی دارند. مطابق با این مقیاس با توجه به تفاوت در بعد بزرگ‌منشی و دوره‌ای بودن موجود در اختلال دوقطبی، این اختلال از اختلال دوقطبی تفکیک می‌شود؛ و نیز با توجه به اینکه تحریک‌پذیری و خشم در این اختلال شاخص و عامل اصلی است، این اختلال از اختلال بیش‌فعالی نیز قابل تفکیک است. همچنین به دلیل شدیدتر بودن اختلال کژ تنظیمی خلقی ایزدایی و نیز عدم وجود کله شقی و آزار رسانی در این اختلال نسبت به اختلال نافرمانی

تمام کسانی که در این مطالعه شرکت داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

IR.IAU.KHUISF.REC.1397.013 از کمیته پژوهش تحقیقات علمی می‌باشد که توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسید. بدین‌وسیله از همکاری

References

1. Munhoz T. Perinatal and postnatal risk factors for disruptive mood dysregulation disorder at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort study. *Journal of Affective Disorder*. 2017;215:263-268.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publisher; 2013.
3. Shirazi E, Shahrivar Z, Alaghband J. Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder: Convergence or Divergence? *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;20(2):95-110.
4. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costel EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171:668-674.
5. Perepletchikova F, Nathanson D, Axelrod SR, Merrill C, Walkup J. Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy of Preadolescent Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017;56:832-840.
6. Stringaris A, Taylor E. *Disruptive Mood Irritability in Children and Adolescents*. Oxford University Press. 2015.
7. Stringaris A. *Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5*. 2011.
8. Shibani H, Michael N, Narimani M. The effectiveness of emotion regulation training on stress, anxiety, depression, and irritability in students with destructive mood disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*. 1396;5(1):44-37. [In Persian]
9. Kaplan B, Sadock ZB. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Translated by Ganji M. 11th edition. Tehran: Savalan Publications; 1394. [In Persian]
10. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in children and adolescents. *Journal of Annual Review of Clinical Psychology*. 2017;13:317-341.
11. Meyers E, DeSerisy M, Roy AK. Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD): An RDoC perspective. *Journal of Affect Disorder*. 2017;216:117-122.
12. Gatzke-Kopp LM, Willner CJ, Jetha MK, Abenavoli RM, Dupuis D, Segalowitz SJ. How does reactivity to frustrative non-reward increase risk for externalizing symptoms? *Journal of Psychophysiology*. 2015;98(2):300-309.
13. Rezaei F, Fakhraei A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tehran: Arjmand Publications; 2014.
14. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(4):404-412.
15. Ayduk O, Mischel W, Downey G. Attentional mechanisms linking rejection to hostile reactivity: The role of "hot" versus "cool" focus. *Journal of Psychological Science*. 2002;13(5):443-448.
16. Adelman NE, Kayser R, Dickstein D, Blair RJR, Pine D, Leibenluft E. Neural correlates of reversal learning in severe mood dysregulation and pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;50 (11):1173-1185.
17. Rich BA, Schmajuk M, Perez-Edgar K, Fox NA, Pine DS, Leibenluft E. Different psychophysiological and behavioral responses elicited by frustration in pediatric bipolar disorder and severe mood dysregulation. *Journal of Psychiatry*. 2007;164(2):309-17.

18. Shirazi E, Shahrivar Z, Shabani A. Sever and Nonepisodic Irritabilites in Children: Diagnostic Debates and DSM Role. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 20:14-28. [In Persian]
19. Shirazi E, Shahrivar Z. Diagnostic debates of childhood bipolar disorder: From the formal diagnostic criteria to the severe mood dysregulation. *Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2009;15(2):128-146. [In Persian]
20. Hooman H. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Parsa Tehran Culture Courier; 1380. [In Persian]
21. Kline P. Handbook of psychological testing. Routledge; 2013.
22. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-575.
23. Younesi Boroujeni J, Jadidi M, Ahmadrad F. Development and Standardization of the Tehran City Aging's self-care scale. *Journal of Applied Psychological Research Quarterly*. 2020;11(1):185-208. [In Persian]
24. Nunnally JC. Psychometric theory 25 years ago and now. *Journal of Educational Researcher*. 1975;4(10):7-21.
25. Khosravi Z. Normalization of pediatric depression test (mother and child form). *Journal of Tarbiat*. 1375;114:49-56. [In Persian]
26. Safari Shali R, Habibpour Gatabi K. Comprehensive guide to the use of SPSS in data analysis. 4th edition. Tehran: Looyeh and Motofakkeran; 1391. [In Persian]
27. Klein KJ, Dansereau F, Hall RJ. Levels issues in theory development, data collection, and analysis. *Journal of Academy of Management Review*. 1994;19(2),195-229.
28. Qasemi V. Modeling structural equations in social research using Amos Graphics. 2nd edition. Tehran: Sociologists; 1392. [In Persian]
29. Baweja R, Mayes SD, Hamand U, Waxmonsky JG. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: current insights. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:2115-2124.
30. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational Research: An Introduction. Translated by Nasr AR, Orizi HR, Abolghasemi M, Pakseresht M, Kiamanesh AR, Bagheri K, Khair M, Shahni Yilagh M, Khosravi Z. Tehran: Shahid Beheshti University Press and Samt; 1391. [In Persian].