DOI: *10.29252/rbs.19.2.263*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 19, Issue 2

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

Azam Shahmohammadi Ghahsareh[1], Ahmad Abedi[2], Flor Khayatan[3], Asghar Aghaei[4]

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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

ساخت و اعتباریابی مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی–فرم والد (DMDDS)

اعظم شاه‌محمدی قهساره[۱]، احمد عابدی[۲]، فلور خیاطان[۳]، اصغر آقایی[۴]

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 ایذایی 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 اعتبار یابی اولیه مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش، توصیفی و ابزارسازی بوده و جامعه آماری این تحقیق عبارت است از کلیه والدین کودکان ۱۲-۶ سال شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷. تعداد نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. جهت گردآوری داده‌ها به‌منظور سنجش این اختلال از مقیاس محقق‌ساخته‌ی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی (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 تائیدی (CFA) و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس پارامترهای شاخص ضریب تأثیر بالای ۱/۵، شاخص روایی محتوای بالای ۰/۶۲، نسبت روایی بالای ۰/۷۰، همچنین بر پایه تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تائیدی تعداد ۲۴ گویه در ابزار حفظ شد. با در نظر گرفتن ارزش ویژه بالای ۱، چهار عامل تکانش گری، عملکرد، خلقی و ناکامی استخراج گردید. طبق نتایج به‌دست‌آمده از عوامل چهارگانه مذکور، این مقیاس قادر به‌پیش بینی 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 طراحی‌شده برای والدین قابل‌قبول بوده و می‌تواند جهت ارزیابی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی در کودکان ۱۲-۶ سال مورداستفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی، والدین، ساخت و اعتبار یابی مقیاس.

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

*- **احمد عابدی،**

رایانامه: a.abedi@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]

[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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 ازجمله 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). قابل‌توجه 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 ماهه‌ایی که بر اساس ارزیابی مصاحبه با ساختار روان‌پزشکی از نمونه‌های ۲ تا ۱۷ ساله انجام‌شده 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، بدخلقی، 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 انگیختگی 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 بشدت 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 ازجمله 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، بیش فعالی 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

معیارهای اختلال نافرمانی نمی‌گنجد زیرا تحریک‌پذیری آن‌ها محدود به موارد نافرمانی، قانون‌شکنی 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 نمی‌گنجند زیرا از نظر شدت، دفعات و اختلال حاصل از آن، بسیار شدیدترند. شدت، بسامد و آسیب‌زایی تحریک‌پذیری در این کودکان از تحریک‌پذیریی که به‌طورمعمول در اختلال نافرمانی، بیش فعالی، افسردگی تک‌قطبی و اضطرابی دیده می‌شود، بسیار بیشتراست (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 به‌منظور 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 بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک نیز دیده می‌شود، اما تحریک‌پذیری برای این اختلال‌ها یک پدیده ثانویه است ولی برای اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی به‌عنوان معیار اولیه برای تشخیص و درمان محسوب می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی و ازنظر هدف جزء تحقیقات کاربردی است. هدف پژوهش، ساخت و تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس محقق ساخته اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی است. جامعه موردنظر والدین کودکان ۱۲-۶ سال شهر اصفهان بودند که بر روی ۳۰۰ نفر از والدین به‌عنوان نمونه و به روش نمونه‌گیری در دسترس اجرا شد. ازآنجاکه 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 تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

قابل‌ذکر است که مجوز انجام این مطالعه از سوی آموزش‌وپرورش 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 مطرح‌شده در این زمینه است (۲۱). در این پژوهش نیز پس از مطالعه مبانی نظری و تئوری‌های موجود و همچنین با بررسی تعدادی از پژوهش‌های داخل و خارج از کشور، عوامل اصلی در اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی استخراج شدند. به‌این‌ترتیب و با در نظر گرفتن همه عواملی که به‌عنوان کژ تنظیمی خلقی ایذایی در حیطه کودکان مطرح‌شده 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 موردتوجه در ساخت آزمون می‌باشد. در این پژوهش، جهت به دست آوردن روایی صوری از روش محاسبه شاخص تأثیر آیتم 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 موردبررسی 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، درصورتی‌که امتیاز تأثیر هر گویه بالاتر از ۱/۵ باشد، گویه برای تحلیل‌های بعدی مناسب تشخیص داده شده و حفظ می‌گردد. به‌این‌ترتیب 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 به‌دست‌آمده باشند. فرم اولیه گویه‌ها به‌منظور 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 به‌صورت کمی، محاسبه شاخص روایی محتوا (CVR[1]) و نسبت روایی محتوا (CVI[2]) استفاده شد. طبق نتایج به‌دست‌آمده گویه‌ها دارای

1 . Content Validity Index

2 . Content Validity Ratio

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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

جهت برآورد روایی واگرا از فرم CDS[3] (افسردگی کودکان–فرم والد) استفاده شد. این فرم ابزاری مشابه و قابل مقایسه با مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی است تا نتایج حاصل دقیق و پیش‌بینی پذیر باشد (۲۴). جهت مقایسه محتوای 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 تیشر 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 روایی سازه به دست می‌آید. همچنین روایی سازه 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 ایذایی، روایی سازه 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، مایرز و الکین (KMO) استفاده شد. میزان این شاخص بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیک‌تر باشد تحلیل عامل 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).

روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA) با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 مورد آزمون قرار گرفت (۲۸). به این صورت که ابتدا برازش هرکدام از گویه‌های استخراجی، بر روی هر عامل به‌صورت جداگانه بررسی شد و سپس چهار عامل به‌عنوان متغیرهای آشکار بر روی متغیر مکنون کژ تنظیمی خلقی ایذایی مورد برازش قرار گرفت.

روش نمره‌گذاری مقیاس محقق ساخته کژ تنظیمی خلقی ایذایی 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 تجزیه‌وتحلیل گویه‌ها و نام‌گذاری آن‌ها، تعیین‌شده 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 ایذایی، همچنین بررسی پژوهش‌هایی که در این رابطه در داخل و خارج از کشور انجام‌شده است، عوامل اصلی در حوزه کژ تنظیمی خلقی ایذایی استخراج گردید. به‌این‌ترتیب با در نظر گرفتن کلیه عواملی که به‌عنوان کژ تنظیمی خلقی مطرح‌شده 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.

روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی

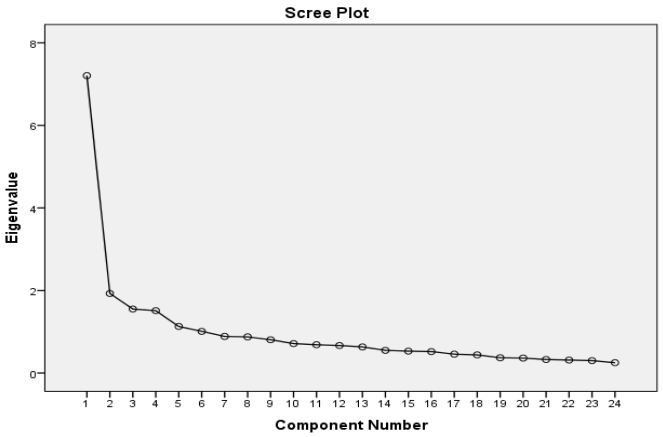
به‌منظور انجام روایی سازه مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایذایی، ابتدا روش تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) بررسی شد که طبق نتایج به‌دست‌آمده با توجه به معناداری کرویت بارتلت، معناداری این تحلیل کمتر از ۰/۰۵ بود. به‌منظور شناسایی و تعیین عامل‌هایی که زیربنای عملکرد در خرده آزمون‌ها را تشکیل می‌دهند، از رویکرد تحلیل عاملی 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 عامل، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که در ادامه ارائه می‌گردد؛ بنابراین می‌توان گفت تحلیل عامل صحیح بوده و عامل‌های تشکیل‌دهنده مقیاس بیش از یک عامل بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس طراحی‌شده برای سنجش اختلال

3. Children Depression Scale

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

کژ تنظیمی خلقی ایذایی دارای ۴ عامل بود و طبق نتایج به‌دست‌آمده، ۴ عامل ذکرشده در مقیاس ۵۰/۸۰ درصد واریانس کژ تنظیمی خلقی ایذایی را تبیین می‌کند. همچنین هرکدام از عامل‌ها مقدار قابل‌توجهی از واریانس کل را تبیین می‌کنند (عامل نخست ۱۴/۴۳ درصد، عامل دوم ۱۴/۳۶ درصد، عامل سوم ۱۲/۰۳ درصد و عامل چهارم ۹/۹۷ درصد).

پیش‌فرض کفایت حجم نمونه و پیش‌فرض چندگانگی خطی تحلیل عاملی، نیازمند حجم نمونه بزرگ و معمولاً بیش از ۲۰۰ نفر است. پیش‌فرض کفایت حجم نمونه توسط شاخص کیسر، مایر و الکین (KMO) محاسبه گردیده که مقدار KMO به‌دست‌آمده در این مقیاس ۰/۸۸۶ است. شاخص ارائه‌شده برای آزمون پیش‌فرض چندگانگی خطی، شاخص تقارن بارتلت است. این شاخص به‌صورت مجذور کای (Chi-square) گزارش می‌شود. اگر احتمال این شاخص ۰/۰۵ یا کوچک‌تر باشد (مجذور کای معنادار باشد)، ماتریس همبستگی مناسب تحلیل عامل می‌باشد. می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض عدم چندگانگی خطی رعایت شده است و با توجه به معنادار بودن آزمون کرویت، تحلیل عامل درست بوده و عامل‌های تشکیل‌دهنده مقیاس بیش از یک عامل بوده است.



نمودار ۱. نمودار سنگ‌ریزه

یکی از روش‌های مورداستفاده جهت مشخص کردن تعداد عامل‌ها، نمودار سنگ‌ریزه است. عامل اصلی که بیشترین واریانس را محاسبه می‌کند، در قسمت شیب‌دار صخره قرارگرفته است. عامل‌های فرعی که واریانس کمتری را محاسبه می‌کنند، در قسمت کم‌عمق صخره قرار دارند. ملاک استخراج عامل‌ها، نقطه شکستگی در نمودار است. بر این اساس، نقطه مربوطه به چهارمین عامل اشاره دارد و پس‌ازآن شیب عامل‌ها تقریباً یکسان می‌شود که نمودار ۱ چهار عامل را در قسمت شیب‌دار نشان می‌دهد.

در تحلیل عاملی اکتشافی حداقل بار عاملی معنادار ۰/۳ در نظر گرفته‌شده و ۲۴ گویه مورد تحلیل قرار گرفت. هریک از گویه‌ها روی یکی از عامل‌ها دارای بار عاملی بزرگ‌تر و روی 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: ۱-۲-۳-۴-۷-۹-۱۰-۶. عامل اول اشاره به مواردی همچون عدم کنترل، 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 قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی تکانش گری» نام‌گذاری شد.

عامل دوم شامل ۶ گویه است که عبارت‌اند 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 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

عامل سوم شامل ۶ گویه است کـه عبـارت‌انـد از: ۱۲-۱۳-۱۱-۱۴-۱۵-۱۶. عامل سوم به مواردی همچـون احسـاس خشـم و تحریک‌پذیری، بدخلقی (مانند اخم کردن، آه کشیدن، نـق 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 ایـذایی خلقـی» نام‌گذاری شد.

عامل چهارم شامل ۴ گویه است که عبـارت‌انـد از: ۸-۱۹-۲۰-۲۶. عامل چهارم به مواردی همچـون احسـاس درمانـدگی، شکست، نرسیدن به هدف و مانند این‌ها اشـاره دارد. بـر اسـاس این گویه‌ها، عامـل چهـارم و مـواردی کـه ایـن گویـه‌هـا آن را موردسنجش قرار می‌دهند، به نام «کژ تنظیمی ایذایی ناکـامی» 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 به‌طوری‌که 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 به‌راحتی (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

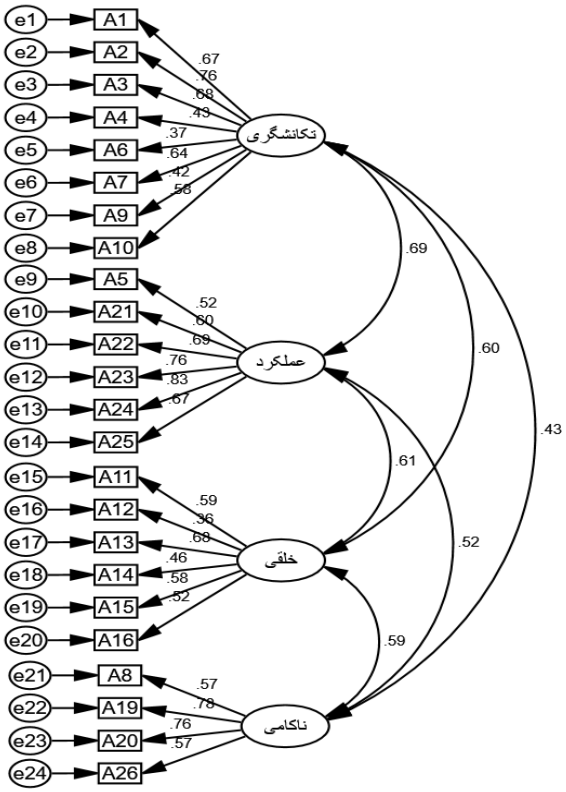
نام‌گذاری عامل‌ها

در تحلیل عاملی اکتشافی حداقل بار عـاملی معنـادار ۰/۳ در نظر گرفته‌شده و ۲۴ گویه مورد تحلیل قـرار گرفـت. هریـک از گویه‌ها روی یکی از عامل‌ها دارای بار عـاملی بـزرگ‌تـر و روی بقیه عامل‌ها دارای بار عاملی کوچکی بودند. گویه‌های مربوط به هریک از عامل‌ها به شرح ذیل است:

عامل اول شامل ۸ گویه است که عبارت‌انـد از: ۱-۲-۳-۴-۷-۹-۱۰-۶. عامل اول اشاره به مواردی همچون عـدم کنتـرل،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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



شکل ۱. مدل نظری عامل‌ها

جدول ۳. شاخص برازش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

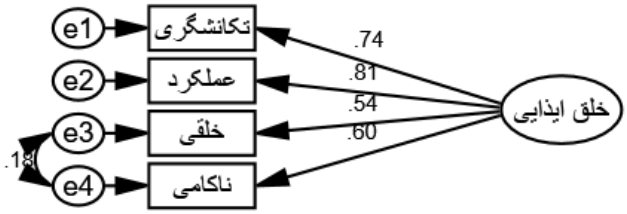
شاخص	CMIN/df	P	DF	RMSEA	CFI
معیار	۲/۵۴۱	۰/۰۰۱	۲۴۶	۰/۰۷۲	۰/۸۴۰

عامل دوم شامل ۶ گویه است که عبارت‌اند 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 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 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]



شکل ۲. مدل نظری کل پرسشنامه

جدول ٤. شاخص برازش کژ تنظیمی خلقی ایذایی

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

جدول ۵. ضریب همسانی درونی آلفای کرانباخ عامل‌های مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایذایی

زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب آلفای کرونباخ
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 ٦. نتایج بررسی ضریب همبستگی هر گویه اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی با نمره کل

مقیاس	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی	گویه	همبستگی
اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی	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 سازه‌ای 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 مورداستفاده 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 ایذایی دارایِ CFI بیشتر از ۰/۸۰ بوده و شاخص RMSEA عامل اختلال کژ تنظیمی خلق ایذایی 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 مشاهده‌شده و مدل مورد انتظار است. طبق موارد ذکرشده می‌توان نتیجه گرفت که تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول عامل‌های اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی دارای برازش مناسبی است. همان‌گونه که در شکل ۱ مشاهده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

می‌شود بار عاملی گویه‌ها بیشتر از ۰/۴۰ است که نشان‌دهنده مطلوبیت بار عاملی است چراکه حداقل بار عاملی ۰/۳۲ است.

همان‌گونه که از جدول ۴ مشخص است، تحلیل عامل مرتبه دوم مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی دارای CFI، ۱ بوده و شاخص عاملRMSEA زیر ۰/۰۵ می‌باشد که این امر نشان‌دهنده برازش بسیار مناسب است. شاخص CMIN/df دارایP معناداری نیست که نشان‌دهنده عدم تفاوت میان مدل مورد انتظار و مدل مشاهده‌شده است. طبق موارد ذکرشده 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 تکانش گری، 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. درنهایت بر اساس همبستگی درونی گویه‌ها مقدار آلفا استخراج می‌شود. چنانچه این مقدار بیشتر از ۰/۷ 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 تکانش گری شامل ۸ گویه بوده که آلفای کرونباخ آن ۰/۷۸۸ است. دومین عامل با عنوان عملکرد شامل ۶ گویه با آلفای کرونباخ ۰/۸۳۴، عامل سوم با عنوان خلقی شامل ۶ گویه با آلفای کرونباخ ۰/۷۰۳ و عامل چهارم با عنوان ناکامی شامل ۴ گویه دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۵۵ می‌باشد. همچنین همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ کل) مقیاس کژ تنظیمی خلقی ایذایی، ۰/۸۹۴ است. به‌منظور 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.

به‌منظور 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 نشان‌دهنده روایی همگرا است. همچنین نمره کل این مقیاس با مقیاس افسردگی کودکان (CDS) رابطه مثبت و معنادار داشته (ضریب همبستگی ۰/۵۰۷ و سطح معناداری P<۰/۰۱) که نشان‌دهنده رابطه واگرایی این مقیاس است.

بحث و نتیجه‌گیری

کودکان مبتلابه اختلالات افسردگی برای والدین چالش‌برانگیزند. این کودکان دارای رفتارهایی هستند که بر افراد و محیط پیرامونشان تأثیر منفی می‌گذارند و معمولاً نتیجه رفتارهای منفی نیز به خود آن‌ها بازمی‌گردد. ازجمله 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 زمینه‌ی روان‌پزشکی کودکان موردبحث و تبادل‌نظر قرارگرفته 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 به‌نوعی 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 به‌صورت قابل‌توجهی 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[4] به شمار می‌آید. بررسی‌های گسترده در زمینه تحریک‌پذیری نشان داده

[4] . Internalizing problems

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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. ازآنجاکه 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 ایذایی 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، تشخیص گذاری 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، مطرح‌شده است. با استناد به این مقیاس، نشانه‌های خلقی ارزیابی‌شده این اختلال نسبت به نشانه‌های مشابه در اختلال‌های دیگر قابل‌شناسایی است. این اختلال‌های دیگر عبارت‌اند از: اختلال دوقطبی در کودکان، بیش فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و سلوک که در نشانه‌ها و علائم مشابهت‌هایی با اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی 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 بیش فعالی نیز قابل‌تفکیک است. همچنین به دلیل شدیدتر بودن اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی و نیز عدم وجود کله شقی و آزار رسانی در این اختلال نسبت به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سلوک، گویه‌های مقیاس محقق ساخته این پژوهش موجب تفکیک این دو اختلال از هم می‌گردد.

در مقایسه با مقیاس افسردگی تیشر و لانگ (CDS)، مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی علاوه بر ابعاد عاطفی و خلقی مطرح‌شده در مقیاس افسردگی تیشر و لانگ ابعاد دیگری در ملاک‌های تشخیصی اختلال کژ تنظیمی خلقی ایذایی همچون احساس ناکامی، تحریک‌پذیری شدید و مشکلات عملکردی را نیز موردبررسی قرار می‌دهد.

به‌منظور 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 ایذایی 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 موردنظر به‌عنوان 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 ساخته‌شده است، به دلیل برخورداری از جامعیت و تشخیص محور بودن، جهت ارزیابی کودکان مبتلا به این اختلال مناسب می‌باشد. ازآنجاکه مقیاس برای مقطع سنی ۱۲-۶ سال اجراشده و معیار تشخیصی اختلال تا ۱۸ سالگی است، اجرا برای مقطع سنی ۱۲ تا ۱۸ سالگی از محدودیت‌های پژوهش بوده که پیشنهاد می‌شود مقیاس موردنظر 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 قابل‌توجهی 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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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

References

1. Munhoz T. Perintal 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 Chidren with Disruptive Mood Dysregulaion 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. Adleman 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]

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 Dysregulaion 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].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1400.19.2.2.1]
[DOI: 10.52547/rbs.19.2.263]