MEJDS. 2018; 8:65.
Published online 2019 Jan. **Research Article**

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

Heshmati A[1]; *Amiri Sh[2]; Mzaheri A[3]; Ghanbari S[4]

Author Address
1. PhD Candidate of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
2. PhD of Psychology, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
3. PhD of Clinical Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran;
4. PhD of Psychology, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Psychology, University of Isfahan, Iran.
Email: s_amiri@edu.ui.ac.ir

Received: 2018 October 15; **Accepted:** 2019 January 2

Abstract

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

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

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

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

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۶۵.

انتشار برخط دی‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی جهت تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا۵ سال

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

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. دکتری روان‌شناسی، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. دکتری روان‌شناسی بالینی، استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۴. دکتری روان‌شناسی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگا شهید بهشتی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** ایران، اصفهان دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی.

***رایانامه:** s_amiri@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۳ مهرماه۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ دی‌ماه۱۳۹۷

چکیده

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

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

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

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

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

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

۱ مقدمه

اختلال دلبستگی واکنشی یکی از پیامدهای عدم شکل‌گیری مناسب دلبستگی است (۱). کتابچهٔ تشخیصی و آماری اختلالات روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ، اختلال دلبستگی واکنشی را به بدرفتاری اولیه مربوط دانسته‌اند. این اختلال با رفتارهای مهارنشده (جامعه‌پذیری نامتمایز) یا بازداری‌شده (گوشه‌گیری و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد) مرتبط است (۲). اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) شامل الگوی رفتارهای غیرعادی در کودکانی است که فرصت یا امکان برخورداری از دلبستگی انتخابی و شرایط دلبستگی ایمن را نداشته‌اند که طبق DSM-V مشخصهٔ اصلی آن «بی‌توجهی» یا « فقدان مراقبت مناسب در دوران کودکی» است (۳). در این اختلال کودک به‌ندرت سراغ مراقب یا پرستار می‌رود، به‌ندرت پاسخ می‌دهد و در هنگام پریشانی کمتر در جستجوی حمایت و مراقبت است (۳). تشخیص DSM-IV-TR و DSM-5 از اختلال دلبستگی واکنشی و اخیراً اختلال مشارکت اجتماعی غیرمتعارف (DSED) بیشتر بر رفتار کودک تمرکز دارد (۴) که این تمرکز صرف بر رفتار، شاید والدینی را دچار تنش و ناامیدی کند که در درمان اختلال دلبستگی واکنشی به مداخلهٔ پزشکی صرف معتقدند؛ زیرا نظریهٔ دلبستگی رویکرد آسیب‌شناسی نبوده بلکه نظریه‌ای رشدی است (۵). این اختلال زمانی تشخیص داده می شود که روابط اجتماعی کودک بازداشته شده و در نتیجه او قادر به برقراری تعاملات اجتماعی در شرایط مناسب با سن رشد خود نیست. کودک ممکن است توجه و هوشیاری بیش‌ازاندازه یا مقاومت در برابر تماس اجتماعی را نشان دهد یا ممکن است از تعامل اجتماعی دوری جسته و در زمان ناراحتی قادر به تسلی‌جویی از خود نباشد. همچنین ممکن است به تسلی و دلداری واکنش نشان ندهد یا به صورت دائم به یک فرد بالغ چسبیده و از مراقبت‌کننده جدا نشود. اولین شاخص RAD تعاملات اجتماعی غیرعادی کودک است. کودک ممکن است از آغاز یک تعامل اجتماعی یا پاسخ به محرک اجتماعی حتی از سوی اعضای خانواده یا سایر اقوام خودداری کند. ممکن است به‌صورت غیرتبعیض‌آمیز در جستجوی تعامل اجتماعی افراط‌آمیز با غریبه‌ها باشد. علایم منطبق با DSM5 در نوع بازداری‌شده شامل: کمبود هیجان مثبت مثل (سرحالی، خوش‌اخلاقی، خنده‌رویی)، دوره‌هایی از تحریک‌پذیری، غمگینی یا ترس شدید است که حتی در روابط غیرتهدیدگر با مراقبین بزرگسال هم خود را نشان می‌دهد. این کودکان دارای حداقل واکنش اجتماعی و هیجانی به دیگران و ناتوانی در پاسخ‌گویی مناسب در تبادلات بین فردی هستند. همچنین در نوع بازداری‌نشده تعامل اجتماعی بیش‌ازاندازه با افراد ناشناخته داشته، آمادگی برای نزدیک‌شدن به هر فردی که به او نزدیک می‌گردد رؤیت می‌شود که در صورت درخواست فرد با او همراهی می‌کند و تمایل برای نزدیکی با فرد غریبه دیده می‌شود (۴). اختلال دلبستگی واکنشی مشکلات مختلفی را در محیط خانواده ایجاد می‌کند. کودکی که به مادر خود به‌صورت کامل متصل می‌گردد ترس‌ازجدایی را به صورت منظم تجربه کرده و می‌تواند برای مادر (یا سرپرست اولیه) انجام مسئولیت‌های روزانهٔ دیگر مانند مراقبت یا شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و تعاملات احساسی با سایر کودکان را مشکل سازد. نیاز والدین برای دریافت کمک جهت سرپرستی کودک می‌تواند منجر به بروز احساسات منفی در کودک، شامل احساس عصبانیت، طردشدگی و بی‌توجهی، گردد. کودک ممکن است ناامیدی خود را با اقدام متقابل در برابر سایر افراد نشان دهد. والدین بایستی به این نکته توجه کنند که تغییرات مکرر در سرپرستان می‌تواند یک فاکتور کمک‌کننده به بروز این اختلال باشد (۶). بسیاری از افراد مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی، از سوء استفادهٔ روانی یا فیزیکی رنج می‌برند. بی‌توجهی اجتماعی، انزوا و نیازهای احساسات برآورده‌نشده مثال‌هایی از مراقبت ناکافی شمرده می‌شود که می‌تواند منجر به بروز این اختلال گردد. اختلال دلبستگی واکنشی می‌تواند کودک را از خواهر و برادران خود و افراد همسن دور کند و منجر به وابستگی بیش‌ازاندازهٔ این کودکان به والدین گردد (۶). تشخیص و درمان اختلالات دلبستگی توسط متخصصان بهداشت روانی بسیار اهمیت دارد، زیرا مشکلات دلبستگی در دوران کودکی می‌توانند پیش‌بینی‌کنندهٔ عوامل خطرساز مهمی در ایجاد مشکلات روان‌شناختی در نوجوانی و بزرگسالی باشند (۷).

برای تشخیص این اختلال در کودکان روش‌های مختلفی معرفی شده است. مصاحبه و پرسشنامه دو شیوهٔ رایج تشخیص اختلال دلبستگی است. مصاحبهٔ مشکلات دلبستگی، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته است که توسط اسمایک و زینا طراحی شده است (به نقل از۸). روش دیگر برای سنجش مشکلات مرتبط با دلبستگی، مصاحبهٔ دلبستگی کودک[1] (CAI) مخصوص کودکان ۷تا ۱۱ سال است که توسط تارگت در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. همچنین مقیاس ارزیابی دلبستگی برای کودکان پیش‌دبستانی[2] (PAA) در سال ۱۹۹۲ توسط کرتیدین جهت ارزیابی الگوهای دلبستگی در کودکان ۱۸ماهه تا۵ساله طراحی شد (۸). پرسشنامهٔ اختلال دلبستگی واکنشی راندولف جهت سنجش این اختلال در سنین ۵ تا ۱۸ ساله توسط ابطحی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در ایران هنجاریابی و استفاده شد (۹). ابزارهای زیادی جهت سنجش دلبستگی ناایمن از سال‌های اول تولد تا کودکی و نوجوانانی طراحی شده است ولی هیچ مقیاسی برای سنجش اختلال دلبستگی واکنشی که یکی از پیامدهای دلبستگی ناایمن است، در سنین ۲ تا ۷ ساله در ایران یافت نشد؛ بنابراین برای ارزیابی دقیق این اختلال در سنین ۲ تا ۷ سال استفاده از ابزاری پایا و متناسب با اهداف احساس شد. پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی (RPQ)[3] ابزار مناسبی است که در این زمینه می‌تواند استفاده گردد. این پرسشنامه از تکامل چک‌لیست علائم اختلال دلبستگی واکنشی براساس کتابچهٔ راهنمای تشخیصی اختلالات روانی طراحی شده است. مؤلفه‌های چک‌لیست از نظر پایایی و روایی سنجش شده و سپس داده‌ها در پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی سازمان‌دهی شدند (۱۰). این پرسشنامه را مینس در سال ۲۰۰۷ براساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV ساخته و برای معرفی اختلال دلبستگی واکنشی به کار برد. فرم نهایی این پرسشنامه ابزار

[1] Child Attachment Interview

[2] Preschool Attachment Assessment

[3] Relationship problem questioner

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

غربالگری ده سؤالی است که برای تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۷ سال توسط مینس و همکارن به کار برده شده و براساس گزارش والد تکمیل گردیده است. در یک نمونه به تعداد۱۶۴۶ از جمعیت دوقلوها در انگلستان این پرسشنامه ثبات درونی بالایی داشت و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ درصد گزارش شد. همچنین تحلیل عاملی نشان داد، شش ماده که شامل سؤال‌های ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰ است، رفتارهای دلبستگی بازداری‌شده و چهار ماده که شامل سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۶ است رفتارهای دلبستگی بازداری‌نشده را توصیف می‌کند. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۳ درجه‌بندی شده است که هر سؤال یک نمرهٔ صفر یا ۱ یا ۲ یا ۳ می‌گیرد و با جمع مجموعه نمرات سؤال‌ها، نمره کل به دست می‌آید. کودکان با نمرهٔ ۷ یا بیشتر در فرم والد، به‌عنوان موارد احتمالی و در نتیجه مثبت غربالگری شدند. این نقطهٔ برش براساس توزیع نمرات پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطیRPQ در پژوهشی روی بیش از ۱۳۰۰۰ کودک ۲ تا۷ ساله از دوقلو و از طریق تحلیل خوشه‌ای داده‌ها به دست آمده است (۱۱). با توجه به اینکه اکثر کودکان دارای اختلال دلبستگی واکنشی به موقع تشخیص داده نمی‌شوند، شرایط اجتماعی نامناسب و محروم‌کنندهٔ این کودکان، به‌تدریج احتمال ابتلای این کودکان در آینده به اختلالات روانی دیگر را افزایش می‌دهد (۱۲).

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

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی، روش‌شناختی و مقطعی بود. جامعهٔ آماری تمامی کودکان ۲ تا ۵ ساله مهدکودک‌های شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود که از طریق مراجعه به ۲۰ مهدکودک واقع در منطقه ۶ تهران، داده‌ها با توجه به معیارهای ورود: داشتن حداقل سن ۲ سال و حداکثر ۵ سال تمام؛ نداشتن اختلالات درون‌سازی و برون‌سازی، هوشبهر کلی بیشتراز ۸۵ که با استفاده از تست گودیناف اندازه‌گیری شد؛ داشتن حداقل مدرک سیکل برای مادران تکمیل‌کنندهٔ پرسشنامه جمع‌آوری شدند. روش اجرای پژوهش، شامل مراحل ترجمهٔ پرسشنامه، بررسی روایی صوری، روایی محتوا، بررسی پایایی در سنجش پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روایی سازه با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تأییدی بود.

در مرحلهٔ اول: ترجمه پرسشنامه (RPQ): بعد از تهیهٔ پرسشنامه از کشور اسکاتلند از مؤسسهٔ روان‌پزشکی (Helen minnis) وگرفتن موافقت لازم از طراح پرسشنامه برای اجرا و ترجمهٔ آن به زبان فارسی، مرحلهٔ ترجمه به روش ترجمه مجدد[1] آغاز شد. به این منظور ابتدا پرسشنامهٔ موجود توسط دو مترجم که زبان آن‌ها فارسی بود و تسلط و تخصص کافی در زمینهٔ ترجمه متون انگلیسی را داشتند، به زبان فارسی ترجمه گردید. لازم به ذکر است که مترجمان هیچ‌گونه آشنایی با پرسشنامهٔ حاضر نداشتند؛ پس از توضیح فرآیند ترجمه برای مترجمان توسط محقق، هر مترجم ترجمه‌هایی از آیتم‌های پرسشنامهٔ مدنظر را ارائه داد. ترجمهٔ فارسی حاضر، از لحاظ آیتم‌های هدف تجزیه‌وتحلیل شد. درنهایت به نسخهٔ فارسی تبدیل شد. در مرحلهٔ دوم، پرسشنامهٔ ترجمه‌شده به زبان فارسی، توسط دو مترجم دیگر که فارغ‌التحصیل رشتهٔ زبان انگلیسی بودند به زبان انگلیسی برگردانده شد و نسخهٔ انگلیسی حاضر جهت بررسی یکسانی مفهومی با نسخهٔ اصلی برای مؤلف اصلی پرسشنامه (هلن مینس) ارسال گردید. سرانجام مقایسه و یکسانی نسخهٔ ترجمه‌شده با نسخهٔ اصلی تأیید شد.

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

مرحلهٔ سوم: نمونه‌گیری، بررسی پایایی: حجم نمونه‌های لازم برای تحلیل بدین گونه است که به ازای هر سؤال ۱۰ تا ۱۵ نمونه برای هر سؤال پیشنهاد می‌گردد (۱۶). با این حساب حجم نمونه ۱۰۰ تا ۱۵۰ برآورد شد. با توجه به اینکه انتخاب حجم نمونه اصولاً برای تحلیل عاملی از قاعده (بیشتر، بهتر است[2]) پیروی می‌کند (۱۷)، نمونهٔ نهایی که با معیارهای ورود مطابقت داشتند شامل ۱۸۰ زوج مادر و کودکان ۲ تا ۵ ساله بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس برای والد کودک روند کار توضیح داده شد و درصورت تمایل به همکاری، فرم رضایت‌نامه در اختیار ایشان قرار می‌گرفت. آنگاه آزمون‌گر ازطریق پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک کودک و

[1] Back translation method

[2] more is better

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

والدینش را از والد کسب کرده و سپس پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی (RPQ) را در اختیار والد کودک قرار می‌داد تا آن را تکمیل کند. از مادرها درخواست شد در هریک از عبارات، شدت رفتار کودک خود را بر روی مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از ((شـدیداً موافقم)) تا ((شـدیداً مخالفم)) درجه‌بندی کند. برای هر عبارت نمرهٔ ۰ تا ۳ داده شد و نهایتاً مجموع‌نمرات بیشتر از ۷، تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی می‌گیرند. پژوهشی که توسط مینس و همکاران در رابطه با تحلیل عاملی نسخهٔ اصلی پرسشنامهٔ (RPQ) انجام شد، نتایج مدل مفهومی اولیه نشان داد که سه عامل وجود دارد. شش پرسش بار عاملی زیادی روی عامل ۱ چرخش‌یافته داشتند که شامل «دوستی غیرقابل‌پیش‌بینی»، «فرار در صورت نزدیک شدن»، «علاقهٔ دروغین»، «وجدان نداشتن»، «خشونت داشتن» بودند. پرسش‌هایی که بار عاملی زیادی روی عامل دوم داشتند عبارتند بودند از «نزدیکی فیزیکی بیش‌ازحد»، «تمایل بیش‌ازحد به در آغوش گرفتن»، «دوستی بیش‌ازاندازه با افراد غریبه» و «پرسیدن سؤال‌های شخصی». این عامل ۱۰ درصد از واریانس را توضیح داد. چهار پرسش بار عاملی زیادی روی عامل آخر داشتند: «ترس از موقعیت های جدید»، «انجام کارهایی که درمقایسه با سن فرد، کودکانه هستند»، «ناراحتی مکرر» و «وابستگی زیاد». این عامل ۷ درصد از واریانس را توضیح داد. چهار پرسش دیگر بیشترین بار عاملی را روی عامل سوم داشتند ولی بار آن‌ها تقریباً به‌صورت مساوی روی تمام سه عامل توزیع شده بود. این پرسش‌ها به‌صورت یکی‌یکی حذف شدند تا اثر حذف شدن آن‌ها روی دیگر بارهای عاملی مشخص شود. حذف آن‌ها تمایز بین سه عامل را بهبود داد و مدل نهایی از ۱۴ پرسش استفاده کرد که همهٔ آن‌ها بار عاملی واضح و زیادی روی یکی از این سه عامل داشتند (۱۱). وقتی که تحلیل عاملی برای دو عضو هر جفت تکرار شد، همبستگی‌های بین بارهای عاملی سه جفت عامل‌ها به‌ترتیب ۰/۹۹۸، ۰/۹۹۸ و ۰/۹۹۲ بود (در هر سه حالت $p \leq ۰/۰۰۱$). عامل اول نشان‌دهندهٔ رفتارهایی بود که حاکی از نوعی اختلال دلبستگی بازداری‌شده هستند. عامل دوم نشان‌دهندهٔ رفتارهایی بود که حاکی از نوع اختلال دلبستگی بازداری‌نشده بودند. عامل سوم حاکی از رفتارهای مربوط با خلق‌وخوی بازداری‌شده بود که می‌تواند پیوند مستقیمی با اختلال دلبستگی نداشته باشد. برای اینکه این عامل با رفتارهای اختلال دلبستگی بازداری شده اشتباه گرفته نشود، آن را «عامل خلق‌وخو» نامیدند و سپس از فرم اصلی پرسشنامه حذف گردید (۱۱). به‌منظور تحلیل پایایی ابزار، آلفای کرونباخ برای هر عامل به‌صورت جداگانه محاسبه شد. در ابتدای شروع به والدین اطمینان داده شد که از اطلاعات فرزندشان در پرسشنامه به‌طور محرمانه نگهداری خواهد شد و به غیر از پژوهش در جای دیگری استفاده نمی‌شود و رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید، همچنین روند انجام کار کاملاً به والدین توضیح داده شد و این اطمینان داده شد که تکمیل پرسشنامه هیچگونه ضرر یا آسیبی برای آن‌ها ندارد.

مرحلهٔ چهارم: روش اجرای پژوهش، شامل مراحل ترجمهٔ پرسشنامه، بررسی روایی صوری، روایی محتوا، بررسی پایایی در سنجش پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روایی سازه با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم‌افزار لیزرل تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. به‌طورکلی در کار با برنامهٔ لیزرل، هر یک از شاخص‌های به‌دست‌آمده برای مدل به‌تنهایی دلیل برازندگی مدل یا عدم برازندگی آن نیستند، بلکه این شاخص‌ها را باید درکنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تأییدی و مدل مسیر، چندین مشخصهٔ برازندگی وجود دارد. در این پژوهش برای ارزیابی مدل تحلیل عاملی تأییدی از شاخص‌های x^2 (مربع خی)، شاخص برازندگی GFI، شاخص تعدیل برازندگی AGFI، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و شاخص ریشهٔ دوم برآورد و واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شد. آزمون x^2 معمولاً به‌عنوان شاخص موفقیت معرفی می‌شود. این شاخص نشان می‌دهد که آیا بیان مدل ساختار، روابط میان متغیرهای مشاهده‌شده را توصیف می‌کند یا خیر. هر چقدر مقدار x^2 کوچک‌تر باشد بهتر است. این شاخص معمولاً تحت شرایط نرمال‌بودن چندمتغیره[1] صادق است و به اندازهٔ نمونه حساس است، زیرا ممکن است یک مدل در اندازه نمونهٔ کم تناسب داشته باشد، ولی در نمونهٔ زیاد برازش نداشته باشد. برخی از محققان از نسبت به‌عنوان شاخص جایگزینی استفاده می‌کنند، اما این شاخص نیز محدودیت‌هایی مشابه با x^2 دارد. دربارهٔ نسبت مجذور کای به درجهٔ آزادی قطعیت وجود ندارد و در منابع مقدار زیر ۳ قابل قبول است. معیار GFI نشان‌دهندهٔ اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کواریانس‌ها است که توسط مدل تبیین می‌شود. این معیار بین صفر تا یک متغیر است که هرچه به عدد یک نزدیک‌تر باشند، نیکویی برازش مدل با داده‌های مشاهده شده بیشتر است. برای بررسی اینکه یک مدل به‌خصوص در مقایسه با سایر مدل‌های ممکن، از لحاظ تبیین مجموعه‌ای از داده‌های مشاهده شده تا چه حد خوب عمل می‌کند از مقادیر شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) استفاده شده است. مقادیر بیشتر از ۰/۹ این شاخص‌ها حاکی از برازش بسیار مناسب مدل طراحی شده در مقایسه با سایر مدل‌های ممکنه است. در نهایت برای بررسی اینکه مدل مدنظر چگونه برازندگی و صرفه‌جویی را با هم ترکیب می‌کند از شاخص بسیار توانمند ریشهٔ دوم برآورد واریانس خطای تقریب RMSEA استفاده شده است. شاخص RMSEA، ریشهٔ میانگین مجذورات تقریب است. این شاخص برای مدل‌های خوب ۰/۰۵ و کمتر است. مدلی که در آن این شاخص ۰/۹ یا بیشتر باشد، برازش ضعیفی دارد (۱۸).

۳ یافته‌ها

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی کودکان ۰/۹۹۸±۳/۷۱۶ سال بود که ۹۸ نفر (۵۴/۴ درصد) آن‌ها دختر و ۸۲ نفر (۴۵/۶ درصد) پسر بودند.

[1] multivariate normality

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

جدول ۱. مشخصات پایهٔ شرکت‌کنندگان در مطالعه

جنسیت	پسر	دختر	کل
تعداد (درصد)	۸۲ (۴۵/۶)	۹۸ (۵۴/۴)	۱۸۰ (۱۰۰)
سن؛ میانگین±انحراف‌معیار	۳/۶۵۸±۰/۱۱۱	۳/۷۶۵±۰/۱۰۰	۳/۷۱۶±۰/۹۹۸

در بررسی پایایی درونی پرسشنامهٔ اختلال دلبستگی واکنشی کودکان ۲ تا ۵ سال، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد، به این صورت که همبستگی هرگویه با امتیاز کل پرسشنامه بررسی گردید (۱۹).

جدول ۲. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون هر گویه با امتیاز کل ابزار

	گویه	همبستگی هر گویه با امتیاز کل	مقدار احتمال
۱	بیش از حد از نظر جسمانی به غریبه‌ها نزدیک می‌شود	۰/۶۲۷	<۰/۰۰۱
۲	با مردمی که بخوبی نمی شناسد خیلی راحت است	۰/۶۴۵	<۰/۰۰۱
۳	گاها سؤالات خیلی شخصی می‌پرسد حتی اگر قصد بی احترامی ندارد	۰/۵۹۱	<۰/۰۰۱
۴	می تواند حالت تهاجمی نسبت به خودش داشته باشد بعنوان مثال استفاده از زبان بد در مورد خودش یا خود زنی	۰/۵۳۶	<۰/۰۰۱
۵	احساس عذاب وجدان ندارد	۰/۴۸۰	<۰/۰۰۱
۶	با غریبه‌ها خیلی صمیمی است	۰/۶۲۷	<۰/۰۰۱
۷	گاهی اوقات همراه با ترس بدون دلیل آشکار بی حرکت است	۰/۶۳۲	<۰/۰۰۱
۸	اگر به وی نزدیک شوید اغلب فرار می‌کند یا از نزدیک شدن امتناع می‌کند	۰/۴۶۰	<۰/۰۰۱
۹	محبت وی کیفیت کاذب دارد	۰/۶۸۱	<۰/۰۰۱
۱۰	اگر به وی نزدیک شوید هرگز نمیدانید که با شما دوستانه رفتار خواهد کرد یا غیردوستانه	۰/۶۰۱	<۰/۰۰۱

نتیجهٔ بررسی ضرایب همبستگی هرگویه با امتیاز کل در جدول ۲ نشان داد که هر ۱۰ گویه همبستگی معنادار و مستقیمی با امتیاز کل ابزار دارند. در حالت ایده‌آل مقادیر آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ برای مطالعات تأییدی مناسب بود. دراین مطالعه با توجه به نمرهٔ کل سؤالات مقدار ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۹ گزارش شد که نشان‌دهندهٔ پایایی قابل قبول بود.

به‌منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید. در این قسمت یافته‌های مربوط به تحلیل عاملی تأییدی کل آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است. تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار لیزرل محاسبه شده است.

جدول ۳.شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

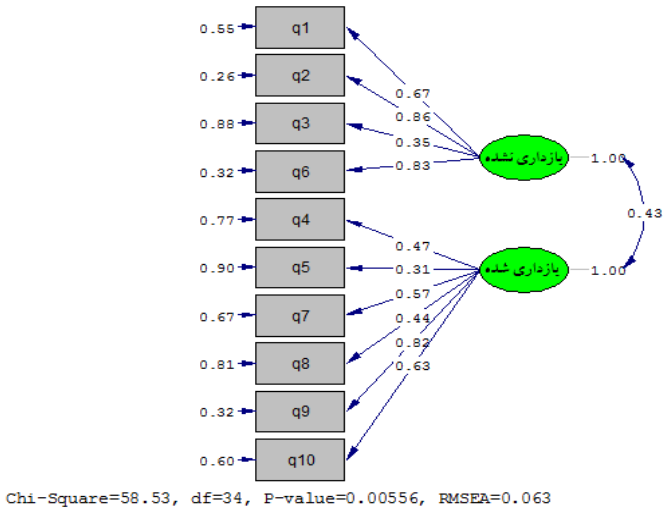
شاخص‌های برازش	معیار برازش	نتایج مدل	نتیجه
مربع خی تقسیم بر درجه آزادی	کمتر از۵	۱/۷۲	برازش خوب
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۴۹	برازش خوب
(CFI) شاخص برازش تطبیقی	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۷	برازش خوب
(GFI) شاخص نیکویی برازش	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۵	برازش خوب
(AGFI) شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	بیشتر از ۰/۹۰	۰/۹۲	برازش خوب

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌یافته (CFI) برابر با ۰/۹۷، شاخص نیکویی برازش تطبیقی (AGFI) برابر با ۰/۹۲ گزارش شد. نسبت مربع خی بر درجهٔ آزادی برابر ۱/۵۱ است (کمتر از ۵ برازش مدل مناسب بود است) اندازه شاخص‌ها حاکی از برازش بسیار بالای مدل بود. تقریب ریشه میانگین مجذور خطا (RMSEA) برابر با ۰/۰۴۹ گزارش شد.

شکل ۱ بارهای عاملی استانداردشدهٔ متغیرها را نشان می‌دهد. هرچه بارعاملی متغیری بیشتر باشد تأثیر آن متغیر بر عامل مربوطه بیشتر خواهد بود. عامل اول رفتارهای بازداری‌شده و عامل دوم رفتارهای بازداری‌نشده را نشان دادند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]



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

جدول ۴ خلاصهٔ نتایج بارهای عاملی متغیرهای رفتارهای بازداری‌نشده مربوط به سؤالات ۱، ۲، ۳، ۶ و رفتارهای بازداری‌شده مربوط به سؤالات ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰ را بیان می‌کند. طبق این جدول تمامی گویه‌ها براساس آزمون t معنادار هستند. به‌عبارتی چون معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ بررسی شد، به این دلیل که ضرایب آمارهٔ t بیشتر از ۱/۹۶ بود، رابطهٔ گویه‌ها با عامل مشخص‌شده معنادار است. از طرفی قدرت رابطه بین عامل و گویه‌ها به‌وسیلهٔ بار عاملی استاندارد نشان داده شده است. بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ قابل قبول و بار عاملی بزرگتر از ۰/۶ مطلوب گزارش شد.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل عاملی تأییدی

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

۴ بحث

مطالعهٔ حاضر به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی جهت تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی در کودکان ۲ تا ۵ ساله شهر تهران پرداخته است. ملاک اعتبار بررسی‌شده در مقیاس حاضر، ضریب آلفای کرونباخ بود که اعتبار نسبتاً بالای ابزار حاضر را نشان داد. همچنین نشان‌دهندهٔ ثبات و پایایی ابزار موردنظر در تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی بود که این داده‌ها با نتایج پژوهش مینس و همکاران (۱۰،۱۱) همسوست. به‌منظور بررسی روایی، روایی صوری و روایی سازه مدنظر قرار گرفت. برای بررسی روایی صوری و روایی سازه پرسشنامه، از روش ارزیابی متخصصان استفاده شد و روایی آن تأیید شد. در واقع آنچه که از بررسی روایی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

صوری این پرسشنامه به دست آمد ایـــن بودکه این ابزار بیشتر به سنجش ابعاد تخریب‌شدهٔ دلبســتگی می‌پردازد و پرسش‌ها به‌خوبی جنبه‌های مختلف چنین مفهومی را به افراد متخصـص منتقل می‌کند. علائمی که متخصصان بالینی در چک‌لیست علایم اخـتلال دلبستگی واکنشی به‌منظور تمایز کودکان مبتلا بـه اخـتلال دلبستگی واکنشی از کودکان با سایر اختلالات روان‌پزشکی مشـاهده‌کـرده بودند، به‌عنوان مواد اصلی مؤلفه‌های پرسشنامهٔ مشکلات ارتباطی در نظر گرفته شد. یافته‌های موجود دربـــارهٔ روایی پرسشنامهٔ مشـکلات ارتباطی نشـان دادند که ایـــن پرسشنامه می‌تواند کودکان حاضر در یک طبقهٔ تشخیصی را از طبقهٔ تشخیصی دیگر جدا کرده و نمرهٔ کل پرسسشنامهٔ مشـــکلات ارتبـاطی می‌توانـد کودکان دارای اختلال را بـه‌خوبی از کودکان سالم تشخیص دهد (۲۰).

نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان‌دهندهٔ برازش مدل مفهومی با داده‌های تجربی به‌دســـت‌آمده در جامعهٔ ایرانی بود. باتوجه به مقادیر مثبت بارهای عاملی مشـــخص شـــد که گویه‌ها و ســـؤالات تأثیر مثبت بر عامل‌های رفتارهای بازداری‌شـده و رفتارهای بازداری‌نشـده دارند که این نتایج با پژوهش مینس و همکاران (۱۱) همسوست. در پژوهشی که توسـط مینس انجام شـد (۱۰)، همبسـتگی‌های بین بارهای عاملی دو جفـت از عـامل‌هـا بـه‌ترتیـب ۰/۹۹۸، ۰/۹۹۸ بود. عـامـل اول نشـــان‌دهندهٔ رفتارهایی بود که حاکی از نوعی اختلال دلبســـتگی بازداری‌نشده هستند. عامل دوم نشان‌دهندهٔ رفتارهایی بود که حاکی از نوع اختلال دلبستگی بازداری‌شده بودند. این نتایج، مطالعهٔ حاضر را نیز تأیید می‌کند. همچنین دو عامل به‌دست‌آمده از پرسشنامه موردنظر با زیرمقیاس‌های ابزار سنجش اختلال دلبستگی که کرینتیدن در گروه سـنی ۱۸ ماهگی تا ۵ سـالگی به‌کار برد نیز همسـو بود (۱۱). درواقع آنچه از بررسی روایی محتوا در این مقیاس به دست می‌آید، این است که مقیاس ۱۰ گویه‌ای علاوه بر بررسی اختلال دلبستگی واکنشی، به سنجش رفتارهای بازداری‌شده و بازداری‌نشده نیز می‌پردازد که این نیز بـا ابزارهـای ســـنجش اختلال دلبســـتگی از جملـه مصـــاحبـهٔ نیمه‌ســاختاریافته ایســماک و زینا (۸) و مصـاحبهٔ دلبســتگی تارگت همسوست (۸) اگر این طور فرض کنیم که اختلال دلبستگی واکنشی از دلبســـتگی ضـــعیف نشـــأت گرفته و در بین کودکان در معرض بدرفتاری، شیوع بیشتری از سایر کودکان دارد و با مشکلات رفتاری شـدید و علائم متنوع بروز می‌کند، جهت درمان این اختلال اولین گام کسب ارزیابی جامع از علائم و مشکلات کودک است تا امکان ایجاد اهداف قابل اندازه‌گیری فراهم شود. به‌نظر می‌رسد این پرسشنامه هم دارای ویژگی‌هـای روان‌ســـنجی خوب و هم ابزار کـاربردی برای تشـــخیص اختلال دلبســـتگی واکنشـــی اســـت و علاوه‌براین به دلیل کوتاه‌بودن این پرســـشـــنامه به نظر می‌آید زمان کوتاهی صـــرف شـــود. روان‌درمانگران و پژوهشگران می‌توانند برای بررسی اختلال دلبستگی واکنشـی در گروه سـنی ۲ تا ۵ سـال با اسـتفاده از ابزارهای گوناگون اعتباریابی‌شـــده به ســـنجش و اندازه‌گیری بپردازند که از جمله این ابزارهای دردسـترس پرسـشـنامهٔ بررسی‌شـده در این مطالعه اسـت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش کمبود حجم نمونه بود و باتوجه به اینکه فرم اصلی این پرسشنامه مخصوص گروه ۲ تا ۷ ساله است و در این پژوهش بر روی گروه ۲ تا ۵ سـاله اجرا شـد، لذا پیشـنهاد می‌شـود در پژوهش‌های بعدی روایی و پایایی این پرسـشـنامه در گروه سـنی ۲ تا ۷ ساله نیز بررسی گردد.

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکر و قدردانی

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]

References

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

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.109.4]