

## بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ارزیابی علامت‌های جسمی کارکردی کودکان

### Evaluating Psychometric Characteristics of Soma Assessment Interview for Children

Soleimaninia, leila

Bahrami Ehsan, Hadi

ghorbani, nima

سلیمانی نیا، لیلا<sup>۱\*</sup>

بهرامی احسان، هادی<sup>۲</sup>

قربانی، نیما<sup>۳</sup>

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر معرفی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی ابزاری است که علاوه بر جامع بودن و سهولت اجرا برای مقاصد پژوهشی و همه‌گیرشناسی، توان تشخیص علامت‌های جسمی کارکردی در کودکان را داشته باشد.

بدنبال فراخوان پژوهش، ۶۳ زوج مادر-کودک که دامنه سنی کودکان ۵ تا ۷ سال بود، به‌صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. ابزار پژوهش، مصاحبه ارزیابی جسمی کودکان بود که به‌شکل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با مادران اجرا می‌شود. دربخشی از پژوهش نیز به‌منظور بررسی روایی ملاکی پرسشنامه، از ارزیابی روان‌پزشک بهره گرفته شد.

ضریب پایایی پرسشنامه با دو روش بازآزمایی و ضریب توافق بین ارزیابان به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۲ بود که در حد رضایت‌بخش مورد تأیید قرار گرفت. روایی ملاکی پرسشنامه از طریق همبستگی نتایج پرسشنامه با ارزیابی روان‌پزشک ۰/۵۹ محاسبه شد که ضریب روایی قابل قبول برای پرسشنامه مذکور است. همچنین حساسیت و ویژگی پرسشنامه براساس صحت پیش‌بینی مثبت‌ها و منفی‌های حقیقی در تشخیص علامت‌های جسمی کارکردی کودکان به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۸ به‌دست آمد.

براساس نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت فرم فارسی مصاحبه ارزیابی جسمی از پایایی و روایی کافی برای بررسی علامت‌های جسمی کارکردی در کودکان ۵ تا ۷ ساله ایرانی برخوردار است.

**کلیدواژه‌ها:** مصاحبه ارزیابی جسمی، علامت‌های جسمی کارکردی، ویژگی‌های روان‌سنجی، پایایی، روایی

#### Abstract

This study was aimed to present and evaluate psychometric characteristics of a questionnaire that is to not only comprehensive and easy to use, but also have the potential to diagnose functional-somatic symptoms among children for research and epidemiology objectives.

In response to a call for research, 63 mother-child couples with children aged 5-7 years old volunteered to participate in the study. Research tool was soma assessment interview for children, which was conducted in the form of a semi-structured interview with mothers. Criterion-related validity of the questionnaire was individually evaluated by a psychiatric assessment.

The reliability coefficient of the questionnaire was approved acceptable with 0.89 for test-retest method and 0.92 for Cohen's Kappa coefficient. Criterion-related validity of the questionnaire was calculated 0.59 through correlation between collected data from questionnaire and psychiatric assessment that fell in the approvable scoop. Also, sensitivity and specificity of the questionnaire were 0.87 and 0.78 respectively, based on accuracy of true positive and true negatives predictions in diagnosis of children's functional-somatic symptoms.

According to the study results, the Persian version of soma assessment interview for children questionnaire is valid and reliable for evaluating functional-somatic symptoms among Iranian children of 5-7 years.

**Keywords:** Soma Assessment Interview, Functional-Somatic Symptoms, Psychometric Characteristics, Reliability, Validity

1 دکترینای تخصصی، گروه روان‌شناسی دانش‌گاه تهران، ایران

soleimaninia.l@gmail.com

2 دکترینای تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانش‌گاه تهران، ایران

علوم تربیتی، دانش‌گاه تهران، ایران. hbahrami@ut.ac.ir

3 دکترینای تخصصی، گروه روان‌شناسی دانش‌گاه تهران، ایران

علوم تربیتی، دانش‌گاه تهران، ایران. nima7cps@gmail.com

## مقدمه

در کودکان و نوجوانان اغلب با علامت‌های جسمی متعدد روبرو هستیم که علت‌شناسی پزشکی مشخصی ندارند و درعین حال که شکایات جسمی یا کارکردی وجود دارند، اما از لحاظ ساختاری یا آسیب‌شناسی طبی قابل تشخیص یا توجیه نیستند (کلی، مولکو، دوپل و گابین،<sup>۱</sup> ۲۰۱۰). این علائم، علامت‌های جسمی کارکردی<sup>۲</sup> (FSS) نامیده می‌شوند و ممکن است دربرگیرنده سردردها، دردهای شکمی، دردهای ماهیچه‌های-اسکلتی، تهوع، درد قفسه سینه، خستگی مزمن و سرگیجه باشند (یک، ۲۰۰۸). به‌عبارت دیگر شکایات یا نشانگان هستند که تصویر بالینی بیماری‌های شناخته شده، تأیید شده و مرسوم را به‌مبارزه می‌طلبند و یافته‌های بالینی و پاراکلینیک از آنها حمایت نمی‌کنند (فینک، روزندال و تافت،<sup>۳</sup> ۲۰۰۲). این مشکلات حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد کودکان و نوجوانان را درگیر ساخته و حدود ۵ تا ۱۰ درصد از مراجعه‌ها به‌مرکز طبی اطفال را شامل می‌شوند (راسک،<sup>۴</sup> ۲۰۰۹). با این وجود، علامت‌های جسمی-کارکردی یکی از موضوع‌هایی است که در روان‌پزشکی کودک و نوجوان بسیار مورد غفلت واقع شده است.

اصطلاحات یا واژه‌های بسیاری برای توصیف این علامت‌ها در متون و موقعیت‌های بالینی متفاوت به‌چشم می‌خورد از قبیل علامت‌های شبه جسمی، جسمانی‌کردن، اختلالات کارکردی و غیره. اما براساس تغییراتی که در DSM 5 در زمینه اختلالات شبه جسمی و سایکوسوماتیک داده شده است، امروزه بیشتر با اصطلاح «اختلالات توجیه ناپذیر از لحاظ پزشکی» روبرو می‌شویم و واژه سایکوسوماتیک به‌دلیل این‌که مکانیسم‌های روان‌شناختی علامت‌ها ناشناخته هستند، مورد انتقاد قرار گرفته است (امینسون،<sup>۵</sup> ۲۰۰۷). اصطلاح «علامت‌های توجیه ناپذیر از لحاظ پزشکی»<sup>۶</sup> نیز که به شکل تلویحی دربردارنده این مفهوم است که علامت‌ها از لحاظ زیستی توجیه ناپذیرند، مناسب به‌نظر نمی‌رسد، در حالی که مدل زیستی-روانی-اجتماعی اختلالات، برای برانگیختگی خودمختار و شرطی‌زدایی فیزیولوژیکی، که در تعامل فرایندهای زیستی روانی اجتماعی بوجود می‌آیند، نقش علی در ظهور این علامت‌ها را درنظر گرفته است. بنابراین اصطلاح «علامت-های جسمی کارکردی» از سایر واژه‌ها مناسب‌تر به‌نظر می‌رسد چرا که از غیر تشخیصی بودن اصطلاح «اختلالات توجیه ناپذیر از لحاظ پزشکی» اجتناب می‌کند و تقابل غیر سودمند دوگانگی جسمی-روان‌شناختی را که در برچسب‌های دیگر بر آنها تأکید می‌شود کنار می‌گذارد (استون، ویجیک، دورانس، کارسون، لویس، مکیزی و همکاران،<sup>۷</sup> ۲۰۰۲).

تظاهرات بالینی این علامت‌ها بسیار متنوع است، برخی موقتی و زودگذر و برخی بسیار ناتوان‌کننده هستند (ونست<sup>۸</sup> و دیگران، ۲۰۱۲). این مشکلات ممکن است تک‌علامتی<sup>۹</sup>، با علامت‌های کم<sup>۱۰</sup> یا

1 Kelly, Molcho, Doyle, Gabhainn

2 Functional somatic symptoms

3 Fink, Rosendal, Toft

4 Rask

5 Eminson

6 Medically un-explained symptoms

7 Stone, Wojcik, Durrance, Carson, Lewis, MacKenzie, et al.

8 Vanaelst

9 monosymptomatic

10 oligo

بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه ارزیابی علامت های جسمی...

چندعلامتی<sup>۱</sup> باشند (راسک، ۲۰۰۹). تنوع علامت‌های جسمی کارکردی و خوشه‌بندی این علامت‌ها در مطالعات مختلف نشان داده شده است (رامشاندانی، استین، هتف و ویلز<sup>۲</sup>؛ ۲۰۰۶؛ پترسون، برولین و برگستر<sup>۳</sup>؛ ۲۰۰۶؛ پرکون، هازبروک-کمشرر، هانفلد، بونن، ون سویلکام-اسمیت و همکاران<sup>۴</sup>؛ ۲۰۰۰). علاوه بر این، همبندی بالای آنها با مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه افسردگی و اضطراب، آنها را نیازمند توجه بیشتر می‌سازد. طبق پژوهش‌های صورت‌گرفته، علامت‌های جسمی کارکردی در کودکی پیش‌بینی‌کننده اختلالات سایکوسوماتیک و سایر اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی در بزرگسالی است (سراندر<sup>۵</sup> و دیگران، ۲۰۰۵؛ استینهاوزن<sup>۶</sup>؛ ۲۰۰۶؛ بک، ۲۰۰۸). تحقیقات طولی نشان داده است که وقتی علامت‌های روان تنی در کودکی مورد توجه و درمان واقع نشود تا بزرگسالی دوام یافته و تنها ممکن است از لحاظ شکل علامت‌ها تغییر کنند اما ماهیت سایکوسوماتیک بودن آنها حفظ می‌شود (دوچ، فردیناند، ون دراند و ورهولست<sup>۷</sup>؛ ۲۰۰۱).

هرچند طی سال‌های اخیر با پیشرفت چشمگیری در عرصه سلامت کودکان روبرو بوده‌ایم، اما حوزه مشکلات جسمی کارکردی کودکان همچنان مورد غفلت قرار گرفته است و این درحالی است که این بیماران همواره بار زیادی را به‌سیستم بهداشتی درمانی جامعه وارد می‌کنند. علاوه بر مراجعه‌های متعددی که این افراد به پزشکان حوزه‌های مختلف دارند و هزینه‌هایی که به خانواده‌ها و اجتماع تحمیل می‌شود، گاهی با خطر درمان‌های پزشکی غیرضروری و حتی خطرناک در آنها نیز روبرو هستیم (سوماتیپالا<sup>۸</sup>؛ ۲۰۰۸). از سوی دیگر به دلیل غیبت مکرر از مهدکودک، مدرسه و یا محیط کار سایر بخش‌های جامعه را نیز تحت تأثیر قرار خواهند داد. همچنین این بیماران ناامیدی و درماندگی روان‌شناختی زیادی را بدنبال عدم تشخیص علت مشکلاتشان و افت کارکردی تحصیلی یا اجتماعی‌شان تجربه می‌کنند (بک، ۲۰۰۸). این مشکلات و استرس ناشی از آنها که به خانواده‌ها و جامعه وارد می‌شود، روان‌شناسان را مسؤول می‌سازد تا ضرورت مطالعات بیشتر و کاربرد نتایج آنها در کاهش فشارهای مذکور را درک نموده و سرمایه‌گذاری علمی و پژوهشی بیشتری در این زمینه داشته باشند.

در روان‌پزشکی، اختلال جسمی کارکردی، ویژگی‌های اصلی برای تعدادی از تشخیص‌های نسخه دهم طبقه‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامت مرتبط (ICD-10) و پنجمین نسخه کتابچه آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM 5) است که اساساً در طبقه‌ی اختلالات جسمانی شکل آمده‌اند. معمولاً پذیرفته شده است که ملاک‌های تشخیص برای چنین شرایطی قابلیت کاربرد ضعیفی برای کودکان دارند (سیلبر و پائو<sup>۹</sup>؛ ۲۰۰۳؛ نان، نیکولاس و لسک<sup>۱۰</sup>؛ ۲۰۰۰) و در حال حاضر تشخیص توسط پزشکان در

1 multisymptomatic

2 Ramchandani, Stein, Hotopf, Wiles

3 Petersen, Brulin, Bergstrom

4 Perquin, Hazebroek-Kampschreur, Hunfeld, Bohnen, van Suijlekom-Smit, et al.

5 Sourander

6 Steinhausen

7 Dhossche, Ferdinand, van der Ende & Verhulst

8 Sumathipala

9 Silber, Pao

10 Nunn, Nicholls, Lask

موقعیت‌های مربوط به کودکان از جمله روان‌پزشکی کودک و نوجوان، متناقض انجام می‌گیرد (مولر، سورنسن و تامسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). همان گونه که می‌دانیم برای اهداف پژوهشی از جمله همه‌گیرشناسی که نمونه بزرگی لازم است، تشخیص روان‌پزشک به‌عنوان ابزار پژوهش بسیار پرهزینه و وقت‌گیر است و لذا ساخت ابزاری که این اهداف را برآورده ساخته و علاوه بر جامع بودن و سهولت اجرا، توان تشخیص علامت‌های جسمی کارکردی را داشته باشد، اهمیت می‌یابد. مرور تحقیقات پیشین و متون موجود در ایران حاکی از آن است که مسأله مشکلات روان‌تنی یا علامت‌های جسمی کارکردی کمتر به‌شکل علمی و دقیق مورد توجه پژوهش‌گران و متخصصان این حوزه قرار گرفته است و به‌ویژه در حوزه مشکلات جسمی کارکردی کودکان با فقر پژوهشی زیادی روبرو هستیم. یکی از دلایل موجود، به‌فقدان مقیاس ارزیابی مناسب و استاندارد در این زمینه برمی‌گردد.

پرسشنامه مصاحبه ارزیابی جسمی<sup>۲</sup> (SAI) ابزاری مناسب جهت سنجش علامت‌های جسمی کارکردی است که دامنه گسترده‌ای از علامت‌های جسمی کارکردی را پوشش می‌دهد و جنبه‌های مهم آسیب‌های همراه با این مشکلات را نیز شامل می‌شود. این پرسشنامه به‌شکل مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با والدین کودکان است که به‌شکل فردی اجرا می‌شود. میانگین زمان مصاحبه ۱۸ دقیقه است و از دید ارزیابان و مصاحبه شونده‌گان مناسب ارزیابی شده است. ضریب کاپا یا توافق میان دو آزماینده ۰/۸۶ بوده و حساسیت ۸۹٪ و ویژگی ۸۶٪ برای آن گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه از روایی هم‌گرای قابل قبول و معنی‌دار در مقایسه با مقیاس جسمانی کردن کودکان<sup>۳</sup> (CSI) برخوردار بوده است (راسک، ۲۰۰۹). این پرسشنامه در تحقیقات متعدد به‌کاررفته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تأیید قرار گرفته است (راسک، اولسن و فینک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مصاحبه ارزیابی جسمی و انطباق آن با جمعیت ایرانی بود. این پژوهش می‌تواند مقیاسی معتبر در زمینه ارزیابی علامت‌های جسمی کارکردی کودکان در اختیار متخصصان بالینی و پژوهش‌گران حوزه‌های مختلف روان‌شناسی و روان‌پزشکی قرار دهد.

## روش

جامعه‌آماری این پژوهش کودکان پیش دبستانی ۵ تا ۷ ساله شهر تهران هستند که از مهدکودک‌ها و مراکز پیش دبستانی تهران به‌یک مرکز روان‌شناسی خصوصی ارجاع داده شدند. پیش از این به‌منظور تحقیقی در زمینه علامت‌های جسمی کارکردی کودکان فراخوانی به‌والدین داده شده بود که درصورت علاقمندی و واجد شرایط بودن در پژوهشی با موضوع بررسی مشکلات جسمی کارکردی کودکان شرکت نمایند. به‌شکل نمونه‌گیری دردسترس و تمام شمار، مادران و کودکانی که به‌مرکز مذکور مراجعه کرده و رضایت به‌شرکت در مطالعه را داشتند، با استفاده از پرسشنامه مذکور مورد مصاحبه قرار گرفتند و درنهایت ۶۷ زوج مادر-کودک به‌عنوان گروه نمونه وارد مطالعه شدند. ۴ مورد از آنها در مراحل بعدی تحقیق شرکت نکردند و لذا داده‌های مربوط به ۶۳ زوج مادر-کودک وارد پژوهش گردید.

پرسشنامه علامت‌های جسمی کارکردی که به‌صورت مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با والدین و به‌شکل فردی

1 Moller, Sorensen, Thomsen

2 Soma Assessment Interview (SAI)

3 Children's somatization inventory

4 Rask, Olsen, Fink

بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه ارزیابی علامت های جسمی...

اجرا می شود. لیستی متشکل از ۲۰ علامت جسمی کارکردی، دربردارنده ی معیارهای DSM-5 و ICD-10 برای تشخیص اختلالات جسمانی شکل هستند و سؤالات بازپاسخ از والدین کودکان و استفاده از زبان خود آنها برای توصیف مشکلات فرزندشان، تشخیص را کامل تر می سازد. همچنین بخشی نیز در مصاحبه گنجانده شده که میزان و شدت آسیب های همراه با این علامت ها را مشخص سازد. بنابراین با استفاده از مصاحبه ارزیابی علامت های جسمی کارکردی، تشخیص این مشکلات تحت سه طبقه امکان پذیر است: بدون علامت جسمی کارکردی، دارای علامت جسمی کارکردی بدون آسیب، دارای علامت جسمی کارکردی همراه با آسیب. اگر طبق لیست مذکور، یک علامت جسمی کارکردی یا بیشتر در کودک وجود داشته باشد که قطعاً با یک بیماری جسمی توجیه پذیر نباشد، سؤالات بازپاسخ به منظور تکمیل اطلاعات پرسیده می شود. همچنین با سؤالات تکمیلی، وجود یا عدم وجود آسیب های همراه شامل تأثیر در عملکرد فرد، تداخل با زندگی اجتماعی، درماندگی و پریشانی، دریافت کمک های جانبی و غیره پیگیری می گردد. بدین ترتیب محتوای پرسشنامه ای که برای مصاحبه ارزیابی علامت های جسمی کارکردی به کار می رود شامل پنج بخش زیر است:

- ۱- سؤالاتی که سلامت کودک طی یک سال گذشته را ارزیابی می کنند
- ۲- سؤالاتی که وجود ۲۰ علامت جسمی کارکردی طی یک سال گذشته را شامل می شوند و اگر هیچ علامتی پاسخ مثبت دریافت نکند، بخش سه و پنج حذف خواهد شد
- ۳- سؤالاتی که مدت و شدت آسیب های مربوطه را مشخص می سازند
- ۴- سه سؤال در مورد واکنش کودک به مشکلات جسمی و چهار سؤال راجع به سابقه نشانه های تجزیه ای احتمالی در طول زندگی

۵- هفت سؤال بازپاسخ جهت توصیف علامت های جسمی کارکردی و آسیب آنها به زبان خود والدین در اولین گام تحقیق، ضمن تماس با طراح اصلی پرسشنامه (راسک) مقیاس، تهیه و به فارسی برگردانده شد. سپس ترجمه یادشده به همراه نسخه اصلی پرسشنامه در اختیار ۵ تن از اساتید روان شناس، روان پزشک و محقق در این زمینه قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا نسخه اصلی مقیاس را با ترجمه فارسی آن مقایسه نموده و در بررسی هر عبارت، موارد ذیل را در نظر بگیرند:

- ۱- با تطبیق نسخه حاضر با نسخه اصلی مشخص کنید آیا وفاداری به نسخه اصلی رعایت شده است؟
- ۲- آیا سؤالات و جملات گویا و قابل درک هستند؟
- ۳- آیا از نظر تخصصی، مفاهیم موجود در پرسشنامه مورد تأیید شما هستند؟
- ۴- آیا علاوه بر آنچه در پرسشنامه آمده، به منظور ارزیابی نشانه های جسمی کارکردی کودکان، موارد یا نکاتی لازم است مورد پرسش قرار گیرد؟

۵- در صورتی که پیشنهاد، انتقاد یا نکته ای به ذهنتان می رسد که حائز اهمیت است و مورد غفلت واقع شده، لطفاً بنویسید.

با جمع بندی نظرات و اعمال اصلاحات نگارشی و تخصصی مربوطه مشخص گردید که پرسشنامه از نظر متخصصان قابل قبول بوده و از شرایط اولیّه بکارگیری در جمعیت ایرانی از جمله تناسب فرهنگی، گویایی جملات و کمک به افزایش توان تشخیص علامت های جسمی کارکردی کودکان برخوردار است. در مرحله بعد، پرسشنامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی به شکل ترجمه وارون مجدداً به انگلیسی برگردانده و به فارسی ترجمه شد. بدین ترتیب، پس از چند مرحله بررسی، بازبینی و اعمال تغییرات و اصلاحات و تأیید

نهایی، بررسی پایایی و روایی فرم فارسی پرسشنامه مصاحبه ارزیابی جسمی آغاز گردید.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان مطالعه را ۶۳ زوج مادر و کودک تشکیل می‌دهند که همه کودکان در دامنه سنی ۵ تا ۷ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۶/۳ بود. ۵۹ درصد از کودکان دختر و ۴۱ درصد از آنان پسر بوده‌اند. دامنه سنی مادران بین ۳۳ تا ۴۱ سال بوده و میانگین سن آنها ۳۷/۴ سال است. میزان تحصیلات ۸٪ از مادران دیپلم، ۲۷٪ کاردانی، ۴۶٪ کارشناسی، و ۱۹٪ کارشناسی ارشد و بالاتر گزارش شده است. ۴۶٪ از مادران خانه‌دار، ۱۹٪ شاغل پاره وقت و ۳۵٪ شاغل تمام وقت بوده‌اند. وضعیت اقتصادی خانواده از سوی ۴۳٪ متوسط، ۳۰٪ خوب و ۲۷٪ بسیار خوب گزارش شده است. در ادامه ویژگی‌های روان‌سنجی مصاحبه ارزیابی جسمی از نظر سهولت اجرا، پایایی بازآزمایی و پایایی بین‌آزمیندگان، روایی ملاکی، حساسیت و ویژگی آورده شده است.

**سهولت اجرا**<sup>۱</sup> میانگین زمان اجرای مصاحبه ۲۱ دقیقه و در دامنه‌ای بین ۱۰ تا ۶۵ دقیقه گزارش شده است. زمانی که کودک دارای علامت جسمی کارکردی تشخیص داده می‌شد این میانگین بیشتر از زمانی بود که کودک بدون علامت جسمی کارکردی طبقه‌بندی می‌شد (به ترتیب ۳۵ دقیقه با دامنه زمانی ۲۵ تا ۶۵ دقیقه در مقابل میانگین ۱۵ دقیقه با دامنه زمانی ۱۰ تا ۲۰ دقیقه). در پایان مصاحبه از افراد شرکت‌کننده در مورد مرتبط بودن سؤالات با سلامت جسمی کودک، دشواری سؤالات، میزان ناخوشایندی آنها و کفایت سؤالات برای مشکلات جسمانی کودک‌شان سؤال گردید. ۹۶ درصد اعلام کردند که سؤالات مرتبط بودند، از دید ۹۲ درصد افراد سؤالات دشوار نبودند، ۹۷ درصد گزارش کردند که سؤالات ناخوشایند و آزارنده نبوده و از نظر ۹۴ درصد افراد سؤالات برای شناسایی مشکلات جسمانی کودک‌شان کافی بوده است.

**پایایی**<sup>۲</sup> به منظور ارزیابی پایایی پرسشنامه از دو روش بازآزمایی<sup>۳</sup> و ضریب پایایی یا توافق بین ارزیابان<sup>۴</sup> استفاده شد. بدین ترتیب که ۱۸ نفر از والدین شرکت‌کننده در پژوهش به شکل تصادفی انتخاب و پس از گذشت دو هفته از مصاحبه اولیه، بار دیگر مورد مصاحبه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ضریب ثبات یا پایایی مصاحبه با استفاده از این روش برابر با ۸۹٪ است. در روش‌هایی مانند مصاحبه، نتایج ارزیابی تا حد زیادی وابسته به مهارت و قضاوت مصاحبه‌کنندگان در اجرا و نمره‌گذاری پرسشنامه است. از این رو مصاحبه‌کنندگان توسط پژوهش‌گر و با سیستمی یکسان برای اجرا و تشخیص، آموزش دیدند تا خطای اندازه‌گیری به حداقل برسد. از سوی دیگر ضریب توافق میان مصاحبه‌کننده‌ها می‌تواند ملاکی برای پایایی و همسانی درونی پرسشنامه باشد. بنابراین تعداد ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان به شکل تصادفی انتخاب شده و مجدداً توسط محقق دیگری که از وضعیت بالینی کودکان اطلاع نداشت، مورد مصاحبه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که هیچ یک از این ۱۵ نفر جزء ۱۸ شرکت‌کننده‌ی مرحله بازآزمایی نبودند. نتایج نشان داد که ضریب پایایی میان آزمیندگان<sup>۵</sup> ۹۲٪ درصد است.

1 Feasibility

2 Reliability

3 Test-retest

4 Interassessor reliability

5 Interassessor reliability

بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه ارزیابی علامت های جسمی...

روایی<sup>۱</sup> در تعیین اعتبار یا روایی پرسشنامه، از رویکرد بررسی روایی ملاکی<sup>۲</sup> آزمون استفاده شد. منظور از روایی ملاکی میزان ارتباط بین نتایج حاصل از یک آزمون با نتایج حاصل از یک آزمون یا وسیله اندازه گیری دیگر است. هر قدر این ارتباط که به صورت ضریب همبستگی بیان می شود، بیشتر باشد ضریب روایی بالاتر خواهد بود (دلاور، ۱۳۷۶). در این مطالعه ارزیابی روان پزشکی به عنوان ملاک محاسبه ی روایی ملاکی پیش بین در نظر گرفته شد (نتیجه مصاحبه به عنوان متغیر پیش بین و نظر روان پزشکی به عنوان متغیر ملاک). بدین ترتیب ۳۰ نفر از کودکانی که والدین شان در پژوهش شرکت کرده بودند، توسط روان پزشکی مرکز مورد معاینه روان پزشکی قرار گرفتند و از روان پزشکی خواسته شد که تشخیص خود را در یکی از این سه طبقه تشخیصی مطرح کند: ۱- بدون علامت جسمی کارکردی ۲- احتمال وجود علامت جسمی کارکردی و ۳- واجد علامت جسمی کارکردی. روان پزشکی مذکور از نتایج بدست آمده از مصاحبه اطلاع نداشت.

جدول ۱: توافق میان نتایج مصاحبه ارزیابی علامت های جسمی کارکردی کودکان (SAI) و معاینه روان پزشکی

طبقه بندی بر اساس SAI	طبقه بندی روان پزشکی		واجد علامت	کل
	بدون علامت	احتمالا دارای علامت		
بدون علامت	۱۱	۱	۰	۱۲
دارای علامت بدون آسیب همراه	۲	۳	۲	۷
دارای علامت با آسیب همراه	۱	۲	۸	۱۱
کل	۱۴	۶	۱۰	۳۰

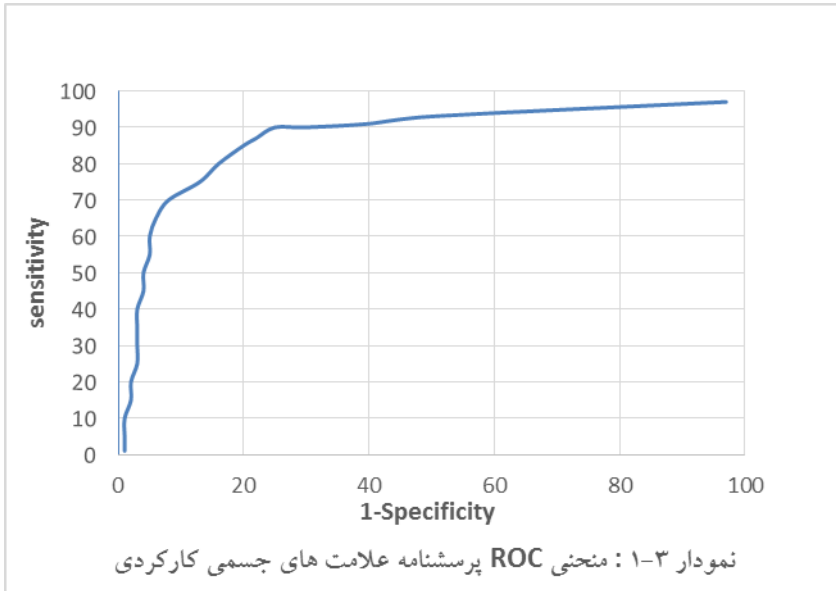
ضریب توافق میان ارزیابی روان پزشکی و تشخیص توسط مصاحبه با استفاده از ضریب V کرامر ۵۹٪ بود که ضریب روایی قابل قبول برای پرسشنامه علامت های جسمی کارکردی است. نتایج طبقه بندی مذکور در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است. بر اساس همین اطلاعات، حساسیت<sup>۳</sup> و ویژگی پرسشنامه بر اساس صحت پیش بینی مثبت ها و منفی ها قابل اندازه گیری است. حساسیت عبارت است از توانایی مقیاس در تشخیص درست کسانی که واجد علامت جسمی کارکردی هستند (مثبت های حقیقی) و ویژگی یا اختصاصیت عبارت است از توانایی مقیاس در تشخیص درست کسانی که علامت جسمی کارکردی ندارند (منفی های حقیقی). بدین ترتیب حساسیت و ویژگی پرسشنامه مورد بررسی به ترتیب ۸۷٪ و ۷۸٪ است. رابطه ی حساسیت و ویژگی پرسشنامه که نشانگر دقت آن در تشخیص صحیح مشکلات جسمی کارکردی است، با ترسیم منحنی ROC<sup>۴</sup> نشان داده شده است (نمودار ۳-۱).

1 Validity

2 Criterion Validity

3 Sensitivity

4 Receiver Operating Characteristic Curve



همان طور که می دانیم مساحت زیر منحنی ROC معرف میزان موفقیت پرسشنامه در تشخیص است و هرچه این میزان به یک نزدیک تر باشد توان تشخیص بالاتر است. بنابراین براساس منحنی ROC ترسیم شده (نمودار ۱-۳)، پرسشنامه ارزیابی علامت های جسمی کارکردی کودکان از توان تشخیصی بالایی برخوردار است ( $AUC^1=0/873$ ،  $SE^2=0/043$ ، فاصله اطمینان:  $0/79-0/95$ ،  $p<0/01$ ). قابلیت پیش بینی مثبت<sup>۳</sup> پرسشنامه  $0/83$  است که بیانگر تعداد پیش بینی های مثبت درست در مقابل تمام مواردی است که مثبت پیش بینی شده اند. و میزان دقت<sup>۴</sup> پرسشنامه که بیانگر تعداد پیش بینی های درست در مقابل همه موارد پیش بینی شده است عبارت است از  $0/86$ .

### بحث و نتیجه گیری

یافته های کلینیکی حاکی از شیوع بالای علامت های جسمی-کارکردی در کودکان است، در حالی که مطالعات پژوهشی در این زمینه به ویژه در ایران با کمبود ابزاری معتبر و پایا برای ارزیابی علامت های جسمی کارکردی روبرو هستند. ارزیابی مقدماتی پایایی و روایی مصاحبه ارزیابی جسمی می تواند گام نخست در این مسیر باشد. این ابزار می تواند کارگشای متخصصان بالینی و پژوهشگران حوزه روان پزشکی و روان شناسی در ارزیابی علامت های جسمی کارکردی برای اهداف پژوهش باشد چراکه بدون نیاز به معاینه روان پزشکی و همچنین بدون تماس با خود کودک و از طریق گزارش والدین می تواند روی نمونه های وسیع اجرا گردد. مصاحبه ارزیابی جسمی به راحتی قابل اجرا است و اجرای آن نیازمند تخصص یا آموزش خاصی برای

1 Area Under the Curve

2 Standard Error of AUC

3 Positive predictivity

4 Accuracy



بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه ارزیابی علامت های جسمی...

آزمونگران نیست و با آزمایشندگان اندکی قابل اجرا است، در حالی که ارزیابی روان پزشکی برای اهداف پژوهشی نیازمند هزینه و نیروی متخصص بسیاری در این زمینه است. با استفاده از پرسشنامه مذکور ارزیابی علامت های جسمی کارکردی، فراوانی و شدت آنها، تأثیر آنها روی عملکرد کودک و میزان پریشانی و درماندگی کودک به شکل استاندارد و همسان در نمونه مورد مطالعه امکان پذیر می گردد، در حالی که ارزیابی روان پزشکی ممکن است از اعتبار و پایایی لازم برای مقاصد پژوهشی برخوردار نباشد.

بر اساس آنچه که پژوهش حاضر در بررسی ویژگی های روان سنجی مصاحبه ارزیابی جسمی کودکان نشان داد، میانگین زمان مصاحبه (۲۱ دقیقه) اگرچه کمی بیشتر از فرم اصلی مقیاس (۱۸ دقیقه) است، همچنان از نظر ارزیابان و مصاحبه شوندگان مناسب ارزیابی شده است و این تفاوت زمان اجرا را نیز می توان به تفاوت های فرهنگی و زبانی موجود در ارتباط کلامی نسبت داد. روش بازآزمایی پس از دو هفته نشان داد که مصاحبه ارزیابی جسمی از ضریب پایایی قابل قبول (۰/۸۹) برخوردار است. ضریب توافق آزمایشندگان (۰/۹۲) نیز تأیید دیگری برای پایایی این ابزار است و این میزان از ضریب توافق ارزیابان در فرم اصلی پرسشنامه (۰/۸۶) اندکی بیشتر نیز بوده است. روایی ملاکی پرسشنامه بر اساس ضریب همسانی نتایج با ارزیابی روان پزشکی ۰/۵۹ بود که حاکی از روایی مناسب آن است. در نسخه اصلی پرسشنامه، حساسیت ۰/۸۹ و ویژگی ۰/۸۶ گزارش شده است و پژوهش حاضر حساسیت و ویژگی فرم فارسی پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۸ بدست آمد. به عبارت دیگر توان تشخیص مثبت های حقیقی (کودکانی که دارای علامت جسمی هستند و توسط پرسشنامه نیز دارای علامت طبقه بندی می شوند) بیشتر از توان آن برای تشخیص منفی های حقیقی (کودکانی که مشکل جسمی کارکردی ندارند و پرسشنامه نیز آنها را بدون علامت تشخیص می دهد) است. هرچند که ویژگی فرم فارسی نیز همانند نسخه اصلی آن بالا و قابل قبول گزارش شده است.

بنابر آنچه که از نتایج پژوهش حاضر گزارش گردید، به شکل کلی فرم فارسی مصاحبه ارزیابی جسمی، یک ابزار پایه، روا و ساده از نظر اجرا است و برای ارزیابی علامت های جسمی کارکردی در کودکان ایرانی مناسب است. اما پایایی و روایی بدست آمده برای پرسشنامه مذکور با محدودیت مقدماتی بودن این ویژگی ها همراه است. بر این اساس طرح های پژوهشی وسیع تر به منظور تکمیل فرایند اعتباریابی و همچنین تأیید یافته های فعلی و بررسی دقیق تر ویژگی های روان سنجی محاسبه شده در این مطالعه، پیشنهاد می گردد. محدودیت دیگری نیز که باید مدنظر قرار داد، به ساختار خود مقیاس بازمی گردد که علامت های جسمی کارکردی را طی یک سال گذشته بررسی می کند و نسبت به سایر ابزارهای تشخیصی دامنه زمانی طولانی تری را در بر می گیرد. این مسأله می تواند از یادآوری والدین نسبت به مشکلات کودکان شان تأثیر بپذیرد و یا علامت ها و مشکلات راجعه را به خوبی روشن نسازد. تحقیقات نشان داده است که افراد شدت درد و ناراحتی خود را طی سه ماه گذشته به خوبی به خاطر آورده و دقیق می توانند بیان کنند (بروئر، تامسن، لاف، مایکلسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳) اما داده های مربوط به یادآوری طولانی مدت ممکن است قابل اعتماد نباشند (لیکنز، فینست، مام و ساندنجر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶) و ممکن است این امر باعث شده باشد که مشکلات جسمی کارکردی کودکان کمتر از حد تخمین زده شده باشد. سئوالات بازپاسخ انتهای پرسشنامه این مشکل را تا حدی مرتفع ساخته و به یادآوری و

1 Brauer, Thomsen, Loft, Mikkelsen

2 Leiknes, Finset, Moum, Sandanger

بیان دقیق‌تر تاریخچه و چگونگی مشکلات کودک کمک می‌کنند (راسک، اولسن و فینک، ۲۰۱۳). از آنجایی که پژوهش حاضر بررسی مقدماتی فرم فارسی مصاحبه ارزیابی جسمی کودکان بوده و نمونه مورد پژوهش را افرادی تشکیل داده‌اند که داوطلبانه و با احتمال مشکلات جسمی کارکردی به کلینیک روان‌شناسی مراجعه کرده‌اند، هم از نظر حجم نمونه و هم شیوه نمونه‌گیری با محدودیت‌های پژوهشی روبرو هستیم. لذا پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات بعدی تکرار پژوهش حاضر در گروه‌های وسیع‌تر و نمونه‌های مختلف از جمعیت عمومی را در راستای کار خود قرار دهند.

## منابع

دلاور، علی. (۱۳۷۶). روش‌های آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، انتشارات دانشگاه پیام نور.

- Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 547–562.
- Brauer C, Thomsen JF, Loft IP, Mikkelsen S. Can we rely on retrospective pain assessments? *Am J Epidemiol* 2003;157: 552–7.
- Dhossche, D., Ferdinand, R., van der Ende, J., & Verhulst, F. (2001). Outcome of self-reported functional-somatic symptoms in a community sample of adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(4), 191–199.
- Eminson D.M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7): 855-71.
- Fink P., Rosendal, M., Toft, T. (2002). Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model--an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics*, 43(2), 93-131.
- Kelly C, Molcho M, Doyle P, Gabhainn SN (2010). psychosomatic symptoms among schoolchildren. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 22, 229–235.
- Leiknes KA, Finset A, Moum T, Sandanger I. Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006;61: 169–79.
- Moller, L. R., Sorensen, M. J., Thomsen, P. H. (2007). ICD-10 classification in Danish child and adolescent psychiatry--have diagnoses changed after the introduction of ICD-10. *Nord J Psychiatry*, 61(1), 71-8.
- Nunn, K., Nicholls, D., Lask, B. (2000). A New Taxonomy: The Uluru Personal Experiential Profile. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(3), 313-27.
- Petersen, S., Brulin, C., Bergstrom, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain*, 121(1-2), 145-50.
- Ramchandani, P. G., Hotoopf, M., Sandhu, B., Stein, A. (2005). The epidemiology of recurrent abdominal pain from 2 to 6 years of age: results of a large, population-based study. *Pediatrics*, 116(1), 46- 50.
- Rask CU<sup>1</sup>, Ørnboel E, Olsen EM, Fink P, Skovgaard AM. (2013). Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Pediatr*. 2013 Feb;162(2): 335-42
- Rask, C. U., Christensen, M. F, Borg C, Søndergaard, C., Thomsen, P.H., Fink, P. (2009). Soma assessment interview. New parent interview on functional somatic symptoms in children. *J psychosomatic Research*, 66(5), 455-64.
- Silber, T. J., Pao, M. (2003). Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev*, 24(8), 255-64.

- Stone, J., Wojcik, W., Durrance, D., Carson, A., Lewis, S., MacKenzie, L., Warlow, C. P., Sharpe, M. (2002). What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ*, 325(7378), 1449-50.
- Sumathipala A., Siribaddana S., Hewege S., Sumathipala K., Prince M., Mann A. (2008). Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: A Sri Lanka Study. *BMC Psychiatry*, 8, 54.
- Vanaelst, B., Huybrechts, I., De Bourdeaudhuij, I., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Eiben, G., Konstabel, K., Michels, N., Molnar, D., Moreno, L.A., Pigeot, I., Reisch, L., Siani, A., Vyncke, K., De Henauw S; on behalf of the IDEFICS Consortium. (2012). Prevalence of negative life events and chronic adversities in European pre- and primary-school children: results from the IDEFICS study. *Archives of Public Health*, 70 (1), 26.

