پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال هفتم، شماره ۱، ۱۳۸۶/۹۶-۷۹
Research on Exceptional Children, 2007, Vol.7, No.1, 79-96

انطباق و هنجاریابی سیاهه نشانه‌های مرضی کودک ویرایش چهارم (CSI-4)

دکتر الهه محمد اسماعیل[1]

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۹ تجدید نظر: ۸۵/۱۲/۱۵ پذیرش نهایی: ۸۶/۱/۲۹

چکیده

هدف: هدف تحقیق حاضر، انطباق و هنجاریابی سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بود. **روش:** ۱۱۳۴ دانش‌آموز ۱۲-۶ ساله از مدارس ابتدایی و راهنمایی، و از چهار بیمارستان در شهر تهران (بیمارستانهای امام حسین، روزبه، نواب صفوی و درمانگاه شهید اسماعیلی شهر تهران) شامل ۷۱۵ نفر کودک عادی و ۴۱۹ کودک دارای اختلال به دو روش مرحله‌ای و انباشته‌ای انتخاب شدند و فرم والد و معلم سیاهه علائم مرضی کودکان را والدین (مادران) و معلمان آنان تکمیل کردند. **یافته‌ها:** پس از بررسی ویژگیهای روان‌سنجی سیاهه‌ها از جمله اعتبار به روشهای بازآزمایی، همبستگی درونی، همسانی درونی و روایی شامل: روایی محتوایی، روایی وابسته به ملاک و روایی تفکیکی، نتایج نشان داد که: ضرایب اعتبار فرم والد سیاهه به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته برای ۱۱ اختلال از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال سلوک برآورد شد که به استثناء اختلال هراس اجتماعی همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. ازسویی همسانی درونی نمرات شدت سیاهه علائم مرضی کودک، حاکی از همبستگی میان گویه‌ها و ساختار زیربنایی یکسان گویه‌های مقیاس بود. در بررسی محتوایی، وجود اظهار نظرها و داوریهای مثبت متخصصان درمورد همگونی و مناسبت محتوای CSI-4 با حیطه مورد سنجش، روایی محتوایی سیاهه را به مثابهٔ ابزار شناسایی و غربال اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد و روایی وابسته به ملاک سیاهه مذکور، با مقایسه نمرات مقوله‌های سیاهه با تشخیصهای مبتنی بر روان‌پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته و حساسیت و ویژگی بالای اکثر اختلالات موجود در سیاهه به‌ویژه سیاهه والدین حاکی از روایی ملاکی این ابزار است. تفاوت معنی‌دار نمره‌های گروههای عادی و بالینی در همهٔ اختلالات، حاکی از روایی تفکیکی مناسب است.بعد از بررسی لازم در زمینه ویژگیهای روان‌سنجی و نتایج مطلوب، نمرات شدت نشانگان در هر مقوله به نمرات استاندارد(T مک‌کال) تبدیل و جداول هنجاری برای سیاهه‌های والد و معلم برای دخترها و پسرها به تفکیک عرضه شد. **نتیجه‌گیری**: ویرایش چهارم سیاهه علائم مرضی کودک ویژگی‌های روانسنجی مناسبی دارد که می‌توان از جداول هنجاری آن استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *اختلالات رفتاری و هیجانی، سیاهه علائم مرضی کودک، هنجاریابی*

۱- پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش، پژوهشکده کودکان استثنایی:خ انقلاب-چهارراه ولی عصر -خ شهید برادران مظفر-ساختمان شماره ۵ آموزش و پرورش (Email: Elaheh_em@yahoo.com)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

مقدمه

هر یک از ما به محیط و تغییراتی که در آن روی می‌دهد، به‌گونه‌ای متفاوت پاسخ می‌دهیم؛ زیرا میزان انطباق ما به دو عامل ویژگیهای شخصی (مهارتها، نگرشها، شرایط جسمی) و ماهیت موقعیتهایی که با آنها مواجه می‌شویم (مثل تعارض خانوادگی یا بلایای طبیعی) بستگی دارد؛ بنابراین می‌توان انطباق را توانایی یا ناتوانی تغییر رفتار در پاسخ به تغییرات محیطی لازم توصیف کرد. به‌دلیل سرعت بسیار تغییرات دنیای جدید، انطباق با آن فشار زیادی بر فرد وارد می‌کند و ممکن است منجر به شکست و بی‌کفایتی فرد و در کل موجب رفتارهای غیرانطباقی شود که خود می‌تواند در موقعیتهای گوناگون بروز کند و به لحاظ شدت، متفاوت باشد. دامنه این رفتارها از ترسهای مزمن گرفته تا تقریباً فقدان کامل جهت‌یابی یا تحریف شدید واقعیت، و ناتوانی در برقراری رابطه تغییر می‌کند. (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، ۱۳۷۵).

در ارزیابی غیرانطباقی بودن رفتار، ملاکهایی همچون دوره‌های طولانی ناراحتی ذهنی، عملکرد مختل، رفتار غریب و نامأنوس و گسیختگی رفتار مورد توجه قرار می‌گیرند و می‌توان این رفتارها را نابهنجار و حاکی از اختلال روان‌شناختی تلقی کرد. البته علاوه بر غیرانطباقی بودن، ملاکهای دیگری نیز همچون وجود علائم مرضی، نابهنجاری به عنوان انحراف از متوسط، نابهنجاری به عنوان انحراف از ایدئال، و نابهنجاری به عنوان انحراف از هنجارهای اجتماعی نیز به منظور تعریف نابهنجاری و تفکیک آن از رفتار بهنجار در نظر گرفته شده است. در کل به دلیل آنکه بهنجاری و نابهنجاری اصطلاحهای نسبی هستند که به‌طور ذهنی و به گونه‌ای داورانه در اشاره به رفتار خوب یا بد به‌کار می‌روند، لذا تعریف مطلقی برای اختلالات روانی وجود ندارد (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، ۱۳۷۵؛ هترینگتون و پارک، ترجمه طهوریان و همکاران، ۱۳۷۳).

گرچه صاحبنظران مختلف تعاریف متفاوتی از رفتار نابهنجار یا اختلال روانی کودکان ارائه نموده‌اند، اما هنوز هم یکی از مشکل‌ترین چالشهای موجود در زمینه آسیب‌شناسی روانی کودک، تعریف رفتار نابهنجار کودک است و این امر طبقه‌بندی و سنجش صحیح آسیب‌شناسی رشد را نیز با مشکل مواجه ساخته است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

به عقیدهٔ راس[1](۱۹۸۰)، اختلال روانی زمانی در میان است که رفتار آشکار کودک با معیارهای اجتماعی قراردادی و نسبی مغایرت داشته باشد؛ به این معنی که رفتار مزبور با فراوانی یا شدتی بروز کند که بزرگسالان صاحب قدرت و افرادی که در محیط کودک زندگی می‌کنند، آن را در اوضاع و احوال مزبور، بیش از حد لازم کم یا زیاد تشخیص دهند. در جایی دیگر اختلالات کودکی به مثابهٔ واکنشهای مرضی زودگذر به موقعیتهایی که کودک با آن مواجه است یا به تعارض هیجانی داخلی، بدون اینکه نشانه‌های مرضی دلالت بر بیماری مغزی، عضوی، یا سندرمهای شدید بزرگسالی داشته باشد، تعریف شده است (آزاد، ۱۳۷۴).

در ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی (انجمن روان‌پزشکی امریکا)[2] ، هر اختلال روانی به مثابهٔ نشانگان یا الگوی رفتاری یا روانی قابل ملاحظهٔ بالینی در نظر گرفته شده است که در یک فرد ظاهر می‌شود و با ناراحتی فعلی (مثلاً یک نشانه دردناک) یا ناتوانی (یعنی اختلال در یک یا بیش از یکی از زمینه‌های کارکردی) و یا با افزایش قابل ملاحظهٔ خطر مرگ، درد، ناتوانی و یا از دست دادن آزادی رابطه دارد. به علاوه، این نشانگان یا الگو نباید در واکنش به رویداد خاصی باشد که از لحاظ فرهنگی موجه و مورد انتظار است، مانند مرگ یک فرد محبوب. علت اولیه اختلال هر چه باشد، باید آن را درحال حاضر به صورت جلوه کژکاری رفتاری، روانی یا زیستی در فرد تلقی کرد. رفتار انحرافی (به صورت سیاسی، مذهبی، جنسی) و تعارضهایی که عمدتاً میان فرد و جامعه بروز می‌کنند، در صورتی اختلال روانی تلقی می‌شوند که نشانه‌ای از یک کژکاری در فرد باشند.

در نظام طبقه‌بندی تشخیصی گردآوری شدهٔ انجمن روان‌پزشکی امریکا، اختلالها به شانزده طبقه اصلی تشخیصی و یک بخش اضافی تحت عنوان "سایر اختلالهایی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده‌اند" گروه‌بندی شده است که بخش یکم به اختلالهایی که معمولاً نخستین بار در دورهٔ شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند" اختصاص دارد. این اختلالها مشتمل است بر گروههایی نظیر عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالهای یادگیری، اختلال مهارتهای حرکتی، اختلالهای ارتباطی، اختلالهای فراگیر رشد، اختلالهای نقص توجه و رفتار نافرمانی- لجبازی، اختلالهای تغذیه و خوردن در

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

شیرخوارگی یا اوایل کودکی، اختلالهای تیک، اختلالهای دفع، و سایر اختلالهای شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی.

گرچه هر یک از اختلالها دارای طبقات تشخیصی و ملاکهایی هستند که مورد توافق اکثر متخصصان بالینی و پژوهشگران است و توصیفهای روشنی از اختلالهای روانی گوناگون به دست می‌دهند؛ اما حتی ملاکهای جهانی تنظیم‌شده به منظور شناسایی و تشخیص افرادی که از نظر هیجانی آشفته‌اند، به رغم فراهم کردن چارچوبهای مفید اطلاعاتی، به سطح بالایی از قضاوت بالینی نیازمند است. آنچه این ملاکها ارائه می‌دهند نمره‌های کیفی است که سطوح خفیف، نیمه شدید، و شدید آشفتگی را نمایان می‌سازد، اما اطلاعات عینی‌تر را می‌توان از طریق مقیاسهای درجه‌بندی استاندارد[۳] و هنجار مرجع[۴] به‌دست آورد. این مقیاسها حاوی فهرستی از رفتارهای مشخص و اکثراً منفی و ناسازگارانه هستند که به نشانه‌های اختلالهای رفتاری و هیجانی مربوط می‌شوند و توسط معلمان، همسالان، والدین و کودک به صورت درجه‌بندیهایی از نوع درست و غلط (به منظور نشان دادن وجود یا نبود رفتار) یا رتبه‌بندی همچون لیکرت[۵] (به منظور نشان دادن دامنه و فراوانی رفتار) تکمیل می‌شود. از این رو بهترین مقیاسهای درجه‌بندی رفتار، مقیاسهایی هستند که حاوی فرمهایی برای والدین، معلمان و کودک باشند تا با تلفیق این اطلاعات با مواردی چون نتایج مصاحبه و ثبت مشاهدات، امکان دستیابی به درک جامع‌تری از موقعیت کودک فراهم آید. برخی از این مقیاسهای درجه‌بندی تنها به بررسی یکی از ویژگیها یا اختلالهای کودکان اختصاص یافته‌اند، اما بعضی دیگر به گونه‌ای تدوین شده‌اند که دامنه وسیع‌تری از اختلالهای رفتاری و هیجانی را مورد بررسی قرار می‌دهند (نیوکامر، ۱۹۹۳). از جمله این مقیاسها می‌توان به سیاهه علائم مرضی کودکان[۶] (CSI-4) اشاره کرد که در سال ۱۹۸۴ اسپرافکین و گادو[۷] براساس طبقه‌بندی راهنمای آماری و تشخیص انجمن روان‌پزشکی امریکا(DSM-III) به منظور غربال اختلالهای رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی کردند و در سال ۱۹۹۴ همزمان با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت و جهت غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شد. فرم والد دارای ۹۸ سؤال و فرم معلم ۸۷ سؤال دارد. این اختلالها به شرح زیر است: اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه[۸]، اختلال لجبازی-نافرمانی[۹]، اختلال سلوک[۱۰]، اختلال اضطراب فراگیر[۱۱]، هراس اجتماعی[۱۲]، اختلال

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

اضطراب جدایی[۱۳]، اختلال وسواس فکری- عملی[۱۴]، هراس مشخص[۱۵]، اختلال افسردگی اساسی[۱۶]، اختلال افسرده‌خویی[۱۷]، اسکیزوفرنی[۱۸]، اختلال رشدی فراگیر[۱۹]، اختلال آسپرگر[۲۰]، تیکهای صوتی[۲۱] و حرکتی[۲۲]، اختلال استرس پس از ضربه روانی[۲۳]، و اختلالات دفع (بی‌اختیاری ادرار[۲۴] و مدفوع[۲۵]). سیاهه علائم مرضی کودک از معدود مقیاسهایی است که ویژگیهایی همچون سادگی اجرا و سهولت فهم دارد و به دلیل گروه‌بندی سؤالها براساس ملاکهای DSM-IV انجام یک مصاحبه منظم و کلی را تسهیل و به کاهش خطا در تشخیص نوع اختلال کمک بسزایی می‌کند. به این ترتیب به متخصصان بالینی در موقعیتهای آموزشی و بالینی این امکان را می‌دهد تا با سنجشی مؤثر و برخورداری از دو منبع اطلاعاتی والدین و معلمان، به کسب اطلاعات مفیدی در زمینه نوع و شدت نشانه‌های مرضی رفتاری- خلقی و شناختی کودکان و نوجوانان دارای مسائل رفتاری و هیجانی بپردازد و ضمن شناسایی و غربال، تصمیمهای لازم در زمینه انجام ارزیابیهای عمیق‌تر یا عرضهٔ خدمات ویژه را اتخاذ کنند (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). در کشور ما به مسائل گوناگون و پیچیده این گروه از کودکان به‌طور جدی پرداخته نشده و نیاز به ابزارهای تشخیصی مناسب حاوی اطلاعاتی به زبان فارسی در مورد این گروه کودکان است تا برای تشخیص مسائل و مشکلات رفتاری آنان به‌کار رود، و این درحالی است که اختلالهای عاطفی- رفتاری، به‌ویژه به سبب وضعیت نامتعادل و متحول زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی دو دهه اخیر در کشور ما، بیش از هر زمان دیگر گریبان‌گیر گروههای وسیعی از کودکان شده که اکثر آنان در مراکز آموزشی مشغول به تحصیل هستند. اما از طرفی ارزیابی و سنجش اختلالهای رفتاری کودکان از سوی متخصصان و غربال آنان از دیگر کودکان، مستلزم استفاده از مقیاسهایی است که ضمن برخورداری از ویژگیهای روان‌سنجی دقیق، متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران باشد و اطلاعات مناسبی را برای روان‌شناسان و مسئولان بهداشت روانی مدارس از وضعیت دانش‌آموزان فراهم سازد. بدین منظور انطباق و هنجاریابی ویرایش چهارم سیاهه علائم مرضی کودک (CSI-4) به مثابهٔ ابزاری جهت شناسایی و غربال کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی و تفکیک آنان از کودکان بهنجار ضرورت یافت.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

هدف از این پژوهش انطباق و هنجاریابی ویرایش چهارم سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) برای کودکان ۱۲-۶ ساله بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر را همهٔ دانش‌آموزان ۱۲-۶ ساله مشغول به تحصیل در سال تحصیلی۸۱-۱۳۸۰ شهر تهران درمناطق ۱۹ گانه، و نیز همهٔ کودکان ۱۲-۶ ساله‌ای تشکیل می‌دادند که جهت بررسیهای روان‌پزشکی به بیمارستانهای امام حسین، روزبه، نواب صفوی و درمانگاه شهید اسماعیلی این شهر ارجاع داده شده بودند

در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش، نمونه‌گیری به شیوهٔ چندمرحله‌ای و نمونه‌گیری انباشته‌ای صورت گرفته است. نمونه‌گیری چندمرحله‌ای نوعی نمونه‌گیری پیاپی از واحدها، مجموعه‌ها و زیرمجموعه‌هاست (کرلینجر،ترجمه شریفی و نجفی‌زند، ۱۹۸۶) و نمونه‌گیری انباشته‌ای، گزینش بخشی از جامعه است که برای مطالعه، سهل‌الوصول‌تر هستند (هومن، ۱۳۷۶). باتوجه به اینکه نمونه مورد مطالعه در برگیرنده دو گروه عادی و بالینی است، به منظور گزینش نمونهٔ عادی از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای و در گزینش نمونه بالینی از روش نمونه انباشته استفاده شده است. در مورد نمونه نخست، با توجه به کل مناطق نوزده‌گانه آموزش و پرورش تهران، ابتدا فهرستی از مدارس ابتدایی و راهنمایی دخترانه و پسرانه موجود در هر منطقه آموزشی تهیه و با در دست داشتن فهرست اسامی مدارس، تعداد ۷۰ مدرسه ابتدایی و راهنمایی در شهر تهران به شیوه تصادفی از ۱۹ منطقه آموزشی استخراج شد. در نمونه‌گیری مرحله بعد، از بین مدارس منتخب، با توجه به تعداد کلاسهای موجود در پایه‌های تحصیلی اول تا پنجم مدارس ابتدایی، مدارس راهنمایی دخترانه و پسرانه و گزینش تصادفی دانش‌آموزان از روی فهرست اسامی دانش‌آموزان مندرج در دفاتر کلاس، تعداد ۷۱۵ دانش‌آموز(۶ تا ۱۲) سال انتخاب و در مطالعه بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقطه برش سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) شرکت داده شدند. درمورد گروه دوم یا نمونه بالینی، به منظور انتخاب کودکان ۶ تا ۱۲ ساله‌ای که اختلالهای موجود در سیاهه CSI-4 شامل آنها شود و تشخیص نیز از جانب روان‌پزشک دریافت کرده باشند، تعداد ۴ بیمارستان در سطح تهران به نام‌های بیمارستانهای امام‌حسین، روزبه، نواب صفوی و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

درمانگاه شهید اسماعیلی که بیشترین مراجع کودک را در سال دارند، انتخاب شدند و از بین کودکانی که طی ۶ ماه به همراه یکی از والدینشان به مراکز مربوط مراجعه و تشخیص روان‌پزشکی دریافت کرده بودند، تعداد ۴۱۹ کودک ۶ تا ۱۲ ساله که اختلال آنها یکی از اختلالهای فهرست‌شده در سیاهه CSI-4 بود، به منظور شرکت در مطالعه حاضر برگزیده شدند.

ابزار

در مطالعه حاضر به منظور دستیابی به هدف پژوهش از سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) و مصاحبه روان‌پزشکی استفاده شده است. سیاهه علائم مرضی کودک (CSI-4) مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اسپرافکین و گادو به منظور غربال اختلالهای رفتاری و هیجانی برای کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی کرده‌اند (اسپرافکین و گادو، ۱۹۹۴). فرم اولیه این سیاهه در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی DSM-III تهیه شد. بعدها در سال ۱۹۸۷ فرم CSI-III-R به دنبال طبقه‌بندی DSM-III-R ساخته شد که سؤالهای آن همانند فرمهای قبلی علاوه بر تناسب و قابل فهم بودن آن براساس نوع موقعیت و اطلاعاتی که دارا بودند تاحدی متفاوت بود. سیاهه نشانه‌های مرضی کودک نسبت به فرمهای قبلی در سال ۱۹۹۴، با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندک، به وسیلهٔ گادو و اسپرافکین مورد تجدید نظر قرار گرفت (توکلی زاده، ۱۳۷۵).سیاهه مذکور نیز همانند فرمهای قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین ۹۷ سؤال دارد که به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی تنظیم شده و فرم معلم حاوی اطلاعاتی از محیط تحصیلی و کارکرد آموزشی کودک با ۷۷ سؤال که جهت غربال ۱۳ اختلال رفتاری و هیجانی طراحی شده است. این اختلالها مشتمل است بر: اختلال کاستی توجه- بیش‌فعالی (AD/HD)، اختلال لجبازی- نافرمانی (ODD)، اختلال سلوک(CD)، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، هراس اجتماعی (SP)، اختلال اضطراب جدایی (SAD)، اختلال وسواس فکری- عملی (OCD)، هراس خاص[۲۶]، اختلال افسردگی اساسی (MDD)، اختلال افسرده‌خویی (dystymic)، اسکیزوفرنی(SC)، اختلال رشدی فراگیر (PDD)، اختلال آسپرگر (Asperger)، تیکهای صوتی و حرکتی (Tic) (اسپرافکین و گادو، ۱۹۹۴).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی: به منظور تعیین تشخیص اختلالهای کودکان، از تشخیص روان‌پزشک به مثابهٔ ملاکی برای رسیدن به هدف استفاده شد.

یافته‌ها

بخشی از اعتبار و روایی نشانه‌های علایم مرضی کودک (CSI-4) در پژوهش قبل (محمد اسماعیل و علی پور، ۱۳۸۱) بدست آمده و قبلاً گزارش شده است و مابقی نتایج این تحقیق در قالب طبقه‌بندی زیر ارائه می‌شود.

الف- اعتبار

همسانی درونی سیاهه علائم مرضی کودک

همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برآورد می‌شود. دامنه ضریب آلفا از صفر تا ۱ است و میزان ۰/۷۰ معمولاً اعتبار قابل قبولی است و میزان ضریب آلفا به میانگین همبستگی میان گویه‌ها و تعداد گویه‌ها مربوط شود. همسانی درونی نمرات شدت سیاهه والدین برای نمونه عادی (N=۷۱۵) برای مقولات مختلف عبارت‌اند از:

بیش‌فعالی/ نقص‌توجه نوع تکانشی (۰/۷۶)، بیش‌فعالی/ نقص توجه نوع بی‌توجهی غالب (۰/۷۶)، بیش‌فعالی/ نقص توجه نوع ترکیبی (۰/۸۱)، نافرمانی (۰/۶۷)، اختلال سلوک (۰/۷۱)، اختلال اُتیسم (۰/۶۱)، اختلال آسپرگر (۰/۶۴).که همبستگی بالای مقیاس حاکی از آیتمهای مقیاس ساختار زیربنایی یکسانی را می‌سنجند.

همبستگی درونی بین نمرات CSI-4

همبستگی درونی بین نمرات سیاهه والدین برای نمونه نرمال (گروه عادی) در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، اختلالهایی که نشانگان مشابهی دارند، همبستگی متوسط تا بالایی را نشان می‌دهند، همبستگی نمرات به‌شرح زیر است:

- همبستگی نمرات مقولات بیش‌فعالی/ نقص توجه نوع بی‌توجهی و بیش‌فعالی/ نقص توجه از نوع تکانشی تا حد زیادی بالاست.
- نمرات مربوط به مقولات اختلال سلوک و اضطراب فراگیر با افسردگی در حد متوسط، همبستگی درونی دارند.
- نمرات مربوط به اختلال نافرمانی با نمرات مقوله اختلال اضطراب فراگیر و اختلال سلوک در حد متوسط، همبستگی دارند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

- نمرات مربوط به مقولات اختلال فراگیر رشد با هر یک از مقولات، همبستگی در حد متوسط دارد.

همبستگی درونی نمرات سیاهه علائم مرضی کودکان مربوط به نمونه بالینی براساس فرم والد (N= ۴۱۹) در جدول ۲ ارائه شده است که تاحدی متفاوت با یافته‌های نمونه عادی است. نمرات برای اختلالاتی که نشانگان مشابه دارند، همبستگی درونی متوسط تا بالایی را نشان می‌دهد.

۱- نمرات مقولات بیش‌فعالی/ نقص توجه نوع بی‌توجهی و مقوله بیش‌فعالی/ بی‌توجهی نوع تکانشی تا حد زیادی، همبستگی درونی دارند.

۲- بین نمرات اختلال نافرمانی با بیش‌فعالی، اختلال سلوک، اضطراب فراگیر، بیشترین همبستگی وجود دارد.

۳- نمرات مقوله اختلال سلوک و افسردگی در حد متوسط، همبستگی درونی دارند.

۴- نمرات مقوله اختلال اضطراب با نمرات اختلال فراگیر رشد همبستگی متوسط دارند.

۵- همبستگی مقوله اختلال اضطراب با افسردگی اساسی و افسرده‌خویی بالا است.

جدول ۱- همبستگی درونی سیاهه علائم مرضی کودکان: نمرات شدت علائم سیاهه والد برای گروه عادی (N= ۷۱۵)

مقولات	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13
A1 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع بی‌توجهی	۱	۰,۴۱۲**	۰,۸۱۱**	۰,۳۸۹**	۰,۳۴۳**	۰,۴۵۰**	۰,۱۹۵**	۰,۲۰۹**	۰,۲۴۱**	۰,۳۳۸**	۰,۳۰۲**	۰,۱۶۲**	۰,۱۳۴**
A2 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع تکانشی		۱	۰,۸۶۳**	۰,۴۶۱**	۰,۳۶۵**	۰,۳۰۶**	۰,۲۰۵**	۰,۲۲۰**	۰,۲۰۱**	۰,۲۸۴**	۰,۲۹۶**	۰,۱۱۷**	۰,۱۸۶**
A3 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع ترکیبی			۱	۰,۵۱۱**	۰,۴۲۱**	۰,۴۴۲**	۰,۲۳۷**	۰,۲۵۶**	۰,۲۶۲**	۰,۳۶۸**	۰,۳۵۷**	۰,۱۶۴**	۰,۱۹۱**
A4 نافرمانی				۱	۰,۴۵۴**	۰,۴۷۰**	۰,۲۵۶**	۰,۲۷۶**	۰,۲۸۴**	۰,۳۲۰**	۰,۳۲۱**	۰,۱۹۷**	۰,۱۸۴**
A5 سلوک					۱	۰,۴۴۱**	۰,۳۰۰**	۰,۲۳۱**	۰,۲۰۹**	۰,۳۵۱**	۰,۳۰۷**	۰,۰۴۳**	۰,۰۸۹**
A6 اضطراب فراگیر						۱	۰,۳۱۸**	۰,۴۶۵**	۰,۵۱۴**	۰,۴۳۹**	۰,۴۰۴**	۰,۲۶۵**	۰,۲۹۸**
A7 اسکیزوفرنی							۱	۰,۳۳۶**	۰,۳۱۹**	۰,۳۹۴**	۰,۳۴۰**	۰,۰۸۵**	۰,۲۱۶**
A8 افسردگی اساسی								۱	۰,۸۹۷**	۰,۳۶۲**	۰,۳۴۶**	۰,۱۵۰**	۰,۲۴۰**
A9 افسرده خویی									۱	۰,۳۵۳**	۰,۳۲۷**	۰,۲۳۷**	۰,۲۶۳**
A10 آتیسم										۱	۰,۹۲۰**	۰,۳۲۶**	۰,۳۲۱**
A11 آسپرگر											۱	۰,۳۰۸**	۰,۳۱۶**
A12 هراس اجتماعی												۱	۰,۲۶۱**
A13 اضطراب جدایی													۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

جدول ۲-همبستگی درونی سیاهه علائم مرضی کودکان: نمرات شدت علائم سیاهه والد برای گروه بالینی (N=۴۱۹)

مقولات	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13
A1 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع بی‌توجهی	۱	۰،۴۶۲**	۰،۸۲۶**	۰،۴۱۳**	۰،۳۷۹**	۰،۳۲۹**	۰،۱۹**	۰،۱۹**	۰،۲۰**	۰،۲۴**	۰،۲۷**	۰،۰۷	۰/۰۴
A2 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع تکانشی		۱	۰،۸۷۹**	۰،۴۶**	۰،۳۷**	۰،۲۷**	۰،۱۶**	۰،۰۶	۰،۰۶	۰،۲۲**	۰،۲۳**	۰،۰۹*	۰/۰۰۱-
A3 بیش‌فعالی/نقص‌توجه نوع ترکیبی			۱	۰،۵۱**	۰،۴۳**	۰،۳۵**	۰،۲۰**	۰،۱۴**	۰،۱۴**	۰،۲۶**	۰،۲۷**	۰،۰۲*	۰/۰۲
A4 نافرمانی				۱	۰،۵۱**	۰،۴۷**	۰،۱۹**	۰،۲۷**	۰،۳۰**	۰،۲۷**	۰،۳۰**	۰،۱۰۵*	۰/۰۸
A5 سلوک					۱	۰/۳۵**	۰،۳۱**	۰،۲۸**	۰،۲۸**	۰،۱۸**	۰،۱۹**	۰،۰۵*	۰/۰۰۹
A6 اضطراب فراگیر						۱	۰،۴۰**	۰،۶۵**	۰،۶۵**	۰،۳۸**	۰،۴۰**	۰،۲۴**	۰/۳۱۳**
A7 اسکیزوفرنی							۱	۰،۴۴**	۰،۴۴**	۰،۴۲**	۰،۴۳**	۰،۲۱**	۰/۱۷۶**
A8 افسردگی‌اساسی								۱	۰،۸۹**	۰،۳۹**	۰،۴۰**	۰،۱۹**	۰/۲۸۹**
A9 افسرده خویی									۱	۰،۳۹	۰،۳۸**	۰،۲۷**	۰/۳۰۱**
A10 اتیسم										۱	۰،۹۵**	۰،۴۷**	۰/۳۰۱
A11 آسپرگر											۱	۰،۴۴**	۰/۲۷۶** ۰
A12 هراس‌اجتماعی												۱	۰/۳۶۳** ۰
A13 اضطراب‌جدایی													۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

جدول۳-همبستگی درونی سیاهه علائم مرضی کودکان: نمرات شدت علائم سیاهه معلم برای گروه عادی

مقولات	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12
B1 بیش‌فعالی/نقص توجه‌نوع‌بی‌توجهی	۱	۰،۳۰۱**	۰،۸۰۷**	۰،۲۶۲**	۰،۳۷۲**	۰،۴۹**	۰،۲۹**	۰،۴۶**	۰،۴۶**	۰،۵۰**	۰،۴۴**	۰،۳۲**
B2 بیش‌فعالی/نقص توجه نوع تکانشی		۱	۰،۸۰**	۰،۴۴**	۰،۵۲**	۰،۲۵**	۰،۲۳**	۰،۰۸	۰،۰۶	۰،۱۲۳*	۰،۱۴۰**	-۰،۰۲۵
B3 بیش‌فعالی/نقص توجه نوع ترکیبی			۱	۰،۴۳**	۰،۵۵**	۰،۴۶**	۰،۳۲۱**	۰،۳۳۵**	۰،۳۱۹**	۰،۳۸۵**	۰،۳۵۹**	۰،۱۸۶**
B4 نافرمانی				۱	۰،۴۶۰**	۰،۳۳۷**	۰،۱۸۷**	۰،۲۱۳**	۰،۱۷۳**	۰،۲۰۸**	۰،۲۴۱**	۰،۱۲۸**
B5 سلوک					۱	۰،۲۹۱**	۰،۳۳۹**	۰،۲۳۷**	۰،۱۷۳**	۰،۲۴۱**	۰،۲۵۶**	۰،۱۰۷*
B6 اضطراب فراگیر						۱	۰،۳۶۱**	۰،۶۸۲**	۰،۷۰۵**	۰،۵۸۱**	۰،۵۸۴**	۰،۴۸۲**
B7 اسکیزوفرنی							۱	۰،۴۵۳**	۰،۳۴۴**	۰،۴۱۵**	۰،۴۳۰**	۰،۳۳۹**
B8 افسردگی‌اساسی								۱	۰،۸۸۸**	۰،۶۹۵**	۰،۶۶۹**	۰،۶۸۹**
B9 افسرده‌خویی									۱	۰،۶۵۸**	۰،۶۳۱**	۰،۶۹۱**
B10 اتیسم										۱	۰،۹۳۹**	۰،۶۲۲**
B11 آسپرگر											۱	۰،۵۸۶**
B12 هراس												۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

همبستگی درونی مقولات سیاهه علائم مرضی کودکان، سیاهه معلم در جدول ۳ نشان‌دهنده همبستگی بالای بیش‌فعالی و نقص بی‌توجهی با مقوله نوع ترکیبی اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه است.

۱- نمره‌های مقوله نافرمانی در حد متوسط با نمره‌های بیش‌فعالی، اختلال سلوک در حد متوسط، همبستگی دارند.

۲- نمره‌های مربوط به اختلال اضطراب فراگیر با نمره‌های افسرده‌خویی و هراس در حد نسبتاً بالایی، همبستگی دارند.

۳- نمره‌های مربوط به مقوله هراس اجتماعی با نمره‌های اختلال فراگیر رشد و اسکیزوفرنی همبستگی بالایی دارند.

۴- نمره‌های مقوله اسکیزوفرنی با اختلال فراگیر رشد در حد بالایی، همبستگی دارند.

۵- اختلال فراگیر رشد با هراس، افسرده‌خویی، افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر در حد متوسط همبستگی دارد.

جدول ۴- همبستگی درونی سیاهه علائم مرضی کودکان: نمرات شدت علائم سیاهه معلم برای گروه بالینی

مقولات	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	B11	B12
B1 بیش‌فعالي/نقص‌توجه نوع بي‌توجهي	۱	۰،۳۶**	۰،۷۶**	۰،۴۳**	۰،۵۲**	۰،۴۹**	۰،۳۸**	۰،۳۸**	۰،۴۱**	۰،۵۳**	۰،۵۱**	۰،۲۴**
B2 بیش‌فعالي/نقص‌توجه نوع تکانشي		۱	۰،۸۸**	۰،۴۲**	۰،۴۳**	۰،۲۷**	۰،۲۴**	۰،۰۳	۰،۰۶	۰،۱۷**	۰،۱۹**	۰،۰۴
B3 بیش‌فعالي/نقص‌توجه نوع ترکیبي			۱	۰،۵۱**	۰،۵۷**	۰،۴۴**	۰،۳۶**	۰،۲۱**	۰،۲۵**	۰،۳۸**	۰،۳۹**	۰،۰۹
B4 نافرماني				۱	۰،۶۹**	۰،۵۳**	۰،۴۴**	۰،۳۴**	۰،۳۸**	۰،۴۹**	۰،۴۳**	۰،۱۱*
B5 سلوک					۱	۰،۴۰**	۰،۴۶**	۰،۲۷**	۰،۲۹**	۰،۴۱**	۰،۴۳**	۰،۱۱
B6 اضطراب فراگیر						۱	۰،۴۸**	۰،۶۸**	۰،۷۶**	۰،۶۲**	۰،۴۴**	۰،۰۵**
B7 اسکیزوفرني							۱	۰،۵۰**	۰،۵۲**	۰،۵۸**	۰،۶۱**	۰،۲۹**
B8 افسردگي‌اساسي								۱	۰،۹۰**	۰،۶۱**	۰،۶۷**	۰،۵۰**
B9 افسرده‌خويي									۱	۰،۶۷**	۰،۶۷**	۰،۵۸**
B10 اتیسم										۱	۰،۹۶**	۰،۵۸**
B11 آسپرگر											۱	۰،۵۷**
B12 هراس												۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

ب- روایی

منظور از روایی آزمون، مناسب بودن، بامعنا بودن و مفید بودن استنباطهای خاصی است که از نمره‌های آزمون به‌عمل می‌آید. به منظور تأیید این‌گونه استنباطها می‌توان از شواهدی از جمله وابسته به محتوا، وابسته به ملاک و وابسته به سازه برای بررسی روایی سیاهه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده کرد.

روایی وابسته به محتوا

شواهد وابسته به محتوا به‌طور کلی نشان می‌دهند که نمونه سؤالها، تکالیف، یا پرسشهای آزمون تا چه حد معرف مجموعه کلی یا حیطه‌ای از محتواست که قبلاً تعریف و مشخص شده است. روشهای ارزشیابی رابطه بین اجزای آزمون و مجموعه کلی تعریف شده، اغلب مبتنی بر داوریهای تخصصی و تجارب حرفه‌ای است (هومن، ۱۳۷۴). بدین صورت از کارشناسانی که در محتوای آزمون مورد نظر متخصص باشند، خواسته می‌شود تا درمورد مواد اصلی آزمون قضاوت کنند. در پژوهش حاضر نیز سیاههCSI-4 به همراه تعریفی از حیطه مورد سنجش آن در اختیار ۹ روان‌پزشک قرار داده شد و از آنان خواسته شد تا درمورد مناسبت و ارتباط هر سؤال سیاهه با تعریفی که برای آن حیطه در نظر گرفته شده است، داوری کنند. نتایج بررسی اظهار نظرها و داوریهای متخصصان نشان داد که هر ۹ روان‌پزشک، همگونی و مناسبت محتوای CSI-4 با حیطه مورد سنجش آن را مورد تأیید قرار دادند و این سیاهه را در دستیابی به اهداف زیربنایی آن یعنی غربالگری اختلالهای رفتاری و هیجانی کودکان مناسب ارزیابی کردند.

روایی وابسته به ملاک

به منظور بررسی روایی ملاکی سیاهه علائم مرضی، مقایسه نمرات مقولات سیاهه با تشخیصهای مبتنی بر روان‌پزشکی مورد توجه قرار گرفت و حساسیت و ویژگی آنها به‌دست آمد. نتایج نشان داد که فرم والد سیاهه علائم مرضی کودک در هر یک از اختلالها از حساسیت و ویژگی بالایی جهت شناسایی و غربال کودکان واجد اختلالهای مورد نظر از کودکان سالم برخوردارند، به طوری که در اکثر اختلالها، ویژگیها بالاتر از

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

۰/۹۰ و حساسیتها بالای ۰/۸۰است. اما در فرم معلم این سیاهه، حساسیت و ویژگی همه اختلالهای سیاهه به استثنای اختلال تیک پایین‌تر از فرم والد بود.

روایی تفکیکی

به منظور بررسی روایی تفکیکی، نمرات شدت نشانگان دو گروه کودک (کودکان نمونه بالینی که مورد ارزیابی روان‌پزشکی قرار گرفتند و گروه کودکان عادی در جمعیت عادی مدارس) مورد مقایسه قرار داده شد. میانگین نمرات دو گروه، نمرات شدت نشانگان سیاهه والدین در جدولهای ۵ و ۶ ارائه شده است. در اکثر مقولات، نمونه بالینی با داشتن نمرات بالاتر نسبت به نمونه عادی درجه‌بندی شدند و در همه مقولات تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ بین دو گروه عادی و بالینی وجود داشت.

جدول ۵- میانگین، انحراف استاندارد و نمرات t نمرات شدت نشانگان اختلالهای سیاهه علائم مرضی برای کودکان نمونه‌های عادی و بالینی (پسران)

مقـولـه	پسران عادی N=۴۷۶		پسران‌بالینی N=۲۷۷		T	P
	M	SD	M	SD		
بیش فعالی نوع بی‌توجهی	۶/۳۳	(۴/۴۸)	۱۵/۴۴	(۷/۲۹)	۱۹/۳۰	۰/۰۰۱
بیش فعالی نوع تکانشگری	۶/۷۰	(۵/۱۰)	۱۴/۲۴	(۷/۲۲)	۱۵/۷۰	۰/۰۰۱
بیش‌فعالی/نقص‌توجه‌نوع‌ترکیبی	۱۲/۵۹	(۷/۸۶)	۲۸/۰۴	(۱۱/۷۸)	۱۹/۸۰	۰/۰۰۱
نافرمانی	۵/۲۴	(۳/۵۹)	۱۲/۵۴	(۵/۷۵)	۱۹/۷۲	۰/۰۰۱
اختلال سلوک	۱/۴۷	(۱/۸۵)	۶/۱۹	(۵/۷۴)	۱۲/۷۵	۰/۰۰۱
اضطراب فراگیر	۳/۷۵	(۳/۲۸)	۱۰/۳۳	(۵/۴۲)	۱۹/۳۵	۰/۰۰۱
اسکیزوفرنی	۰/۳۳	(۰/۸۶)	۱/۶۸	(۲/۵۶)	۱۳/۵	۰/۰۰۱
افسردگی اساسی	۲/۶۳	(۳/۵۹)	۶/۶۰	(۵/۰۷)	۱۲/۰۳	۰/۰۰۱
افسرده‌خویی	۲/۱۱	(۲/۸۳)	۵/۶۴	(۴/۰۹)	۱۳/۵۷	۰/۰۰۱
اختلال اتیستیک	۲/۹۵	(۳/۳۳)	۷/۵۷	(۶/۵۳)	۱۱/۲۶	۰/۰۰۱
اختلال آسپرگر	۲/۰۵	(۲/۶۱)	۵/۵۷	(۴/۶۱)	۱۱/۷۳	۰/۰۰۱
اختلال هراس اجتماعی	۳/۲۹	(۲/۰۵)	۴/۶۱	(۲/۵۹)	۷/۷۶	۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	۳/۹۶	(۳/۹۴)	۷/۷۰	(۵/۷۴)	۹/۸۴	۰/۰۰۱

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

جدول ۶- میانگین، انحراف استاندارد و نمرات t نمرات شدت نشانگان اختلالهای سیاهه علائم مرضی برای کودکان نمونه‌های عادی و بالینی (دختران)

مقـولـه	دختران‌عادی N=۲۳۹		دختران بالینی N=۱۴۲		T	P
	M	SD	M	SD		
بیش فعالی نوع بی‌توجهی	۶/۶۱	(۴/۷۷)	۱۵/۴۵	(۷/۶۱)	۱۶/۳۷	۰/۰۰۱
بیش فعالی نوع تکانشگری	۵/۵۳	(۴/۹۰)	۱۲/۴۶	(۷/۷۰)	۹/۷۶	۰/۰۰۱
بیش‌فعالی/نقص‌توجه‌نوع‌ترکیبی	۱۱/۶۹	(۷/۷۱)	۶/۲۶	(۱۲/۷۶)	۱۲/۴۵	۰/۰۰۱
نافرمانی	۵/۳۹	(۳/۷۴)	۱۲/۹۴	(۵/۹۴)	۱۳/۳۳	۰/۰۰۱
اختلال سلوک	۱/۰۸	(۱/۴۵)	۴/۸۷	(۶/۰۸)	۷/۵۸	۰/۰۰۱
اضطراب فراگیر	۴/۲۴	(۳/۲۶)	۱۱/۲۷	(۵/۳۹)	۱۴/۶۴	۰/۰۰۱
اسکیزوفرنی	۰/۳۱	(۰/۸۲)	۱/۸۰	(۲/۶۱)	۶/۷۷	۰/۰۰۱
افسردگی اساسی	۲/۵۹	(۳/۸۴)	۷/۳۷	(۵/۶۹)	۹/۱۹	۰/۰۰۱
افسرده‌خویی	۲/۳۱	(۲/۷۵)	۶/۲۹	(۴/۲۶)	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱
اختلال اتیستیک	۲/۶۵	(۳/۰۲)	۷/۲۸	(۶/۲)	۸/۵۷	۰/۰۰۱
اختلال آسپرگر	۱/۹۷	(۲/۳۳)	۵/۲۷	(۴/۲۲)	۷/۳۳	۰/۰۰۱
اختلال هراس اجتماعی	۳/۱۴	(۲/۲۲)	۴/۷۸	(۲/۷۲)	۶/۳۰	۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	۳/۸۷	(۴/۱۱)	۹/۳۲	(۶/۰۵)	۹/۷۳	۰/۰۰۱

ج - نمرات هنجاری

برای تهیه نمرات استاندارد، نمرات خام افراد (شدت نشانگان) در هر یک از حیطه اختلالها به نمرات استاندارد T با میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰۰ تبدیل شد و در جداول هنجاری برای سیاهه والدین و معلم به تفکیک دختر و پسر ارائه داده شد. لازم به ذکر است که درجه‌بندی شدت برای هر یک از مقوله‌ها بدین صورت است که دامنه شدت پایین (نمرات T کمتر از ۶۰) پایین‌تر از دامنه شدت متوسط (نمرات T بین ۶۹-۶۰) و دامنه شدت بالا (نمرات T =۷۰ و بالاتر) است و نمرات شدت بالا و متوسط نشان‌دهندهٔ نیاز به یک ارزشیابی کامل می باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

در بررسی ویژگیهای روان‌سنجی، گرچه ضرایب اعتبار گزارش‌شده از ضرایب اعتبار گزارش‌شدهٔ توکلی زاده(۱۳۷۵) و اسپرافکین و گادو (۱۹۹۶) پایین‌تر است اما در کل نشان می‌دهد که فرم والد سیاهه CSI-4 از اعتبار نسبتاً مناسبی برای کودکان ایرانی برخوردار است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

نتایج مربوط به روایی این مطالعه با نتایج مطالعات انجام‌شده توکلی‌زاده (۱۳۷۵) و اسپرافکین و گادو (۱۹۹۴) در زمینه وجود روایی سیاهه علائم مرضی کودکان و هماهنگی آن با ملاکهای تشخیصی در DSM-IV مطابقت دارد. و همین‌طور نتایج حاصل از حساسیت و ویژگی اختلالها با نتایج مطالعهٔ گراسون و کارسون (۱۹۹۱) مشابه بود و حساسیت و ویژگی فرم والدین برای هر یک از اختلالهای لجبازی، نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال نقص توجه – بیش فعالی بالاتر از فرم معلم گزارش توکلی زاده (۱۳۷۵) حساسیت و ویژگی اختلالهای لجبازی، نافرمانی اختلال سلوک و نقص توجه-بیش فعالی در سیاهه والد بالاتر از سیاهه معلم گزارش کرد.

داده‌های این پژوهش و سایر پژوهشها نشان می‌دهند که والدین و معلمان همیشه در مورد حضور یا عدم حضور نشانه‌ها باهم توافق ندارند و درجه توافق برای دامنه‌ای از اختلالهای عاطفی و رفتاری که با این سیاهه ارزیابی می‌شوند، متفاوت است.

از آنجایی که نشانگان اختلالهای مختلف در CSI-4 باهم همپوشی دارند، در ارزیابی آنها، ممکن است یک اختلال را با اختلال دیگری اشتباه کنیم، این مشکل مربوط به تشخیص افتراقی است (مثلاً مشخص کنیم کودک دقیقاً دارای چه اختلالی است).

فرایند تشخیص افتراقی حاکی از این است که کودکان مراجعه‌کننده برای ارزشیابی بالینی، اغلب بیشتر از یک اختلال دارند که به همبودی اختلالها اشاره دارد. (یک گروه مهم از شرایط همبودی اختلالها("اختلالات همراه" است که توسط CSI-4 بررسی شده و مربوط به اختلالهای یادگیری است).

به طور کلی DSM-IV مجموعه‌ای از نشانگان و یک نمره ملاک نشانه را برای تمام اختلالهای کودکی صرفنظر از جنسیت و سن ارائه می‌دهد. البته قابل ذکر است که تفاوتهای جنسی، شیوع اختلالهای مختلف و تفاوتهای سنی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

توصیه می‌شود از شیوه های نمره‌گذاری مبتنی بر داده‌های گروه هنجار و نمونه بالینی بیماران فقط به عنوان یک عنوان کلی برای غربالگری کودکان برای اختلالات عاطفی و رفتاری استفاده شود. درمانگران باید از تجاربشان با کودکان استفاده کنند که این امر به مشخص نمودن این موضوع کمک می‌کند و نهایتاً CSI-4 فقط نشانگان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

رفتاری اختلالهای DSM-IV را فهرست می‌نماید و برای هر اختلال ملاک اضافی وجود دارد که باید در مراحل مختلف ارزیابی بالینی مورد توجه قرار گیرد.

یادداشتها:

1) Ross
2) Diagnostic and Statistical Manual of Disorder,(4thed.)
3) standard rating
4) reference norm
5) Likert
6) Children Symptom Inventory-4
7) Sprafkin & Gadow
8) attention deficit/ hyperactivity disorder
9) oppositional defiant disorder
10) conduct disorder
11) generalized anxiety disorder
12) Social phobia
13) sepration anxiety disorder
14) obsessive- compulsive disorder
15) specific phobia
16) major depressive disorder
17) dysthymic disorder
18) schizophernia
19) pervasive developmental disorder
20) asperger's disorder
21) motor tics
22) vocal tics
23) post- traumatic stress disorder
24) enuresis
25) encopresis
26) special phobia

منابع

آزاد، حسین (۱۳۷۴)، *روان‌شناسی مرضی کودک*، چاپ چهارم، تهران: شرکت انتشارات پاژنگ.

انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴)، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی*، جلد اول، مترجم، محمدرضا نیکخو و همکاران، چاپ اول، تهران: انتشارات سخن.

توکلی‌زاده، جهانشیر (۱۳۷۵)، *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد*، پایان نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده) تهران: دانشگاه علوم‌پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

ساراسون، ایروین جی و ساراسون، باربارا آر (۱۳۷۵)، *روان‌شناسی مرضی*، جلد اول، ترجمه، بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم، محسن دهقانی، چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.

کرلینجر، فردان (۱۹۸۶)، *مبانی پژوهش در علوم رفتاری*، جلد دوم، مترجم، حسن پاشا شریفی، جعفر زند، تهران: انتشارات آوای نور.

هومن، حیدرعلی (۱۳۷۴)، *اندازه‌گیری‌های روانی و تربیتی و فن تهیه تست*، چاپ نهم، تهران: نشر پارسا.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

هترینگتون، ای میویس و پارک، راس دی (۱۳۷۳) ، *روان شناسی کودک از دیدگاه معاصر*، جلد دوم، ترجمه طهوریان و دیگران، چاپ اول، مشهد: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.

محمد اسماعیل، الهه و علی پور، احمد(۱۳۸۱) ، *بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش، اختلالهای پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۵*، ۲۳۹- ۲۵۴.

Grayson, P., & Carlson, G. A. (1991). the utility of a DSM-III- R- based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 69-673.

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *Quick Guide to Using the Youth's Inventory- 4 Screening Kit*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Newcomer, P.L. (1993). *Understanding and Teaching Emotionally Disturbed Children nd Adolescents*. 2nd. ed. Austin, Texas: Pro-ed, Inc.

Sprafkin, J., & Gadow, K.D. (1987a). an observational study of ED and LD children in school setting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*,393-408.

Sprafkin, J., & Gadow, K.D. (1987b). *Stony Brook Child Psychaitric Checklist Checklist-3R*. State University of NewYork, Department of Psychiatry, Stony Brook, NY.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]

Sprafkin, J., & Gadow, K.D. (1996). *Early Childhood Inventories Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.

Sprafkin, J., Gadow, K.D. & Nolan, E.E.(2001). the utility of a DSM-IV-referenced screening instrument for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9,* 182-191.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1386.7.1.4.4]