پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال دوم ، شماره۳/ پاییز ۱۳۸۱/۲۵۴-۲۳۹
Research on Exceptional Children, Fall 2002, Vol.2, No.3, 239-254

بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامهٔ‌علائم‌مرضی‌کودکان (CSI-4)*

الهه محمداسماعیل** ،دکتر احمد علی‌پور***

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامهٔ CSI-4 در بین دو گروه از کودکان عادی ۱۴-۶ سالهٔ مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران و کودکان دارای اختلال‌های رفتاری و هیجانی ارجاع داده شده به مراکز بالینی این شهر بود. بدین منظور، تعداد ۱۰۸۰ دانش‌آموز ۶ تا ۱۴ ساله از مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران پس از مصاحبه با والدین و بررسی اولیه انتخاب و برای بررسی روانپزشکی به مراکز مورد نظر ارجاع داده شدند و فرم والد و معلم پرسشنامهٔ مذکور توسط والدین و معلمان آنان تکمیل شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه نشان داد که فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4 از روایی مناسب و اعتبار نسبتاً مناسبی برای کودکان ایرانی برخوردار است. علاوه بر این، نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطهٔ برش اختلال‌های موجود در پرسشنامهٔ CSI-4 نشان داد که فرم والد پرسشنامه در هر یک از اختلال‌های کاستی توجه بیش فعالی، نوع بی‌توجهی غالب، نوع بیش فعالی- غالب، نوع بیش فعالی، لجبازی و نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، افسردگی اساسی، افسرده خویی، اتیسم، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی و اختلال‌های تک نشانه‌ای همچون هراس خاص، وسواس فکری و عملی و تیک حرکتی کلامی از نقاط برش مناسب با حساسیت و ویژگی بالا برای شناسایی و غربال نمودن کودکان واجد این اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است. اما فرم معلم این پرسشنامه، با وجود انتخاب بهترین نقطهٔ برش برای هر یک از اختلال‌های موجود در آن، حساسیت و ویژگی همهٔ اختلال‌های آن به استثنای اختلال تیک، پایین‌تر از فرم والدین است.

واژه‌های کلیدی: *اختلالات رفتاری و هیجانی، پرسشنامهٔ علائم مرضی‌کودکان، نقطهٔ برش*

---

* این تحقیق با همکاری خانمها: مرجان فرضی گلفزانی، دکتر میترا حکیم شوشتری، دکتر زهرا شهریور، دکتر فریبا عرب گل و آقایان: دکتر تقی اسماعیلی،دکتر جواد علاقمندزاده، دکتر عباسعلی ناصحی، دکتر افشین اعتضادی، دکتر نبی‌اله دریجانی، ، دکتر محمد قدیری، دکتر محمد رضا یوسفی در پژوهشکده کودکان استثنایی انجام شده است که از آنها تشکر و قدردانی می‌شود.

** عضو هیأت علمی پژوهشکده کودکان استثنایی Email: Elaheh_em@Yahoo.com

*** استادیار دانشگاه پیام نور

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

مقدمه

اختلال‌های روان‌شناختی به صورت انواعی از الگوهای رفتاری غیرانطباقی[۱]، کم و بیش متفاوت از زمانی به زمان دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر بروز می‌کنند. تا جایی که هستی نوع بشر ثبت شده است، مردان، زنان و کودکان زیادی دچار این اختلالات بوده‌اند(کاستلو و کاستلو، ترجمهٔ پورافکاری، ۱۳۷۳). وقتی رفتاری غیرانطباقی شمرده می‌شود، حاکی از آن است که آسیب پذیری[۲] فرد یا ناتوانی در مقابله و یا فشار روانی استثنایی در محیط، به مشکلاتی در زندگی منجر شده است. اگرچه رفتارهای نابهنجار افراطی و شدید غالباً به آسانی قابل بازشناسی است، اما بسیاری از رفتارهای نابهنجار، به خصوص آن‌هایی که تجلی خارجی آشکار ندارند، از نابهنجاری‌های دیگر قابل تشخیص و تفکیک نیستند و حتی تمیز آن‌ها از رفتارهای عادی و سالم نیز دشوار است. بر این اساس، روان‌شناسان و روان‌پزشکان سعی کرده‌اند براساس معیارهای خاص علمی‌رفتاری، هنجار را از نابهنجار متمایز سازند (شاملو، ۱۳۷۵).آنان نابسامدی آماری[۳]، تخطی از هنجارها[۴]، آشفتگی شخصی[۵]، کارکرد مختل[۶] و نقص در عملکرد[۷] را از مؤلفه‌های رفتار نابهنجار به حساب می‌آورند. با وجود این که کاربرد بعضی از مؤلفه‌ها هم در کودکان و هم در بزرگسالان مصداق دارد، اما در اکثر موارد، تفاوت‌های رفتار بهنجار و نابهنجار در کودکان با وضوحی که در مورد بزرگسالان مشاهده می‌شود، قابل تشخیص نیست. تمام کودکان، گاهی رفتار غیرانطباقی مثل شب ادراری یا حملات قشرق نشان می‌دهند. چنین رفتارهایی ممکن است نتیجه استرس خاصی بوده و یا پاسخی بهنجار نسبت به استرس در مرحله خاصی از رشد باشد. اکثر نظریه پردازان معتقدند که رفتاری باید نابهنجار تلقی شود که به طور تکراری روی دهد و در کارکرد خود فرد یا دیگران به طور جدی تداخل نماید. علاوه بر این، از آنجا که کودکان به سرعت و به طور غیرمنتظره تغییر می‌کنند، نمی‌توان کارکرد آنان را بدون در نظر گرفتن هنجارهای رشدی ارزیابی نمود. میزان و ترتیب رشد مهارت‌ها، معلومات و رفتارهای اجتماعی می‌توانند در ارزشیابی نواقص احتمالی فوق‌العاده کمک کننده باشند. سرانجام احساس‌های ذهنی دیگران نیز باید به عنوان عاملی برای شناسایی مشکلات کودکان به حساب آورده شود. اختلال‌های کودکی نوعاً به وسیلهٔ بزرگترها شناسایی می‌شوند. از این رو، نگرش و طرز برخورد، حساسیت، تحمل و توانایی مقابله با مشکلات

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

کودکان از طرف بزرگسالان در چگونگی درک کودک و روبرو شدن با وی بسیار مؤثر است (کاستلو و کاستلو، ترجمهٔ پورافکاری، ۱۳۷۳، نلسون و ایزرائل، ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۲).

با وجود این ملاحظات احتیاطی، بهترین تعریف اختلال روانی که مفیدتر از سایر تعاریف موجود است و برای تصمیم‌گیری دربارهٔ معیارها و شرایط مرز تفکیک رفتار عادی از غیرعادی مناسب‌تر است، در DSM-IV[۸] ارائه شده است که پرکاربردترین نظام طبقه‌بندی و تشخیصی اختلال‌های روانی گرد آوری شده توسط انجمن روان‌پزشکی امریکا است. در DSM-IV هر اختلال روانی به عنوان نشانگان یا الگوی رفتاری یا روانی قابل ملاحظه بالینی در نظر گرفته شده است که در یک فرد ظاهر می‌شود و با ناراحتی فعلی (مثلاً یک نشانهٔ 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، 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 اولیهٔ اختلال هر چه باشد، باید آن را در حال حاضر به عنوان جلوهٔ کژکاری رفتاری، روانی یا زیستی در فرد تلقی کرد. رفتار انحرافی (به عنوان مثال، سیاسی، مذهبی یا جنبشی) و تعارض‌هایی که عمدتاً میان فرد و جامعه بروز می‌کنند، در صورتی اختلال روانی تلقی می‌شوند که نشانه‌ای از یک کژ کاری در فرد باشند.

متأسفانه تا این اواخر، تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روان شناختی کودکان نادیده گرفته شده و کمتر روان‌شناسی پیرامون این اختلالها به عنوان یک بخش مستقل و مشخص به طور جدی مطالعه می‌کرد. اما در سال‌های اخیر سیستم طبقه‌بندی کاملاً مقبولی برای اختلال‌های کودکی ارائه شده که به نوبه خود وضعیت شناسایی و سنجش مسائل و مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان را در موقعیت‌های بالینی و آموزشی تسهیل ساخته است. به طوری که نظریه پردازان با مطالعهٔ فرایندهای مربوط به رشد کودکان و نوجوانان، به پیشرفت قابل توجهی در مطالعه اختلال‌های کودکی و ایجاد یک سیستم طبقه‌بندی معنی‌دارتر رفتارهای غیرانطباقی دست یافته‌اند، به نحوی که در DSM-IV، پر استفاده‌ترین نظام طبقه‌بندی تشخیصی گردآوری شده توسط انجمن روانپزشکی آمریکا، اختلالها به ۱۶ طبقهٔ اصلی تشخیصی و یک بخش اضافی تحت

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

عنوان "سایر اختلال‌هایی که ممکن است مورد توجه بالینی باشند" گروه بندی شده‌اند. با وجود این، در کشور ما به مسائل گوناگون و پیچیدهٔ این گروه از کودکان به طور جدی توجه نشده است و به دلیل عدم وجود آثار و منابع علمی کافی دربرگیرندهٔ دانش، تجربه و پژوهش‌های روان شناسی دربارهٔ کودکان دارای مسائل رفتاری و هیجانی داخل کشور، ابزارهای تشخیصی مناسبی که حاوی اطلاعاتی به زبان فارسی دربارهٔ این کودکان باشد و به منظور تشخیص مسائل و مشکلات رفتاری آنان به کار رود، بسیار اندک است، که این امر به نوبهٔ خود متخصصان بالینی را با دشواری تشخیص مواجه می‌سازد. این در حالی است که اختلال‌های عاطفی رفتاری، به ویژه به سبب وضعیت نامتعادل و متحول زندگی خانوادگی و اجتماعی در یکی دو دههٔ اخیر در کشور ما، بیش از هر زمان دیگری گریبانگیر گروه‌های وسیعی از کودکان شده است که اکثر آنان نیز در مراکز آموزشی مشغول به تحصیل هستند. این امر لزوم سنجش تخصصی و ماهرانهٔ اختلال‌های رفتاری در کودکان ایرانی را مورد تأیید قرار می‌دهد. اما حل مشکلات مربوط به دشواری ارزیابی و سنجش اختلال‌های رفتاری کودکان توسط متخصصان بالینی داخل کشور و غربال کردن آنان از دیگر کودکان، مستلزم استفاده از پرسشنامه‌ها یا مقیاس‌هایی است که ضمن برخورداری از ویژگی‌های روان سنجی دقیق، متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی ایران باشند وعلاوه بر متخصصان بالینی مستقر در مراکز بالینی، برای روان شناسان و مسؤولان بهداشت روانی مدرسه نیز اطلاعات مناسبی از موقعیت دانش‌آموزان فراهم سازند.

پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان[۹] (CSI-4) یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال ساخته شده است (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴). این پرسشنامه در مطالعات مختلفی توسط متخصصان بالینی مورد بررسی قرار گرفته است. در یکی از مطالعاتی که توسط گراپسون و کارلسون(۱۹۹۱) بر روی فرم استونی بروک[۱۰] (SBC,CSI-3R) انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال لجبازی - نافرمانی، اختلال سلوک واختلال کاستی توجه - بیش فعالی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. مطالعات دیگری‌نیز همین ۳ اختلال را در فرم معلمان مورد بررسی قرار دادند که حساسیت آن را برای اختلال‌کاستی توجه -

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

بیش فعالی، اختلال سلوک و اختلال لجبازی و نافرمانی به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۱، و۰/۵۸ و ویژگی آن را نیز به ترتیب۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۹۱ تعیین نمودند.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۲ توسط آدام[11] و دیکمان[12] به منظور بررسی روایی همگرای فرم‌استونی بروک انجام گرفت، بین نمره‌های CSI-3R و فرم‌های رفتاری کودک آشنباخ[13] (CBCL) ۷۷ کودکی که به دلیل اختلالات روانپزشکی در بیمارستان بستری شده بودند،مقایسه به عمل آمد. دراین پژوهش فرض شده بود که نمره‌های شدت نشانه‌های مرضی CSI-3R در مورد طبقه‌هایی همچونAD/HD، اختلال سلوک و اختلال لجبازی و نافرمانی می‌تواند نمره‌های بیرونی شده CBCL را پیش‌بینی کند، در حالی که نمره‌های اختلال خلقی و اضطرابی CSI-3R می‌تواند نمره‌های درونی شده CBCL را پیش‌بینی کند. این فرضیه‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه[14] مورد بررسی و آزمایش قرار گرفت و نتایج نشان داد که هر دو اثر اصلی در حد بالایی معنادار است (P=۰/۰۰۰).

در یکی از مطالعاتی که توسط گادو و اسپرافکین(۱۹۹۴) بر روی فرمSLUG انجام شد، اعتبار و روایی این مقیاس درجه‌بندی رفتار مورد بررسی قرار گرفت. به منظور سنجش اعتبار فرم معلم SLUG، تعداد ۳۶ کودک دارای اختلال هیجانی به‌طور جداگانه با فاصله زمانی ۶ هفته درجه‌بندی شدند. اعتبار بازآزمایی برای ۴ اختلال مذکور از ۰/۷ تا ۰/۸۹ گزارش شد.

علاوه بر اعتبار، بررسیهایی که در مورد روایی همگرای فرم معلم SLUG انجام گرفت، دامنه همبستگی‌ها بین خرده مقیاس پرخاشگری مقیاس درجه‌بندی کانر lowaو نمره‌های شدت‌نشانه‌های مرضی اختلالها در فرم معلم SLUG از ۰/۳۲ تا ۰/۳۹ گزارش شد. البته هیچ همبستگی معناداری بین نمره‌های مقیاس کاستی توجه - بیش فعالی کانر lowa و طبقه‌های‌نشانه‌های مرضی فرم معلمSLUG بدست نیامد. همچنین گزارش شد که بین نمره‌های فرم معلمSLUG و اندازه‌گیریهایی که در زمینه کاستی توجه و فعالیت حرکتی کودک در حین بازی انجام گرفته نیز هیچ همبستگی معنا داری وجود ندارد. اما مشاهدات مستقیمی که در مورد فراوانی پرخاشگری بدنی کودک در زمین بازی انجام گرفته، نشان داد که بین این مشاهدات ونمره‌های شدت نشانه‌های مرضی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

طبقه‌های اختلال سلوک با پرخاشگری، اختلال لجبازی فرم‌معلم SLUG به ترتیب همبستگی‌های متوسطی در حد۰/۵۸ و ۰/۳۹ وجود دارد.

در مطالعه دیگری که توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) به منظور بررسی روایی تشخیصی فرم روانپزشکی کودک استونی انجام گرفت، فرم معلم CSI-3که شامل نشانه‌های مرضی ۱۲ اختلال رفتاری‌و هیجانی است، در دو مطالعه با استفاده از روش نمره برش غربال مورد بررسی و تحلیل قرارگرفت. در مطالعه اول ۸۱ کودک دارای اختلال رفتاری و هیجانی (EBD) و ۸۶ کودک دارای‌اختلال‌های یادگیری (LD) که کلاس‌های آموزشی تمام وقت ویژه‌ای را در مدارس ابتدایی می‌گذراندند، با استفاده از CSI-3 مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نشان داد، تعداد کودکانی که‌نمره‌های برش غربال را در مورد اختلالهایی همچون اختلال سلوک با پرخاشگری دریافت کرده‌بودند، در نمونه کودکان با اختلالهای هیجانی و رفتاری دو برابر بیشتر از نمونه کودکان LD بود.این یافته‌ها، هماهنگی بالایی با نتایج دیگر مطالعاتی که ویژگیهای رفتاری کودکان دارای اختلالهای رفتاری و هیجانی (EBD) و کودکان دارای اختلالهای یادگیری (LD) را مقایسه‌کرده بودند، نشان داد. در مطالعه دوم CSI-3 ، نمره‌های فرم معلم برای ۱۰۳ کودک LD و ۱۳۸کودک مدرسه‌روی ابتدایی که هنوز برچسب نخورده بودند، مورد مقایسه قرار گرفت.

در یکی دیگر از مطالعاتی که توسط گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) انجام گرفت، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک CSI-4 مورد بررسی قرار گرفت. نمونه این مطالعه را ۷۵ پسرسنین ۶ تا ۱۰ سال (با میانگین سنی ۷/۷ و انحراف استاندارد ۱/۳) تشکیل می‌دادند. والدین این کودکان یکبار قبل از ارزیابی اولیه و مجدداً زمانی که جلسه ارزیابی پسرانشان تمام‌می‌شد، پرسشنامه CSI-4 را تکمیل می‌کردند. درجه‌بندیها به طور متوسط با فاصله زمانی ۶ هفته (m=۶/۲ و sp = ۳/۵)انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها و همبستگیهای بدست‌آمده از دو بار اجرای پرسشنامه CSI-4 نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای همه طبقه‌های CSI-4در سطح P< ۰/۰۰۰۱ معنادار بود.

آمرمان، اسلومکا، ریگل، زاپادکا و کینی (۱۹۹۷) روایی سازه پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودک استونی بروک (CSI-4) را در بین گروهی از کودکان و نوجوانان

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

اسپینابیفیدا[15] مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنان نشان داد که نمره‌های CSI-4 با فرم رفتاری کودک (CBCL) وPIC (پرسشنامه شخصیتی کودکان) همبستگی مثبتی دارند. این نتایج‌روایی‌سازه CSI-4رابه‌عنوان‌پرسشنامه نشانه‌های مرضی کودکان مورد تأیید قرارداد.

در کل پژوهش‌های انجام گرفته در کشورهای خارجی نشان می‌دهند که CSI-4 از روایی و اعتبار لازم به منظور شناسایی و غربال کودکان دارای اختلالهای هیجانی و رفتاری در جمعیت‌های بالینی و مدرسه رو و تکفیک آنها از نمونه‌های غیربالینی برخوردار است.

به رغم کثرت مطالعات انجام گرفته در خارج، تنها یک مطالعه در ایران توسط توکلی زاده(۱۳۷۵) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلالهای رفتار ایذایی و کاستی توجه در دو مرحله برروی دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد (۴۰۰ نفر با ۲۰۲ پسر و ۱۲۸ دختر) انجام گرفت که‌در آن از فرم‌های والد و معلم پرسشنامه CSI-4 به عنوان ابزار غربال گری استفاده گردید.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که به کارگیری هر دو فرم (استفاده از هر فرم دارای نمره برابر یا بالاتر از نمره برش برای اختلال مورد نظر) در غربالگری اختلالهای مورد بررسی با توجه به بروزموقعیتی و اختصاصی آن از «حساسیت» و «ویژگی» بالاتری برخوردار است، به نحوی که برای‌اختلالهای کاستی توجه - بیش فعالی، لجبازی - نافرمانی و سلوک، «حساسیت» به ترتیب۰/۷۵، ۰/۸۹و ۰/۸۹ و«ویژگی» به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۹۷ براساس بهترین نمره برش ۷، ۵ و۴ به ترتیب هر اختلال تعیین شد. پایایی فرم‌های‌والدین ومعلمان‌نیز ازطریق‌بازآزمایی‌به‌ترتیب۰/۹۰و ۰/۹۳ برآورد شد.

از آنجا که در ایران پژوهش کاملی دربارهٔ CSI-4 انجام نشده است، بررسی روایی و اعتبار و نقاط برش پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) به عنوان ابزاری برای شناسایی و غربال کودکان دارای مشکلات رفتاری وهیجانی و تفکیک آنان از کودکان بهنجار ضروری است و می‌تواند روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر متخصصان بهداشت روانی را در موقعیت‌های آموزشی و بالینی در امر شناسایی و غربال نمودن دقیق اختلال‌های روانی کودکان یاری دهد و به این ترتیب امکانی برای ارزیابی و معاینهٔ روانی دقیق‌تر کودکان در مراحل بعدی فراهم سازد.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

هدف پژوهش

در این تحقیق هدف بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامهٔ CSI-4 در بین دو گروه از کودکان ۱۴-۶ سالهٔ عادی مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران و کودکان دارای اختلال‌های رفتاری و هیجانی ارجاع داده شده به مراکز بالینی این شهر بود.

پرسش‌های پژوهش

۱- آیا پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) از اعتبار کافی برخوردار است؟

۲- آیا پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) از روایی کافی برخوردار است؟

۳- نقاط برش اختلال بیش فعالی- کمبود توجه[۱۶] (AD/HD) و انواع آن، اختلال لجبازی نافرمانی[۱۷]، اختلال سلوک[۱۸]، اختلال اضطراب فراگیر[۱۹]، اختلال هراس خاص[۲۰]، اختلال وسواس فکری و عملی[۲۱]، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال تیک حرکتی و کلامی[۲۲]، اختلال اسکیزوفرنی[۲۳]، اختلال افسردگی اساسی[۲۴]، اختلال افسرده خویی[۲۵]، اختلال اتیسم[۲۶]، اختلال آسپرگر[۲۷]، اختلال هراس اجتماعی[۲۸]، اختلال‌اضطراب‌جدایی[۲۹] در پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان چه نمره‌هایی است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعهٔ آماری شامل همه معلمان و والدین دانش‌آموزان ۶ تا ۱۴ ساله بود که در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۱۳۷۹ در مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران مشغول به تحصیل بودند و برای بررسی‌های روان‌پزشکی به بیمارستان‌های امام حسین، روزبه، نواب صفوی و درمانگاه شهید اسماعیلی این شهر ارجاع داده شده بودند.

نمونهٔ مورد مطالعه در برگیرندهٔ دو گروه عادی و بالینی بود. در گزینش نمونهٔ عادی از روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای و در گزینش نمونهٔ بالینی از روش نمونه گیری انباشته‌ای استفاده شد. در مورد نمونهٔ نخست تعداد ۶۸۰ دانش‌آموز دختر و پسر در مقاطع ابتدایی و راهنمایی به شیوهٔ تصادفی از ۷۰ مدرسه ابتدایی و راهنمایی واقع در ۱۹ منطقهٔ آموزشی استان تهران انتخاب گردیدند و در مطالعهٔ حاضر شرکت داده شدند. در مورد گروه دوم یا نمونه بالینی، تعداد ۴۰۸ کودک ۶ تا ۱۴ ساله که تعدادی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

طی ۶ ماه به همراه یکی از والدینشان به بیمارستان‌های امام حسین، روزبه، نواب صفوی و درمانگاه شهید اسماعیلی مراجعه و تعدادی از طریق مصاحبه با والدین در مدارس عادی جهت تشخیص‌به روان‌پزشک ارجاع و تشخیص روان‌پزشکی دریافت نموده بودند، انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری

در مطالعهٔ حاضر به منظور دستیابی به هدف پژوهش از پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) و مصاحبهٔ روان‌پزشکی استفاده شد.

الف) پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان: یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گادو و اسپرافکین بر اساس طبقه‌بندی DSM-III یا SLUG به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شد و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده است. فرم معلم دارای ۷۷ سؤال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در برمی‌گیرد. این اختلال‌ها مشتمل است بر: اختلال کاستی توجه – بیش‌فعالی، اختلال لجبازی – نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری – عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات دفع.

ب) مصاحبهٔ تشخیصی روان‌پزشکی: به منظور تعیین بهترین نقطهٔ برش برای هر یک از اختلال‌های CSI-4، از تشخیص روان‌پزشک نیز به عنوان ملاکی برای رسیدن به هدف استفاده شده است.

یافته‌ها

۱- برآورد اعتبار[۳۰] فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4 از طریق اجرای مجدد تست: با فاصله زمانی دو هفته ضرایب از ۰/۲۹ برای اختلال هراس اجتماعی تا ۰/۷۶ برای اختلال

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

سلوک برآورد شد که به استثنای اختلال هراس اجتماعی همگی در سطح ۵٪ و ۱٪ معنادار بودند. گرچه برخی از اختلالها همچون HD، MDD، SP از ضرایب همبستگی پایین‌تری نسبت به سایر اختلالها برخوردار بودند اما در کل این نتایج اعتبار و پایایی CSI-4 در مطالعه حاضر و مطالعات گادو و اسپرافکین (۱۹۹۴) و گادو و اسپرافکین (۱۹۹۷) در جدول ۱ آمده‌اند.

جدول ۱- همبستگی های بین دو بار اجرای فرم والد پرسشنامه CSI-4 برای کل کودکان واجد تشخیص در هر یک از اختلالات پرسشنامه.

نوع اختلال	مطالعه حاضر	گادو و اسپرا فکین (۱۹۹۴)	گادو واسپرافکین (۱۹۹۷)
اختلال کاستی توجه بیش فعالی	۰/۶۰	۰/۷۸	۰/۶۶
اختلال کاستی‌توجه بیش‌فعالی، نوع غالب کاستی توجه	۰/۵۳	۰/۶۷	۰/۷۷
اختلال کاستی توجه بیش فعالی، نوع غالب بیش‌فعالی	۰/۶۹	۰/۸۲	۰/۷۲
اختلال بیش فعالی تنها	۰/۷۰	—	—
اختلال لجبازی – نافرمانی	۰/۶۲	۰/۷۵	۰/۷۰
اختلال سلوک	۰/۷۶	۰/۶۷	۰/۶۴
اختلال اضطراب فراگیر	۰/۶۲	۰/۶۵	۰/۶۲
اختلال افسردگی اساسی	۰/۵۶	۰/۵۶	۰/۴۳
اختلال افسرده خویی	۰/۵۲	۰/۵۴	۰/۴۱
اختلال هراس اجتماعی	۰/۲۹	۰/۶۵	۰/۶۲
اختلال اضطراب جدایی	۰/۶۸	۰/۷۲	۰/۵۰

لازم به یادآوری است که به علت عدم دستیابی به معلمان امکان اجرای مجدد فرم معلم CSI-4 فراهم نشد و به همین دلیل اعتبار بازآزمایی آن نیز محاسبه نشده است. در کل نتایج نشان می‌دهد که فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4 برای کودکان تهرانی این پرسشنامه از اعتبار و نقاط برش مناسبی برای شناسایی و غربال کودکان مشکل دار از کودکان عادی برخوردار است.

۲- اظهار نظرها وداوری‌های مثبت متخصصان (روان‌پزشکان) در مورد همگونی و تناسب محتوای CSI-4 با حیطهٔ مورد سنجش آن، روایی[۳۱] پرسشنامه را به عنوان یک ابزارشناسایی‌و غربال‌کنندهٔ اختلال‌های‌رفتاری‌و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد.

۳- حساسیت[۳۲]، ویژگی[۳۳] و نقطهٔ برش[۳۴] اختلال‌های موجود در پرسشنامهٔ CSI-4 نیز محاسبه شد. منظور از نقطهٔ برش نمره‌ای در آزمون است که موارد مشکوک به

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

بیماری را از موارد سالم تمیز می‌دهد، و منظور از حساسیت، توانایی آزمون در شناسایی درست همه افرادی است که بیمار هستند، یعنی مثبت واقعی، و ویژگی آزمون عبارت است از توانایی آزمون در شناسایی درست همه افرادی که بیماری ندارند، یعنی منفی واقعی(هولی و کومینگنز، ترجمهٔ جانقربانی و همکاران ،۱۳۷۳).

نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطهٔ برش اختلال‌های موجود در پرسشنامهٔ CSI-4 نشان داد که فرم والد پرسشنامهٔ مذکور در هر یک از اختلال‌ها از نقاط برش مناسب با حساسیت و ویژگی بالا جهت شناسایی و غربال کودکان واجد این اختلال‌ها از کودکان سالم برخوردار است. این در حالی است که با بکارگیری فرم معلم این پرسشنامه با وجود انتخاب بهترین نقطهٔ برش برای هر یک از اختلال‌های موجود در آن، حساسیت و ویژگی همهٔ اختلال‌های آن به استثنای اختلال تیک پایین‌تر از فرم والدین است. اگر چه نقاط برش مختلف و حساسیت و ویژگی هر یک از اختلال‌ها محاسبه شده است اما به دلیل رعایت اختصار، نقاط برش بهینه یعنی نقاط برشی که دارای بهترین حساسیت و ویژگی است، در جدول ۲ آمده است.

جدول۲ - نقاط برش بهینه ، حساسیت و ویژگی فرم والد برای برخی از اختلال‌ها

اختلال‌ها	نقطهٔ‌برش‌بهینه	حساسیت	ویژگی
۱-اختلال کاستی توجه- بیش فعالی	۹	۹۱	۹۷
۲-اختلال کاستی توجه -بیش فعالی نوع بی‌توجهی غالب	۹	۸۸	۹۷
۳-اختلال کاستی توجه -بیش فعالی نوع تکانش‌گری غالب	۸	۸۸	۹۷
۴-اختلال بیش فعالی- تکانش‌گری	۶	۸۰	۹۸
۵-اختلال کمبود توجه	۴	۷۷	۹۳
۶-اختلال لجبازی و نافرمانی	۵	۹۴	۹۸
۷- اختلال سلوک	۵	۸۴	۹۹
۸-اختلال اضطراب فراگیر	۳	۷۶	۹۲
۹-افسردگی اساسی (MDD)	۳	۷۱	۸۸
۱۰- افسرده خویی	۳	۷۰	۹۱
۱۱- اتیسم	۴	۷۵	۹۹
۱۲- هراس اجتماعی	۲	۸۴	۸۴
۱۳- اضطراب جدایی	۴	۸۱	۹۶

همان طور که مشاهده می‌شود اختلال‌های فوق با وجود نقاط برش مختلف از حساسیت و ویژگی مناسبی برخوردارند. به طوری که در اکثر اختلال‌ها ویژگی‌ها بالاتر از ۹۰٪ و حساسیت‌ها بالای ۸۰٪ است.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

جدول۳- نقاط برش بهینه، حساسیت و ویژگی فرم معلم برای برخی از اختلال‌ها

اختلال‌ها	نقطهٔ برش بهینه	حساسیت	ویژگی
۱-اختلال کاستی توجه- بیش فعالی	۸	۶۰	۸۷
۲-اختلال کاستی توجه – بیش فعالی نوع بی‌توجهی غالب	۸	۶۲	۹۴
۳-اختلال کاستی توجه – بیش فعالی نوع تکانشگری غالب	۸	۶۵	۹۲
۴-اختلال بیش فعالی- تکانشگری	۶	۳۰	۹۲
۵-اختلال کمبود توجه	۴	۵۵	۷۸
۶-اختلال لجبازی و نافرمانی	۳	۴۴	۸۸
۷- اختلال سلوک	۳	۵۳	۹۷
۸-اختلال اضطراب فراگیر	۲	۵۳	۸۰
۹-افسردگی اساسی MDD	۲	۶۵	۷۹
۱۰- افسرده خویی	۳	۵۰	۹۲
۱۱- اتیسم	—	—	—
۱۲- هراس اجتماعی	۲	۳۶	۸۴
۱۳- اضطراب جدایی	—	—	—

همان طور که مشاهده می‌شود فرم معلم پرسشنامهٔ CSI-4 دارای ویژگی و حساسیت مناسبی برای شناسایی و غربال کودکان واجد این اختلال‌ها از کودکان سالم است. اما حساسیت و ویژگی همهٔ اختلال‌ها به استثنای اختلال تیک پایین‌تر از فرم معلم است.

علاوه بر اختلال‌های فوق، اختلال‌های هراس، وسواس فکری وعملی، و اختلال تیک حرکتی و کلامی هر کدام با یک نشانه در پرسشنامه مشخص شده‌اند. با در نظر گرفتن نمرهٔ ۱ برای هر یک از این اختلال‌ها، به عنوان بهترین نمره برای اختلال‌های تک نشانه‌ای CSI-4 ، حساسیت و ویژگی آن‌ها با توجه به موارد تشخیص مشترک بین روان‌پزشک و والداز یک سو و روان‌پزشک و معلم از سوی دیگر در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- حساسیت و ویژگی اختلال‌های هراس خاص، وسواس فکری وعملی، و اختلال تیک با توجه به موارد تشخیص مشترک بین روانپزشک ، والد و معلم

	والد		معلم	
اختلالها	حساسیت	ویژگی	حساسیت	ویژگی
هراس خاص	۰/۵۱	۰/۸۹	۰/۴۵	۰/۹۵
وسواس‌فکری وعملی	۰/۷۲	۰/۹۶	۰/۳۸	۰/۹۷
تیک	۰/۵۱	۰/۹۷	۰/۸۰	۰/۹۷

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی هدف پژوهش حاضر بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقطهٔ برش اختلال‌های پرسشنامهٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4) در بین دانش‌آموزان ۱۴-۶ سالهٔ عادی و دارای اختلال در مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران بود و نتایج حاکی از آن بود که ضرایب اعتبار فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4، به روش اجرای مجدد تست با فاصلهٔ زمانی دو هفته برای همه اختلال‌ها به استثنای اختلال هراس اجتماعی، در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بودند. در کل، نتایج نشان داد که فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4 از اعتبار و پایایی نسبتاً مناسبی برای کودکان تهرانی برخوردار است.

اظهار نظرها و داوری‌های مثبت متخصصان (روان‌پزشکان) در مورد همگونی و تناسب محتوای پرسشنامهٔ CSI-4 با حیطه مورد سنجش آن، روایی پرسشنامه را به عنوان یک ابزار شناسایی و غربال کنندهٔ اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان مورد تأیید قرار داد. این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده توسط توکلی‌زاده (۱۳۷۵) و گادو و اسپرافکین(۱۹۹۴) در زمینهٔ روایی پرسشنامهٔ CSI-4 و هماهنگی آن با ملاک‌های تشخیصی مطرح شده در DSM-IV مطابقت دارد.

نتایج حاصل از محاسبه حساسیت، ویژگی و نقطهٔ برش اختلال‌های موجود در پرسشنامهٔ CSI-4 نشان می‌دهد که فرم والد پرسشنامهٔ مذکور در هر یک از اختلال‌های کاستی توجه – بیش فعالی (AD/HD) نوع بی‌توجهی غالب(ADD)، نوع بیش فعالی تکانش‌گری غالب (HD) ، بیش فعالی – تکانش‌گری تنها (HD)، لجبازی-نافرمانی (ODD)، سلوک (CD)، اضطراب فراگیر (GAD)، افسردگی اساسی (MDD)، افسرده خویی(Dysthymic)،اتیسم(Autism)، هراس‌اجتماعی (SP)، اضطراب جدایی (SAD) و اختلال‌های تک نشانه‌ای همچون هراس خاص، وسواس فکری و عملی، و تیک حرکتی و کلامی از نقاط برش مناسب با حساسیت و ویژگی بالا برای شناسایی و غربال نمودن کودکان واجد این اختلالها از کودکان سالم برخوردار است. این در حالی است که فرم معلم این پرسشنامه، با وجود انتخاب بهترین نقطهٔ برش برای هر یک از اختلال‌های موجود در آن، حساسیت و ویژگی همه اختلال‌های آن به استثنای اختلال تیک، پایین‌تر از فرم والدین است. چنین نتایج مشابهی در مطالعات دیگر نیز ارائه شده است. در مطالعات انجام شده توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) که به منظور بررسی

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

نقطهٔ برش و حساسیت و ویژگی فرم استونی بروک (SBC,CSI-3) انجام گرفت، حساسیت و ویژگی فرم والدین برای هر یک از اختلال‌های لجبازی- نافرمانی، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه- بیش فعالی بالاتر از فرم معلم گزارش شده است. توکلی‌زاده (۱۳۷۵) نیز در مطالعه خود که با هدف تعیین میزان شیوع اختلال‌های رفتار ایذایی، اختلال لجبازی- نافرمانی و اختلال سلوک وکاستی توجه روی دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد انجام گرفت، حساسیت و ویژگی اختلال‌های مذکور را در فرم والد بالاتر از فرم معلم گزارش نمود. این یافته‌ها به همراه نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که توانایی غربالگری فرم والدین برای آن دسته از اختلال‌های مذکور که نقاط برش آن‌ها محاسبه شده بالاتر از فرم معلم است و استفاده از آن برای تفکیک کودکان مشکل‌دار از کودکان عادی مطمئن‌تر است. اما در سایر اختلال‌ها همچون اختلال ترس پس ازسانحه، اختلال اسکیزوفرنی و اختلال آسپرگر به دلیل عدم دستیابی به حجم نمونه تشخیصی کافی، از محاسبه نقاط برش آن‌ها خودداری شده است و امکان چنین نتیجه‌گیری وجود ندارد. بنابراین استفاده از پرسشنامهٔ CSI-4 به منظور شناسایی و غربال کردن کودکانی که نشانه‌های ۳ اختلال مذکور را دارا باشند، امری نامحتمل است.

در کل، یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که فرم والد پرسشنامهٔ CSI-4 در مقایسه با فرم معلم این پرسشنامه از نقاط برش مناسب‌تری برای شناسایی و غربال کردن کودکان مشکل‌دار از کودکان عادی برخوردار است.

گرچه والدین نیز آگاهی کافی در زمینهٔ اختلالات رفتاری رایج کودکان ندارند، اما نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که توجه و دقت والدین در مورد نشانه‌های رفتاری یا تغییرات رفتاری فرزندانشان بالاتر از معلمان است و هماهنگی بیشتری نیز با نظر روان‌پزشکان دارد. همین مسأله نیز موجب بروز تفاوت در مورد نتایج به دست آمده از محاسبهٔ نقاط برش، حساسیت و ویژگی برای اختلال‌های CSI-4 به منظور سنجش و غربال کردن اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان در محیط‌های آموزشی و بالینی شده است و این گوناگونی در مورد اکثر اختلال‌ها صادق است. بدین معنا که معلمان در مورد اختلال‌های ارائه شده در CSI-4 به استثنای اختلال‌های کاستی توجه- بیش فعالی (ADHD)، سلوک (CD) و لجبازی ـ نافرمانی (ODD) که نمود خارجی رفتار

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

در آن‌ها حداکثر است، در سایر موارد به نشانه‌های مرضی موجود در رفتار کودکان به عنوان یک مشکل رفتاری یا یک وضعیت بحرانی توجه ننموده و به دلیل دقت و آگاهی کم در این زمینه وضعیت موجود کودک را امری عادی تلقی نموده‌اند. به همین دلیل مجموعه نشانه‌هایی که اغلب از طرف والدین و روان‌پزشکان به عنوان نشانه‌های مرضی یک اختلال مد نظر قرار گرفته، از طرف معلمان بی‌اهمیت تلقی شده و شدت و فراوانی بروز این نشانه‌ها نیز از طرف آنان اندک گزارش شده است.

از آنجا که این پرسشنامه گستره‌ای از اختلال‌های رفتاری و هیجانی را تحت پوشش قرار می‌دهد، لذا این امکان را برای روان‌شناسان و کارشناسان بهداشت روانی مستقر در مراکز آموزشی فراهم می‌سازد تا با استفاده از پرسشنامهٔ مذکور و دستیابی به منابع اطلاعاتی همچون والدین و معلمان، وضعیت دانش‌آموز را مورد بررسی قرار دهند و پس از آگاهی از مطابقت حالات وی با مجموعه‌ای از نشانه‌های مرضی یک یا چند اختلال، به نحوی که نمرهٔ دانش‌آموز در هر یک از فرم‌های والد یا معلم (به ویژه والد) به حد نمرهٔ برش یا بالاتر از آن رسیده باشد، به ارجاع وی به مراکز مربوطه برای برخورداری از مصاحبه‌های ساخت‌دار تشخیصی و ارزیابی‌های دقیق روان‌پزشکی اقدام کنند و پس از آن برنامه‌های درمانی‌لازم را به منظور بهبود و تغییر وضعیت دانش‌آموز را تنظیم و اجرا نمایند.

❋❋❋❋

یادداشت‌ها

1) maladaptive
2) vulnerability
3) statistical infrequency
4) violation of norms
5) personal distress
6) dysfunction
7) impairment in functioning
8)diagnostic and statistical manual of mental disorders
9) children symptom inventory-4
10) Stony Brook checklist
11) Adam
12) Dykman
13) Achenbach Child Behavior Checklists
14) multiple regression
15) Spina bifida
16) Attention Deficit Hyperactivity Disorder
17) oppositional defiant disorder
18) conduct disorder
19) generalized anxiety disorder
20) specific phobia
21)obsessive–compulsive disorder
22) motor and vocal tics
23) schizophrenia
24) major depressive disorder
25) dysthymic disorder
26) autistic disorder
27) asperger
28) social phobia
29) seperation anxiety disorder
30) reliability

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]

31) validity
32) sensitivity
33)specificity
34) cut -off point

منابع

توکلی زاده، جهانشیر (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتار ایذایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد. پایان نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

شاملو، سعید (۱۳۷۵). *آسیب‌شناسی روانی*، چاپ ششم. تهران: انتشارات رشد.

کاستلو، تیمونی و کاستلو، جوزف (بی‌تا). *روان‌شناسی نابهنجاری*. (ترجمهٔ نصرت‌اله پورافکاری،۱۳۷۳). چاپ اول، تهران: انتشارات آزاده.

نلسون، ریتا ویکس، ایزرائل، الن سی (بی تا). *اختلال‌های رفتاری کودکان*. (ترجمهٔ تقی منشی طوسی، ۱۳۷۲). چاپ چهارم، مشهد: موسسهٔ چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.

هولی، استفن بی، کومینگنز، استیون آر (۱۳۷۳). *طراحی پژوهش بالینی*.ترجمهٔ محسن جانقربانی، علی صادقی، حسن‌آبادی، چاپ اول. تهران: مؤسسه انتشارات جهاد دانشگاهی.

Ammerman , R.T. , Slomka , G. , Reigel, D. H. , Zapadka , M. E. & Kane , V.(1997). Neurocognitive and neurosurgical correlates of psychiatric symptomatology in spina bifida. in: *Scientific Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,13,12.

Gadow, K.D., Sprafkin, J. (1994). *Child symptom inventories manual*. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus.

Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1997). Quick guide to using the yoth's inventory- 4 Screeing Kit. Stony Brook, Ny: Checkmate Plus.

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, 64-673.

[Downloaded from joec.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1381.2.3.2.1]