

# بررسی اعتبار، روایی و هنجار طی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۵/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۶/۳۰

دکتر ولی الله فوزاد\*

سوزان امامی پور\*\*

فرشته وکیل قاهانی\*\*\*

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف اعتبار، روایی و هنجار یابی پرسشنامه علائم مرضی کودکان بر روی کودکان کار در شهر کرج اجرا شده است به همین منظور ۳۰۰ نفر (۱۳۲ دختر ۱۶۸ پسر) کودکان خیابانی که در سال ۸۹-۱۳۸۸ مشغول به تحصیل در مرکز نگهداری کودکان کار و خیابان واقع در شهر کرج بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه علائم مرضی کودکان که شامل دو فرم والد و معلم می باشد و همچنین پرسشنامه افسردگی ماریا کوکس بر روی آزمودنی ها اجرا گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت یافته ها نشان می دهند که مقدار ضریب روایی همگرای خرده مقیاس افسردگی فرم والد آزمون با آزمون افسردگی ماریا کوکس ۰/۳۰ و مقدار ضریب روایی همگرای خرده مقیاس افسردگی فرم معلم آزمون با آزمون افسردگی ماریا کوکس ۰/۴۰ است که نشان می دهد مقیاس علائم مرضی کودکان از روایی قابل قبولی برخوردار است چرخش عامل ها به شیوه واریانس کل پرسشنامه را تبیین می کند. مقدار ضریب معلم پرسشنامه ۷ عامل (بیش فعالی-تکانشی و لجبازی-نافرمانی، سلوک، اضطراب فراگیر، بی توجهی، افسردگی، اسکیزوفرنی، اتیسم) اشباع شده است که رویهم ۵۳/۱۱ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین می کند. مقدار ضریب اعتبار به روش همبستگی درونی برای فرم والد ۰/۹۴ و برای فرم معلم ۰/۹۶ است. همچنین همبستگی های متقابل خرده مقیاس های دو فرم والد و معلم معنادار هستند

واژه های کلیدی: اعتبار، روایی، اختلالات رفتاری، کودکان کار و خیابان، پرسشنامه علائم مرضی کودکان.

[vFarzad@yahoo.com](mailto:vFarzad@yahoo.com)

\*استادیار گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی

Email:

Emamipur sd@yahoo. Com

\*\* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

Email:

\*\*\*دانشجوی کارشناسی ارشد رشته سنجش و اندازه گیری واحد تهران مرکزی

fr\_vakili@yahoo.com

اکثر اختلالات عاطفی - رفتاری به سبب وضعیت نامتعادل و متحول زندگی خانوادگی و اجتماعی گریبانگیر گروه‌های وسیعی از کودکان شده است. نابسامانی های خانوادگی و کمبودهای آموزشی و پرورشی و بهداشتی ، جابجا شدن گروه‌های اجتماعی و فشارهای ناشی از آن، رشد نامعقول جمعیت، مهاجرت های بی رویه و آوارگی ، فقر و اعتیاد گسترده، دل آزرده‌گی و افسردگی و پرخاشجویی و شکوه گریه‌های حاصل از غیبت یا فقدان سرپرست در بسیاری از خانواده ها و همچنین ناآگاهی های دیر پای اولیای کودکان برای مقابله عملی عاقلانه با فشاره ایی که زندگی جدید و ناآشنا و پیچیده کنونی بطور مستقیم و غیر مستقیم بر روان های حساس و پذیرای خردسالان وارد می‌آورد و بسیاری عوامل مهم دیگر سبب شده است که اختلالات عاطفی و رفتاری کودکان وسعت بی سابقه ای بیابد. شناخت دقیق و علمی مشکلات رفتاری کودکان اولین گام در جهت پیشگیری و درمان آنان می باشد . (کلانتری، ۱۳۷۳). وجود آسیب ها و مشکلات اجتماعی در هر جامعه ای، کودکان را بیشتر از گروه‌های دیگر در معرض خطر قرار می دهد. و به رشد و سلامت آنها آسیب می رساند . تعداد قابل توجهی از کودکان متعلق به خانواده هایی هستند که بهنحوی از نابسامانیهای اجتماعی، اختلالات جسمانی و روانی رنج می برند و بخاطر اختلالات خلقی نیازمند دریافت خدمات تخصصی روان پزشکی و روان شناسی بالینی هستند ( توکلی زاده ، ۱۳۷۵). کودکان به دلایل مختلف ( اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... ) با آسیب ها و مشکلات متع ددی روبرو هستند . پدیده کودکان خیابانی از آسیب های عصر حاضر است این کودکان که با توجه به شرایط خاص زندگی خویش مجبورند بیشترین ساعات روزانه خویش را در خیابان بسر ببرند، تحت تاثیر فشارهای فراوان قرار داشته و از ابراز نقش مناسب سن خویش محروم می باشند. بنابراین در زمره آسیب پذیرترین اقشار جامعه قرار دارند ( شریفی، ۱۳۸۳). و پرداختن به آن ها، جلوگیری از شروع آسیب های اجتماعی است در دهه اخیر در کشور ما نیز روز به روز شاهد افزایش تعداد این کودکان می باشیم، بررسی اختلالات روانی این کودکان می تواند گامی در جهت اصلاح هر چه بهتر این معضل اجتماعی باشد ( مهدیزادگان، ۱۳۸۱). بر اساس آمارهای موجود در حال حاضر صد میلیون کودک خیابانی در جهان وجود دارد. در کشور ما نیز تعداد این کودکان یک میلیون و دویست هزار و در سطح تهران ۳۵ هزار کودک اعلام شده است ( یونیسف ، ۲۰۰۳). کودکان خیابانی بخشی از جامعه هستند که صرفنظر از محرومیت ها و نقایصی که این کودکان دارا می باشند، تاثیرات عمیق و مخربی که رفتار آنها بر جامعه و زندگی دارد، ضرورت توجه و شناخت آن ها را بیش از پیش آشکار می سازد ( مهدیزادگان، ۱۳۸۱). با گسترش شهرنشینی، فقر و سایر مشکلات اجتماعی، مشکل کودکان خیابانی نیز در حال گسترش است ( وود<sup>۲</sup> و همکاران ، ۱۹۹۰). بیشتر یافته های محققان حکایت از آن دارد که میزان بروز و شیوع اختلالات رفتاری در کودکان خیابانی بالاتر از کودکان عادی می‌باشد (مستن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۰)(به نقل از مقصودی، ۱۳۸۲). در مجموع چندین مطالعه نشان داده اند که عمده ترین مشکلات روانشناختی مشخص شده در میان کودکان خیابانی شامل افسردگی ، اضطراب و مشکلات رفتاری است (باسوک<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۰). براساس پژوهشهای انجام شده در مورد وضعیت این کودکان در کشور ما، آنها از حقوق اولیه خود مثل آموزش، بهداشت، تغذیه مناسب و... محرومند و در همه زمینه های رشد جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی با مشکلات فراوانی مواجه هستند و از نارساییهای زیادی رنج می برند )

<sup>۲</sup>. Wood

<sup>۳</sup>. Masten

<sup>۴</sup>. Bassuck

خسروپور، ۱۳۸۱، فرابخش کولایی، ۱۳۸۲، احمدخانیها، ۱۳۸۱، شریفی، ۱۳۸۳). آثار زیانبار این آسیب ها تنها به دوران کودکی منحصر نمی شود و تا بزرگسالی نیز ادامه می یابد و جامعه را از وجود انسان های کار آمد و شایسته محروم می سازد. اما از طرفی ارزیابی و سنجش اختلال های رفتاری این کودکان توسط متخصصان مستلزم استفاده از مقیاسی است که ضمن برخورداری از ویژگی های روان سنجی دقیق، متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی آن ها باشد و اطلاعات مناسبی را برای روان شناسان و متخصصان بالینی فراهم سازد. یکی از پرسشنامه هایی که در زمینه اختلالات رفتاری کودکان توسط گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۴) ساخته شده و در ایران بر روی کودکان کار و خیابان سابقه اجرا ندارد، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI - 4) است که دارای دو فرم والد و معلم است که بر اساس DSM-IV تنظیم شده و یک وسیله سرند کننده است که توسط معلم و والدین کودکان تکمیل می گردد و کودکان را از لحاظ اختلالات مختلف رفتاری ارزیابی می کند.

- در مطالعه ای که توسط گادو و اسپیرافکین (۱۹۹۷) بر روی این پرسشنامه انجام گرفت، اعتبار باز آزمایی پرسشنامه نشانه های مرضی کودک CSI - 4 مورد بررسی قرار گرفت درجه بندیها به طور متوسط با فاصله زمانی ۶ هفته انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده ها و همبستگی های بدست آمده از دوبار اجرای این پرسشنامه نشان داد که اعتبار باز آزمایی برای همه طبقه های CSI - 4 در سطح  $p < 0.0001$  معنا دار بود. در پژوهشی که توسط گادو، اسپیرافکین و همکاران (۲۰۰۲) انجام شد، اعتبار و روایی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI\_4) بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که اعتبار همسانی درونی رضایتبخش، اعتبار بازآزمایی و همچنین ثبات در طول دوره ۴ ساله، وجود داشته است. مقیاس CSI\_4 با چک لیست رفتاری کودک (CBCL) و مصاحبه تشخیصی کودکان دارای روائی همگرا بود. همچنین مقیاس CSI\_4 با فرم اصلاحی والدین (DICA-P) دارای روائی واگر ا بود. مطالعه ای توسط گادو و دوین سنت<sup>۵</sup> (۲۰۰۹) برای مقایسه سه سندرم مجزا بر اساس مقیاس CSI\_4 انجام شد. محاسبه نقطه برش برای تمایز کودکان با اختلال طیف اتیسم (ASD) از کودکان با اختلال بیش فعالی - کمبود توجه (ADHD)، حساسیت، ویژگی، قدرت پیش بینی مثبت بر روی نمودار و از خوب تا عالی نشان داده شدند. همچنین نقطه برش فرم والدین به فرم معلم برتری داشت. در مطالعه توکلی زاده (۱۳۷۵)، پایایی چک لیست والدین و معلمان از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ تعیین گردیده است. در پژوهشی توسط ابراهیمی (۱۳۷۷)، بعد از تایید اعتبار صوری پرسشنامه، نمرات پایایی چک لیست والدین و معلمان نیز از طریق بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ بود.

با توجه به اینکه سنجش اختلالهای روانی یک مولفه مهم در ارزیابی و درک بهداشت روانی و سلامت کودکان محسوب می شود، مقصود از این مطالعه آن است که آیا پرسشنامه علائم مرضی کودکان از اعتبار و روایی کافی برای اندازه گیری و ارزیابی علائم مرضی کودکان خیابانی برخوردار است؟ پرسشنامه علائم مرضی کودکان از چند عامل اشباع شده است؟ آیا می توان از این پرسشنامه به عنوان ابزاری جهت شناسایی و غربال کودکان و نوجوانان خیابانی دارای اختلالهای رفتاری و هیجانی استفاده نمود؟

## روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۵ - ۷ ساله شهر کرج در سال تحصیلی ۸۹ - ۱۳۸۸ تحت حمایت انجمنهای مختلف کودکان کار و خیابان می باشند و تعداد آنها برطبق آمار ۱۵۰۰ نفر گزارش شده است. برآورد حجم نمونه و نمونه گیری به صورت در دسترس می باشد. بدین صورت که از بین پنج مرکز نگهداری

<sup>۵</sup>. Devinent

کودکان کار و خیابان واقع در شهر تهران و کرج، یکی از مراکز انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفت. این مرکز در کرج بوده و خود، شامل سه مجموعه در سه نقطه مختلف کرج، در نزدیکی محل سکونت کودکان کار، واقع شده‌اند. حجم نمونه شامل کلیه کودکان و نوجوانان شاغل به تحصیل در سه موسسه می باشد که شامل ۳۰۰ نفر بوده و در این پژوهش شرکت داده شدند. در مطالعه حاضر به منظور دستیابی به هدف پژوهش از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه بندی DSM-III با نام SLUG به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ سال طراحی شد. و در نهایت در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. CSI-4 همانند فرم های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سوال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده و فرم معلم دارای ۸۷ سوال است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در بر می گیرد. پرسشنامه علائم مرضی کودک دارای ویژگیهای همچون سادگی اجرا و سهولت فهم است. سوالهای آن به گونه ای ساده برای والدین و معلمان قابل فهم شده و اصطلاحات ساده تر جایگزین واژه های فنی روانپزشکی شده است. علاوه بر این، گروه بندی سوالها بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV، انجام یک مصاحبه منظم و کلی را تسهیل نموده و به کاهش خطا در تشخیص نوع اختلال کمک می کند.

برای تعیین روایی محتوایی از پرسشنامه افسردگی ماریاکواکس استفاده شد. این آزمون جهت تضمین میزان افسردگی کودکان ساخته شده است. آزمون شامل ۲۷ سوال بوده و هر سوال دارای سه جمله است که آزمودنی با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته، یکی از جملات را انتخاب و ضربدر می زند. در تجزیه و تحلیل داده های پژوهشی به طور کلی از روش های آمار توصیفی، آمار استنباطی و روش های متعارف برای استاندارد کردن آزمون ها در روانسنجی استفاده شده است.

#### یافته ها

در سوال اول پژوهش، اعتبار آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای پاسخگویی به این سوال، از روش آلفای کرونباخ که یکی از روش های همسانی درونی است، استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس CSI-4 در جدول زیر آمده است. لازم به ذکر است که تعداد ۱۰ سوال به دلیل همبستگی پایین با سایر سوالات، از فرم معلم حذف شدند. و تعداد سوالات از ۸۷ به ۷۷ سوال کاهش یافت. همچنین تعداد ۳۰ سوال از فرم والد حذف شدند.

جدول ۱. محاسبه ضریب آلفا کرونباخ مقیاس ۴-CSI (فرم معلم) و خرده مقیاس های آن

مقیاس	ضریب آلفا کرونباخ
CSI-4	۰/۹۶
بیش فعالی-تکانشی و لجبازی-نافرمانی	۰/۹۵
سلوک	۰/۹۱
اضطراب فراگیر	۰/۸۵
بی توجهی	۰/۹۳
افسردگی	۰/۷۴
اسکیزوفرنی	۰/۸۳
اتیسم	۰/۷۵
ضریب آلفا کرونباخ فرم معلم = ۰/۹۶۴	N=300
	تعداد سوالات = ۷۷

جدول ۲. محاسبه ضریب آلفا کرونباخ مقیاس ۴-CSI (فرم والد) و خرده مقیاس های آن

مقیاس	ضریب آلفا کرونباخ
CSI-4	۰/۹۴
بیش فعالی-تکانشی و لجبازی-نافرمانی	۰/۹۰
سلوک	۰/۸۴
اضطراب فراگیر	۰/۷۸
بی توجهی	۰/۸۸
افسردگی	۰/۷۱
اسکیزوفرنی	۰/۷۹
اتیسم	۰/۷۱
ضریب آلفا کرونباخ فرم والد = ۰/۹۴۳	N=300
	تعداد سوالات = ۶۶

در سوال دوم پژوهش، روایی محتوایی آزمون مورد بررسی قرار گرفت که برای برآورد آن ، از پرسشنامه افسردگی ماریا کواکس استفاده شد. بدین ترتیب علاوه بر پرسشنامه علائم مرضی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس نیز بر روی ۵۰ نفر از آزمودنی ها اجرا شد. ضرایب همبستگی بدین قرار است: ضریب همبستگی بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) و مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس ۰/۴۵ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰ معنادار است و همچنین ضریب همبستگی بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه علائم مرضی کودکان ( فرم والد ) و مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس ۰/۳۰ بدست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین پرسشنامه علائم مرضی کودکان از روایی محتوایی کافی برخوردار است.

در سوال سوم پژوهش، روایی سازه آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای پاسخگویی به این سوال ، از روش تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مولفه های اصلی با چرخش واریماکس استفاده شده است. لازم به ذکر است که به دلیل پایین بودن سطح فرهنگی و اجتماعی والدین کودکان کار و خیابان ، فرم والد پرسشنامه تحلیل عاملی نشد و نتایج تحلیل عاملی مربوط به فرم معلم این آزمون است.

مقدار شاخص کفایت نمونه برداری فرم معلم، ۰/۹۱۶ می باشد. همچنین معنادار بودن مشخصه کرویت بارتلت، حاکی از وجود شرایط مناسب جهت اجرای تحلیل عاملی بود.

جدول ۳. اندازه KMO و آزمون کرویت بارتلت آزمون CSI-4 (فرم معلم)

آزمون KMO (مقیاس کفایت نمونه برداری)	۰/۹۱۶
تخمین خی دو	۱۷۰۳۴/۴۴۴
درجه آزادی	۲۹۲۶
سطح معناداری	۰/۰۰۰۱

پس از حذف سوالاتی که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۵ بود، بر اساس تحلیل مولفه های اصلی و چرخش واریماکس (PC)، ۶۴ ماده از مقیاس علائم مرضی کودکان در ۷ عامل با ارزش ویژه بیش از یک جایابی شدت‌نابین ۷ عامل قبل و بعد از چرخش روی هم ۵۳/۱۰۵ در صد کل واریانس مقیاس علائم مرضی کودکان (CSI-4) را تبیین می کنند

جدول ۴. ماتریس عاملی پس از چرخش به شیوه واریماکس (فرم معلم)

شماره سوالات	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷
۱۰	۰/۷۱۷						
۱۱	۰/۷۶۰						
۱۲	۰/۷۴۰						
۱۳	۰/۷۳۷						
۱۴	۰/۷۸۴						
۱۵	۰/۷۵۳						
۱۶	۰/۷۱۶						
۱۷	۰/۷۰۴						
۱۸	۰/۷۲۳						
۱۹	۰/۶۰۹						
۲۰	۰/۶۶۳						
۲۱	۰/۶۲۹						
۲۲	۰/۶۴۶						
۲۳	۰/۵۶۳						
۲۵	۰/۵۴۴						
۲۶	۰/۵۷۰						

شماره سوالات	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴	عامل ۵	عامل ۶	عامل ۷
۲۸		۰/۴۰۶					
۲۹		۰/۴۵۴					
۳۰		۰/۵۷۹					
۳۲		۰/۵۴۳					
۳۳		۰/۸۲۱					

۳۴	•/۷۲۷		
۳۵	•/۷۵۸		
۳۶	•/۷۰۶		
۳۷	•/۷۹۲		
۳۸	•/۶۴۷		
۳۹	•/۷۸۴		
۴۰	•/۷۱۷		
۴۳		•/۶۵۱	
۴۴		•/۶۰۶	
۴۵		•/۷۷۵	
۴۶		•/۶۷۴	
۴۸		•/۶۴۱	
۴۹		•/۴۰۷	
۵۰		•/۴۵۰	
۵۱		•/۶۰۰	
۱			•/۷۶۹
۲			•/۸۰۶
۳			•/۶۹۷
۴			•/۷۵۷
۵			•/۸۱۱
۶			•/۷۷۲
۷			•/۵۲۹
۸			•/۷۰۶
۹			•/۵۱۷
۶۰			•/۶۹۰
۶۲			•/۵۴۶
۶۳			•/۴۹۳
۶۴			•/۶۷۰
۶۶			•/۵۹۱
۶۹			•/۵۹۴
۷۱			•/۵۲۳
۵۵			•/۴۳۷
۵۶			•/۶۲۷
۵۷			•/۴۲۹
۵۸			•/۵۵۸

۵۹	۰/۵۴۱
۷۳	۰/۶۲۷
۷۴	۰/۶۹۵
۷۵	۰/۶۲۴
۷۶	۰/۶۸۷
۷۷	۰/۴۳۹
۷۸	۰/۵۷۵
۷۹	۰/۴۴۹

### نامگذاری عامل ها

۱ - عامل یکم با ۱۶ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " بیش فعالی - تکانشی و لجبازی - نافرمانی " نامگذاری شد.

۲ - عامل دوم با ۱۲ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " ساوک " نامگذاری شد.

۳ - عامل سوم با ۸ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " اضطراب فراگیر " نامگذاری شد.

۴ - عامل چهارم با ۹ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " بی توجهی " نامگذاری شد.

۵ - عامل پنجم با ۷ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " افسردگی " نامگذاری شد.

۶ - عامل ششم با ۵ سوال همبستگی قوی دارد که تحت عنوان " اسکیزوفرنی " نامگذاری شد.

۷ - عامل هفتم با ۷ سوال همبستگی قوی دارد که تحت عنوان " اتیسم " نامگذاری شد.

### بحث

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که ۱۰ سوال از فرم معلم آزمون به علت همبستگی ضعیف از لحاظ آماری از مجموعه سوالات حذف و در نتیجه تعداد ۷۷ سوال در محاسبات تحلیل آماری وارد شد. در مرحله بعد، برای به دست آوردن اعتبار آزمون، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفا فرم معلم ۰/۹۶ و ضریب آلفا فرم والد ۰/۹۴ بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ به دست آمد. این ضریب اعتبار نشان می دهد که می توان به نتایج و محاسبات بعدی اعتماد داشت. برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، از پرسشنامه افسردگی ماریا کواکس استفاده شد. ضریب همبستگی بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) و مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس ۰/۴۵ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰ معنادار است و همچنین ضریب همبستگی بین خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم والد) و مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس ۰/۳۰ بدست آمد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین پرسشنامه علائم مرضی کودکان از روایی محتوایی کافی برخوردار است. برای بررسی روایی سازه پرسشنامه و اینکه این پرسشنامه از چند عامل اشباع شده، از تحلیل عاملی استفاده شد. مقدار شاخص کفایت نمونه برداری فرم معلم ۰/۹۱۶، می باشد. همچنین معنادار بودن مشخصه کرویت بارتلت، حاکی از وجود شرایط مناسب جهت اجرای تحلیل عاملی بود. پس از حذف سوالاتی که بار عاملی آنها کمتر از ۰/۴ بود، بر اساس روش تحلیل مولفه های اصلی و چرخش به شیوه واریماکس با توجه به ماتریس عاملی، نمودار شیب دار و در صد واریانس تبیین شده از مجموعه ۶۴ سوال باقیمانده، تعداد ۷ عامل با ارزش ویژه بیش از یک استخراج شد. این ۷ عامل روی هم ۵۳/۱۰۵ در صد کل واریانس



فرم معلم مقیاس علائم مرضی کودکان (CSI-4) را تبیین می کنند که نشان می دهد این پرسشنامه از روایی کافی برخوردار است. عامل یکم با ۱۶ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " بیش فعالی - تکانشی و لجبازی - نافرمانی " نامگذاری شد. عامل دوم با ۱۲ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " سلوک " نامگذاری شد. عامل سوم با ۸ سوال همبستگی قوی دارد که تحت عنوان " اضطراب فراگیر " نامگذاری شد. عامل چهارم با ۹ سوال همبستگی قوی دارد که تحت عنوان " بی توجهی " نامگذاری شد. عامل پنجم با ۷ سوال همبستگی قوی دارد که تحت عنوان " افسردگی " نامگذاری شد. عامل ششم با ۵ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " اسکیزوفرنی " نامگذاری شد. عامل هفتم با ۷ سوال همبستگی قوی دارد و تحت عنوان " اتیسم " نامگذاری شد.

از محدودیت های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری مورد مطالعه به کودک ان خیابانی تحت حمایت انجمن های مختلف کودکان کار و خیابان است که به موجب آن، مقیاس CSI-4 به این کودکان قابل تعمیم می باشد. محدودیت بعدی فقدان پژوهش های انجام شده کافی در خصوص روایی سازه و اعتبار (همسانی درونی) آزمون CSI-4 در داخل و خارج از کشور است. از دیگر محدودیت های این پژوهش، محدودیتی است که شامل همه پرسشنامه ها می شود از جمله: تعدیل، تصدیق (آمایه)، آمایه مقبولیت اجتماعی. پیشنهاد می شود هنجاریابی مقیاس CSI-4 بر روی کودکان و نوجوانان مراکز اصلاح و تربیت و همچنین کودکان مستقر در مراکز بهزیستی هم انجام گیرد. همچنین روایی ملاکی با خرده آزمون های دیگر این پرسشنامه مثلا خرده مقیاس های اضطراب، بی توجهی و... برآورد شود. جامعه آماری به شهرهای بزرگ گسترش داده شود و مطالعات بیشتری در زمینه اختلالهای رفتاری و هیجانی کودکان خیابانی با استفاده از مقیاس CSI-4 بر روی نمونه های استخراج شده از این جامعه صورت گیرد.

## منابع

- ابراهیمی، ع، (۱۳۷۷)، بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر اسفراین، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران ، دانشکده انستیتو روان پزشکی تهران.
- احمد خانیها، ح ر و دیگران، (۱۳۸۱)، همه گیرشناسی افسردگی و سوء استفاده جنسی در کودکان خیابانی ، اندیشه و رفتار. دوره ۸ شماره ۱ (۲۹).
- توکی زاده، ج، (۱۳۷۵)، بررسی همه گیر شناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران ، دانشکده انستیتو روان پزشکی تهران.
- خسرو پور، ف، ساردوئی، غ، ر، ستایش، م (۱۳۸۱)، بررسی میزان شیوع اختلالات روانی کودکان خیابانی شهر تهران.
- شریفی، الف، (۱۳۸۳)، بررسی، تحلیل و مقایسه ویژگی های فردی، خانوادگی و اجتماعی کودکان خیابانی ، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مددکاری اجتماعی.
- فرابخش کولایی، الف، محمدی، م، (۱۳۸۲)، بررسی سلامت روانی کودکان خیابانی.
- کلانتری، م، (۱۳۷۳)، شناخت و درمان مشکلات رفتاری در کودکان، تهران، کنکاش.
- مقصودی، م، (۱۳۸۲)، مقایسه عزت نفس و اختلالات رفتاری کودکان عادی و خیابانی، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده انستیتو روان پزشکی تهران.
- مهدیزادگان، الف، (۱۳۸۱)، آسیب شناسی کودکان خیابانی در شهرهای بزرگ ایران.
- یونسف، (۲۰۰۳)، پیمان نامه جهانی حقوق کودک.

- **Bussuk, E.L; Rosenberg, L. (1990)**, psychosocial characteristics of homeless children & children with home. *Journal pediatrics*, 85(3): 257-267.

- **Gadow, K.D., sprafkin, J., & Pierre, C. (1997)**, A test-re test Reliability study of the child symptom Inventory-4: parent check list. Unpublished data. Perported in Gadow and sprafkin (1997), child symptom Inventory-4 norms manual. Stony-Brook, Ny. Check mate plus.

- **Sprafkin, J, Gadow, KD, salisburyH, Schneider. J, Long, J, (2002)**, further evidence of reliability and validity of the child symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. Department of psychiatry, state university of New York, NY 11794-879, USA. Ysprafkin @ notes.cc.sunysb.

- **Devincent CJ, Gadow KD (2009)**, Relative clinical utility of three child symptom inventory-4 scoring algorithms for differentiating children with autism spectrum disorder VS. attention – deficit hyperactivity disorder. Cody center for Autism and Developmental Disa, Department of pediatrics, Putnam Hall, south campus, stony Brook university, stony Brooke, New York 11794-8790, USA.

