Title: Inter-Parental Agreement and Discrepancy on ADHD Core Symptoms and Externalizing Problems Among School-Age Children with ADHD

Authors: Ghazaleh Zargarinejad¹, Saeed Ebadi Zare², Banafsheh Gharraee³,*; Asma Aghebatì², Hojjatollah Farahani⁴, Elham Shirazi ⁵

1. PhD Candidate in Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. PhD in Clinical Psychology, Assistant professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. PhD in Clinical Psychology, Associate professor, Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. PhD in Psychometrics, Assistant professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
5. Child and Adolescent psychiatrist, Associate professor, Department of Psychiatry, Spiritual Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Email: gharraee.b@iums.ac.ir

To appear in: Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology
Received date: 2020/06/18

Accepted date: 2020/10/4

First Online Published: 2021/03/10

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

Please cite this article as:

Zargarinejad Gh, Ebadi Zare S, Gharraee B, Aghebati A, Farahani H, Shirazi E. [Inter-Parental Agreement and Discrepancy on ADHD Core Symptoms and Externalizing problems Among School-Age Children with ADHD (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology Forthcoming 2021. Doi:http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1

Doi:http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1
عنوان: توافق و اختلاف والدین در مورد علایم هسته‌ای و مشکلات برونی سازی در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه

بیش فعالی

نویسندگان: غزاله زرگری نژاد، سعید عبادی زارع، بنفشه غرایی، اسما عاقبتی، حجت الله فراهانی، الهام شیرازی

1. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

2. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران).

3. دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران).

4. دکترای روانسنجی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

5. فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات سلامت معینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Email: gharraee.b@iums.ac.ir

نوع نشر: مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

تاریخ دریافت: 1399/3/29

تاریخ پذیرش: 1399/7/13
این نسخه «بدیهی‌ترین و پذیرش‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرآیند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است.

این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرآیند ویراستاری منتشر می‌شود. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران گزینه «بدیهی‌ترین و پذیرش‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان می‌دهد تا نتایج آنها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشند. پس از آنکه مقاله‌ای در فرآیند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «بدیهی‌ترین و پذیرش‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطه مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفاً این گونه استناد شود:

Zargarinejad Gh, Ebadi Zare S, Gharraee B, Aghebati A, Farahani H, Elham Sh. [Inter-Parental Agreement and Discrepancy on ADHD Core Symptoms and Externalizing problems Among School-Age Children with ADHD (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology Forthcoming 2021. Doi:http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1

Doi:http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1
Abstract

Objectives: Inter-parental correspondence and discrepancy of children's core symptoms and related externalizing problems in ADHD school-age children have clinical implications in the diagnosis of ADHD. This study aimed to examine mother–father agreement and discrepancy on ratings of hyperactivity/impulsivity, inattention, behavior problems, and emotion dysregulation in their offspring.

Methods: Parents separately assessed 51 ADHD children aged 6 to 10 years using the SNAP-IV rating scale, Eyberg Child Behavior Inventory, and Emotion Regulation Checklist.

Results: Parents had a moderate agreement on all scales/subscales except on emotion dysregulation which was in the range of fair agreement. Mothers rated higher than fathers in all areas except inattention. Mother's parenting stress and parental education level could predict parental discrepancy.

Conclusions: Mother–father discrepancy is clinically significant and clinicians should take it to account when interpreting results of rating scales in ADHD children. Multiple informants are suggested in using rating scales in ADHD assessment.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, Behavior rating scale, Problem behavior, Assessment
Extended abstract

Introduction

With a world prevalence of 7 percent in school years, ADHD is one of the most common child psychiatric disorders (1) and since it is of a negative correlation with children’s performance in school (2-4), diagnosing it during school years is of outmost importance.

One of the challenges in the diagnosis of ADHD is that the symptoms may not surface at the presence of the clinician (5), thus the reports on symptoms coming from informants are crucially important. Using rating scales is fundamental in evaluating ADHD (6), although implementing such scales in different types of child psychopathology may results in fair to average agreement (7) and informant discrepancy (8).

Getting to know the magnitude of parental agreement in a psychiatric population like children with ADHD, and whether or not their ratings of child’s symptoms have considerable discrepancy, has clinical implications because they would help the clinicians with interpretation of the results. They would also assist the clinicians to realize if one parent suffices as the informant or it is necessary to acquire multiple informants. Thus, the present study aims to investigate parental agreement in school-age children with ADHD on core symptoms and externalizing problems as well as parental discrepancies. The study also aims to investigate the parental variables as predictors of inter-parental rating discrepancies.
Methods

The study sample included 6 to 10 year-old children who referred to child and adolescent psychiatric clinics in Tehran, Iran and were diagnosed with ADHD (of any type) by child and adolescent psychiatrist. Of these children, 51 were selected through convenience sampling and entered the study. Inclusion criteria were being of 6 to 10 years of age, getting ADHD diagnosis based on K-SADS-PL and the child’s mother being graduated from high school. Exclusion criteria for the children was the comorbid Bipolar Spectrum Disorders, Autism Spectrum Disorders (ASD) or Mental Retardation.

Both Parents separately filled out SNAP-IV Rating Scale (9), Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (10) and Emotion Regulation Checklist (ERC) (11). Mothers filled out the short form of Parenting Stress Index (PSI-SF) (12) as well.

Results

As indicated in Table 1, Intraclass Correlation (ICC) Analysis shows fair to moderate agreement between parents (p< .01) (13).
Table 1. Parental agreement in each scale/ subscale based on ICC

| Scales/subscales | Intraclass Correlation | levels of agreement |
|------------------|------------------------|---------------------|
| **SNAP-IV**      |                        |                     |
| SNAP-IV-HY       | 0.64**                 | moderate            |
| SNAP-IV-IN       | 0.66**                 | moderate            |
| SNAP-IV-ADHD     | 0.63**                 | moderate            |
| **Eyberg Child Behavior Inventory** | | |
| ECBI- Intensity  | 0.73**                 | moderate            |
| **Emotion Regulation Checklist** | | |
| ERC-N/L          | 0.55*                  | Fair                |

SNAP-IV = Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale–Version 4, ECBI- Intensity = Intensity score of Eyberg Child Behavior Inventory, ERC-N/L= negativity/lability subscale of Emotion Regulation Checklist.* p < .05. **p < .01

The difference between the means of parental ratings determined by paired T-test indicated that mothers were mostly providing higher ratings compared to fathers (p < .05) (Table 2).
Table 2. Mean and Standard Deviation of Parental scaling

| Scales/subscales | Mothers M(SD) | Fathers M(SD) | t     | p     | ES |
|------------------|---------------|---------------|-------|-------|----|
| **SNAP-IV**      |               |               | 2.44  | 0.019 | 0.35 |
| SNAP-IV-HY       | 2.05 (0.69)   | 1.80 (0.72)   |       |       |    |
| SNAP-IV-IN       | 2.01 (0.79)   | 1.80 (0.84)   | 1.90  | 0.064 |    |
| SNAP-IV-ADHD     | 2.03 (0.64)   | 1.80 (0.72)   | 2.35  | 0.023 |    |
| **ECBI**         |               |               | 4.34  | 0.000 | 0.51 |
| ECBI-Intensity   | 150.65 (29.75)| 135.46 (29.42)|       |       |    |
| **ERC**          |               |               | 2.33  | 0.031 | 0.34 |
| ERC-L/N          | 38.10 (5.87)  | 36.27 (4.75)  |       |       |    |

SNAP-IV = Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale–Version 4, ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory, ECBI-Intensity = Intensity score of Eyberg Child Behavior Inventory, ERC = Emotion Regulation Checklist, ERC-N/L= negativity/lability subscale of Emotion Regulation Checklist, ES = Cohen’s d effect size.

* p < .05. **p < .01

Results of Regression analysis posited that mothers’ educational background positively correlated with parental discrepancies in all areas except for attention deficit. Mothers’ parenting stress was of a significant negative correlation with parental discrepancies regarding externalizing problems and fathers’ educational background showed a significant negative correlation when considering hyperactivity. These variables explain 24% of the variance in SNAP-HY and ECBI and 18% of the variance in SNAP-ADHD and ERC parental discrepancies.
Discussion

The present study illustrated how parents are of fair to moderate agreement in evaluating ADHD symptoms and the related problems, although they observe children’s behavior in relatively similar circumstances. It also indicated that compared to fathers, mothers tend to report higher levels of symptoms and problems in almost every area which is consistent with previous studies (7, 14, 15). The clinical inferences of such results disclose the possibility that despite the correlation between parents’ ratings, relying on one parent’s ratings may lead to overdiagnosis or underdiagnosis.

High levels of psychopathology in mothers of children with ADHD (16) as well as the coercive cycle of dealing with a child with ADHD (17) may help with overestimation of the child’s symptoms and problems by mothers.

Positive correlation between mother's educational background and discrepancies of parental ratings could be due to elevated behavioral and educational expectations of higher educated mothers. Also, it was observed that as mothers’ parenting stress increased, parental discrepancies regarding externalization problems decreased.

Considering the mutual relationship between parenting stress and behavioral problems of children (18), higher parenting stress indicates more severe externalization problems in the child which are more visible and thus fathers are more likely to approve of them and accordingly, their answers appear to comply more with mothers’.
Based on the results of this study as well as the previous studies, it seems that with regard to rating scales in ADHD, implementing multiple informants’ reports, like the other parent’s or a teacher’s, would improve the assessment of ADHD in school-age children.

**Ethical considerations**

**Compliance with ethical guidelines**

In their informed consent forms, participants were assured that their information will remain private and they were given a choice to leave the study at any stage they wish.

**Funding**

The data presented in this study is part of the data collected on the first author’s doctoral thesis at Iran University of Medical Sciences and thus the study is sponsored by the aforementioned university.

**Authors’ contributions**

Conceptualization, investigation and evaluation: Ghazaleh Zargarinejad, Banafsheh Gharraee; data collection: Ghazaleh Zargarinejad, Elham Shirazi; monitoring the procedure: Saeed Ebadi Zare, Banafsheh Gharraee; Methodology and data analysis: Hojjatollah Farahani; editing and proofreading: Banafsheh Gharraee, Asma Aghebati.

**Conflicts of interest**

According to the authors, the article is of no conflict of interests.
Acknowledgments

We give thanks to the staff at Ali Asghar Hospital and Child Psychiatric Clinic of Tehran Psychiatric Institute for their sincere cooperation as well as to Dr. Javad Mahmoudi-Gharaei for their assistance with sampling and performing the research.
چکیده

اهداف: هماهنگی و اختلاف بین والدین درباره علائم هسته‌ای ADHD و مشکلات برونشی سازی مرتبط با آن در تشخیص این اختلال از دلالت‌های بالینی برخودار است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان توافق و اختلاف درجه بندی های والدین در مورد بیش فعالی/تکانگری، نقص توجه، مشکلات رفتاری و بدتنظيمی هیجانی در کودکان مبتلا به ADHD است.

مواد و روش‌ها: والدین به صورت جداگانه فرزندان خود را که شامل 51 کودک بیش از 6 تا 11 سال بودند و مبتلا به ADHD در سنین ۶ تا ۱۰ سال بودند، مورد ارزیابی قرار دادند. پرسشنامه‌ها شامل مقیاس SNVAP-IV، پرسشنامه رفتار کودک آیربنگ و فهرست تنظیم هیجان بود.

یافته‌ها: والدین در تمام مقیاس‌ها/ زیر مقیاس‌ها به جز بدتنظيمی هیجانی از توافق متوسط برخودار بودند. توافق والدین در مورد مقیاس تنظیم هیجانی در محدوده نسبتاً کم بود. مادران در همه حیطه‌ها به جز نقص توجه، نمرات بالاتری در مقایسه با پدران ارائه کردند. استرس فرزندپروری مادر و سطح تحصیلات والدین اختلاف درجه بندی والدین را بیش بینی کرد.

نتیجه‌گیری: اختلاف درجه بندی های والدین در مورد علائم ADHD و مشکلات کودکان مبتلا به است ADHD معنی‌دار است و لازم است در تفسیر مقیاس‌های درجه بندی در کودکان مبتلا به ADHD مورد توجه باشگاهان قرار گیرد. در استفاده از مقیاس‌های درجه بندی برای ارزیابی ADHD استفاده از چند منبع اطلاعات بیشتر می‌گردد.
مقدمه
اختلال نقص توجه / بیش فعالی (ADHD) با شیوع جهانی ۷ درصد در سالهای دبستان از شایعترین اختلالات روانی‌شکی است. آن را نرخ تشخیص آن در دهه گذشته رو به افزایش بوده است. شیوع این اختلال بر اساس یک تحقیق جدید در کودکان سنین مدرسه در ایران ۱۵ درصد گزارش شده است.

تشخیص ADHD در سالهای دبستان اهمیت ویژهای دارد. این اختلال با عملکرد کودکان در مدرسه رابطه منفی دارد. دارد. با مدارک ADHD با کنی در توهین (۲)، توجه ناکافی به محرك‌های آموزشی در کلاس (۳) و رابطه ضعیفتر با معلم (۴) همراه است. تشخیص زودتر، امکان مداخلات درمانی به موقع را فراهم می‌کند و مداخلات درمانی می‌تواند بهبود عملکرد تحصیلی و مدرسه‌گری را کاهش دهد.

چالش‌های تشخیصی مختلفی در مورد ADHD مطرح شده است. مشخص شده است که بالینگران به دستنامه‌های تشخیصی (۱) انتزاع دقتی ندارند و این مسائلی می‌تواند احتمال تشخیص بهتر بیش از انتظار دهد (۲). از طرف دیگر، تشخیص کمتر در جوامع غربی (۲) مورد هنوز بهبود عملکرد تحصیلی شده و مدرسه‌گری را کاهش دهد.

یک چالش دیگر در ارزیابی ADHD آن است که علائم اختلال مثل نقص تمرکز باعث فعالی ممکن است در حضور بالینگر قابل مشاهده نباشند (۳) و لذا گزارشکه‌های والدین یا سایر منابع اطلاعات درباره علائم اختلال فراهم می‌کند. در ارزیابی، اهمیت ویژه‌ای دارد. از آنجا که نشانگرهای زیستی در تشخیص ADHD مطرح نیست (۴)، اهمیت گزارش‌های منابع اطلاعات افزایش می‌یابد.

در مورد کودکان، والدین مهمترین منبع اطلاعات محسوب می‌شوند و به طور خاص در مورد ADHD چون بر اساس معیارهای DSM-۵ برای تشخیص این اختلال لازم است که علایم حداکثر در دو موقعیت وجود داشته باشد.

۱ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
۲ Absenteism
۳ diagnostic manuals
۴ Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition (DSM-5)
باشد (۲۵)، والدین، اغلب تنها افرادی هستند که فرصت داشته اند در شرایط مختلف، رفتار کودک را مشاهده کنند.

در ارزیابی ADHD، استفاده از مقیاسهای درجه بندی ۱ توسط انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکاً پیشنهاد شده است (۲۴). اما یکی از مشکلاتی که در استفاده از این مقیاسها در انواع آسیب شناسی های رواني کودکان وجود دارد، اختلاف سناع اطلاعات ۲ است (۶). اختلاف، به معناٌ این است که درجه بندی های والدین درباره علایم و مشکلات کودک از نظر شدت با یکدیگر تفاوت قابل توجهی داشته باشند.

نکته قابل توجه دیگر، میزان توافق والدین در ارزیابی رفتار کودکان است. اصطلاح توافق که در مونت پژوهشی با اصطلاح هماهنگی ۵ نیز مطرح شده است (۲۷)، به معناٌ همبستگی درجه بندی های والدین از علایم و مشکلات کودک است. بر اساس یک فراتحلیل، میزان توافق والدین در ارزیابی رفتار کودکان، کم تا متوسط بوده است (۸). در عين حال، میزان توافق والدین در حیطه‌های مختلف مشکلات و آسیب شناسی‌های رواني کودکان، یکسان نیست و به عنوان مثال در یک فراتحلیل دیگر مشخص شد که والدین در مورد مشکلات برونی سازی از توافق بالایی برخوردارند (۲۸). تا جابجایی که نگارنده جستجو کرده است، در ایران تا کنون پژوهشی با هدف بررسی توافق یا اختلاف درجه بندی های والدین درباره علایم ADHD یا مشکلات مرتبط با این صورت نگرفته است اما یک پژوهش که توسط وین مولدرز و همکاران (۷۱) بر روی یک گروه کودکان مبتلا به ADHD پیش از انجام انجام شد اختلاف معنی‌داری بین گروه والدین از علایم برونی سازی گزارش کرده است (۷). در یک پژوهش دیگر، دامنه سنی دیستانکی به توانایی والدین را نیز بررسی کرده است، توافق آنها در مورد علایم هسته‌ای ADHD پایینتر بوده است.

1 Rating scales
2 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)
3 informant discrepancy
4 Agreement
5 Correspondence
6 Veen-Mulders
از مشکلات برونی سازی بوده است (15) اما در یک پژوهش دیگر، والدین توافق بالاتری در حیطه مشکلات برونی

سازی در مقایسه با علائم ADHD نشان داده اند (29).

همسوم نیوتن نتایجی می‌تواند به دلیل استفاده از مقياس‌های درجه‌بندی مختلف (30) و دامنه سنی متفاوت در
پژوهشها باشد. همچنین، عوامل مختلفی که مرتبط با خود والدین است، بر ارزیابی آنها از مشکلات و علائم
کودکان موثر واقع می‌گردد. مثلاً نسبت به هویت مادر، مادر با تخمین بالاتر علائم علایم فرزندان رابطه داشته (31) و

استرس والدین پیش بینی کننده اختلاف والدین در بررسی علایم برونی یک بوده است (15).

اختلاف بین منابع اطلاعات بر ارزیابی و درمان اختلالات روانی کودکان تاثیرگذار است (6) و می‌تواند

یکی از راه‌حل‌های نقص‌های مشابه می‌باشد. همچنین، اطلاع از اینکه توافق والدین در

جفت است. دلالتهای بالینی متفاوتی خواهد داشت

چرا که به بالینگران در تفسیر نتایج مقياس‌های درجه‌بندی بخشی کمک می‌کند. همچنین، اطلاعاتی که بالینگر

باداند، دکتر اطلاعات از یک والد کافی است لازم است منبع اطلاعات دیگری را اضافه کند. هدف از پژوهش

حاضر بررسی میزان توافق والدین کودکان دبستانی مبتلا به ADHD در مورد علائم هسته‌ای اختلال است. از

آنجا که مشکلات رفتاری (33) و بد تنظیم‌های هیجانی (34) به وفور همراه با

ADHD دیده می‌شود، در این

پژوهش توافق والدین در مورد این مشکلات نیز بررسی شده است. در این مطالعه اصلاح مشکلات برونی سازی

برای اشتهار مشکلات رفتاری و بد تنظیم‌های هیجانی به کار رفته است. هدف دیگر این پژوهش بررسی اختلاف

درجه بندی های والدین از علائم هسته‌ای و مشکلات برونی سازی کودکان مبتلا به ADHD در سنین دبستان

است و با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی در ایران اهمیت انجام این پژوهش افزایش می‌یابد.

سوال مهمی که می‌تواند در مورد اختلاف درجه‌بندی های والدین مطرح باشد این است که آیا ویژگی‌های مرتبط

با والدین می‌تواند یک مشکل بینی کننده اختلاف بیشتر باشد یا خیر. این موضوع ویژه اهمیت بالینی است زیرا اگر

1 Parental agreement
ویژگی‌های خاصی با اختلاف والدین در رابطه باشد، در والدینی که واجد چنین ویژگی‌هایی هستند، تکمیل مقياس های درجه بندی توسط هر دو والد ضرورت می‌پذیرد.

روش

جامعه پژوهش شامل کودکان سنین ۶ تا ۱۱ ساله بود که در فاصله زمانی شهریور تا آبان ۱۳۸۸ به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک و نوجوان، تشریحی (از هر نوع) دریافت کرده بودند. از میان این کودکان، ۵۱ کودک به عنوان گروه نمونه وارد مطالعه شدند و والدین به صورت جداگانه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردن. گروه نمونه به منظور اجرای یک کارآزمایی بالینی در حیطه فرزندپروری و به صورت در دسترس، نمونه کیفی شده بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Gpower براساس متوسط ICC درجه بندی های والدین از علایم ADHD در مطالعه قبلی (۱۵) که ۵۹/۱۰ بوده است و با در نظر گرفتن نرخ اروری ۸۰/۰ و سطح معناداری ۱۵/۰ محاسبه شده است.

پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین، به منظور تایید تشخیص ADHD در کودکان و اختلالات همبود از مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاری اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا، برای کودکان و نوجوانان، نشخه آکنون و طول عمر ۱ استفاده شد. مصاحبه توسط یک دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی انجام شد. معیارهای ورود برای کودک شامل سن (۶ تا ۱۰ سال) و تشخیص اثناسیال ADHD بر اساس K-SADS-PL و همچنین حداقل ۲۵۵ (K-SADS-PL) تحصیلات دیپلم برای مادر بود. معیارهای خروج برای کودک شامل همبودی با اختلالات طیف دو قطبی، طیف اوتیسم (ASD) و ناتوانی ذهنی بود. ابتلا به همبودی های روانپزشکی به جز مواردی که در معیارهای خروج مطرح شده، مانعی برای ورود به مطالعه نبوده است.

1 Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)
2 Bipolar Spectrum Disorder
3 Autism Spectrum Disorders
4 Mental Retardation
ایباز پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته شامل 12 سوال در دو حوزه اطلاعات کودک شامل سن، جنسیت، تحصیلات، ترتیب تولد، وضعیت درمان دارویی و اطلاعات والدین شامل سن، تاهل، شغل و سطح تحصیلات بود. از والدین خواسته شد که فرم اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به خود و فرزندشان را تکمیل نمایند.

مقیاس درجه بندی استنپ چهار (۹) توسط سوانسون و همکاران به منظور ارزیابی علائم ADHD مورد استفاده قرار گرفت. SNAP-IV شامل 18 گویه است که 9 گویه علایم نقص توجه و 9 گویه بیش فعالیت در بر می‌گیرد. هر گویه بر حسب شدت، بین 0 تا 3 درجه بندی می‌شود. در این پژوهش، نمره هر والد در دو زیر مقیاس نقص توجه (SNAP-IV-ADHD) و بیش فعالیت (SNAP-IV-HI) و همچنین نمره کل (SNAP-IV-I) محاسبه شده است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در کشورهای مختلف (۶۲) اعتبر و پایایی مطلوبی را نشان داده است و همچنین در ایران ضریب پایایی با آلфа کرونباخ 0.۹ گزارش شده است (۳۹).

پرسشنامه رفتار کودک آیبرگ (۱۰) توسط آیبرگ و راس برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان 2 تا 6 ساله در سال 1987 ساخته شد. این پرسشنامه شامل 36 گویه است که بر اساس شدت در 7 لیگت 7 تاپی درجه بندی می‌شود. از مجموع نمرات، نمره شدت (ECBI- Intensity) به دست می‌آید که در این

1 Medication status
2 SNAP-IV Rating Scale
3 Swanson, Nolan, and Pelham-IV
4 Swanson
5 fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)
6 Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)
7 Eyberg
8 Ross
9 Intensity scale score
پژوهش استفاده شده است. مطالعات مختلف ویژگیهای روانسنجی این ابزار را تایید کرده اند (10, 41, 61). در ایران برای مقیاس شدت ضربت از آلفای ایران ۷/۴ و اعتبار بازآزمایی ۷/۴ گزارش شده است (42).

سیاه تنظیم هیجان (ERC) (11) که توسط شیلدز و سیچتی در سال ۱۹۹۸ تهیه شده است، رفتارهای مرتبط با تنظیم هیجانی مثبت و منفی کودکان را ارزیابی می کند. شیلدز این ابزار را ارزیابی می کند و توسط والدین کودک را می سنجد. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس است: تنظیم هیجانی و ناپایداری / منفی گری هیجانی.

خرده مقیاس تنظیم هیجانی (ER) شامل ۲۴ گویه است و توسط والدین تکمیل می گردد. این پرسشنامه شامل دو خرده مقیاس است: تنظیم هیجانی و ناپایداری / منفی گری هیجانی.

خرده مقیاس ناپایداری / منفی گری هیجانی (L/N) شامل ۱۳ گویه است و توسط والدین تکمیل می گردد.

نمرات بالاتر در ERC-N/L بهتر تنظیم هیجانی و ناپایداری / منفی گری هیجانی است. در این پژوهش از ERC-N/L استفاده شده است زیرا نقایص تنظیم هیجانی مرتب با ADHD استفاده شده است. نمرات بالاتر در ERC-N/L از روایی سازه مناسب برخوردار است (11) و آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس در ایران ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی ۹/۸ گزارش شده است (45).

فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF) (11) که توسط آبیدین در سال ۱۹۹۳ تهیه شده است، میزان استرس فرد به عنوان یک والد را ارزیابی می کند. شامل ۶۶ گویه است و در این پژوهش توسط مادران تکمیل شده است. هر یک گویه بر اساس یک لیست ۵ درجه بندی می شود. این پرسشنامه شامل سه خرده مقیاس شاخص استرس فرزندپروری (PSI-SF) است.

---

1. Emotion Regulation Checklist (ERC)
2. Shields
3. Cicchetti
4. Emotion Regulation (ER)
5. Emotional Lability/negativity (L/N)
6. Emotional awareness
7. Empathy
8. Constructive emotional expression
9. Emotion dysregulation
10. Mood lability
11. Negative affect
12. Inflexibility
13. Parenting Stress Index Short Form
14. Abidin
یافتگی والدین، تعاملات ناکارآمد والد-فرزند و کودک دشوار است. در این پژوهش نمره کلی مقياس به عنوان نمره کلی استرس فرزندپروری مورد استفاده قرار گرفته است. آبیدین (۱۹۹۸) ضریب پایایی درونی ۹۱% را برای نمره کلی استرس گزارش‌کرده است (۱۲). در ایران برای مادران کودکان سنین دبستان هنگامی که شده است و آلفای کرونباخ زیر مقیاسها و نمره کل استرس والدین بالای ۸۰/۰ بوده است (۴۶).

تحلیل آماری

ECBI-، SNAP-IV-ADHD، SNAP-IV-HI، SNAP-IV-IA برای بررسی توافق بین مادران و پدربان در این پژوهش از همبستگی درون طبقه ای (ICC) استفاده شد. سطوح ICC در این پژوهش بر اساس تعريف شورت (۵) در ۵ طبقه تعريف شده است: عدم توافق (0.00)، توافق ناچیز (ICC = 0.11-0.40)، توافق کم (ICC = 0.41-0.60)، توافق متوسط (ICC = 0.61-0.80) و توافق زیاد (ICC = 0.81-1.00). در این پژوهش براساس ادبیات پژوهشی ممکن بود اختلاف بین والدین را پیش نسبی کنند، انتخاب شد و با استفاده از رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. بدين منظور نمره پدر در هر یک از پرسشنامه‌ها از نمره مادر تفریق

1) Parental Distress
2) Parent-Child Dysfunctional Interaction
3) Difficult Child
4) Intraclass Correlation Coefficient (ICC)
5) Shrout
6) Z transformations
7) Paired T tests
8) Discrepancy
شد و این نمره اختلاف (شاخص d) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. بدین ترتیب در تحلیل رگرسیون 5 متغیر وابسته شامل نمره اختلاف (شاخص d) والدین در SNAP-IV-ADHD, SNAP-IV-HI, SNAP-IV-IA در نظر گرفته شده است. متغیرهای پیش بین عبارت بودند از: تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، نمره کل استرس فرزندپروری مادر و تفاوت تحصیل والدین (وقتی والدین دو طبقه یا بیشتر با یکدیگر تفاوت داشته اند). تحلیل رگرسیون برای هر یک از شاخص های d به عنوان متغیر وابسته به صورت جداگانه انجام شد. برای تحلیل آماری از نمرات خام استفاده شده است و نمرات تفاوت هم بر اساس نمرات خام به دست آمده است (۷۴).

لازم به ذکر است که بیش از انجام آزمونهای پارامتریک، بیش فرضها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد که متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند (p<0/۰۵). همچنین نتایج حاصل از آزمون لون حاکی از همگنی واریانسها در دو گروه است (p<0/۰۵).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکانی که وارد مطالعه شدند، شامل میانگین سنی ۸/۱۸ و انحراف معیار ۱/۲۷ بود. این کودکان شامل ۳۸ پسر (۷۴٪) و ۱۳ دختر (۲۵٪) بودند و نرخ همبودی بزرگسالان و برخوردارند (p<0/۰۵). نتایج حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد که متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند (p<0/۰۵).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی والدین را نشان می‌دهد.
جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی والدین

| مشخصات | والدین | مادر |
|---|---|---|
| میانگین سنی | ۲۹ ± ۲/۳ | ۲۸ ± ۱/۸ |
| وضعیت تحصیل | زیر دیپلم (٪) | ۱/۵ |
| محاسبه | دیپلم (٪) | ۵/۲ |
| کارشناسی ارشد و بالاتر (٪) | ۷/۱ |
| شغل | شاغل (٪) | ۱/۳ |
| بیکار | - |
| خانه دار | - |

توافق بین والدین

تحلیل ICC نشان می‌دهد که توافق والدین در همه مقیاس‌ها / زیر مقیاس‌ها به جز ERC-N/L متوسط قرار می‌یابد. در همه موارد از نظر آماری معنادار بوده است (P < 0.01). محاسبه Z Fisher نشان‌دهنده ضایعات همبستگی نشان نداد.

1 Interparental agreement
جدول ۲. تفاوت والدین در هر مقیاس / خرده مقیاس بر اساس ICC

| ICC              | مقیاسها / زیرمقیاسها |
|------------------|------------------------|
| **۱/۰۷۲**        | SNAP-IV Rating Scale   |
| **۱/۰۷۲**        | SNAP-IV-HY             |
| **۱/۰۷۲**        | SNAP-IV-IN             |
| **۱/۰۷۲**        | SNAP-IV-ADHD           |
| **۷۳/۰**         | Eyberg Child BehaviorInventory |
| **۱/۰۵۵**        | ERCI - Intensity       |
| **۱/۰۵۵**        | ERCI-N/L               |

SNAP-IV-HY: Hyperactivity/Impulsivity
SNAP-IV-IN: Inattention
SNAP-IV-ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ERC-N/L: Emotional Lability/negativity
ICC: Intraclass Correlation

مقایسه درجه بندی های والدین

میانگین درجه بندی های والدین در همه مقیاس‌ها بالاتر از پدران بود و به جز SNAP-IN در همه موارد، اختلاف میانگین‌ها معنادار است. بینین ترتیب مادران در اغلب موارد در درجه بندی های بالاتری در مقیاس‌ها با پدران ارائه کرده اند. میانگین و انحراف معیار درجه بندی های والدین در جدول شماره ۲ گزارش شده است. میزان تفاوت در جدول بندیهای والدین در حد متوسط بوده است.
جدول ۳. میانگین و انحراف معیار درجه بندی رفتار والدین

| ES | p | t | میانگین (انحراف معیار) مقياس‌ها | میانگین (انحراف معیار) والدین |
|----|---|---|-----------------|-----------------|
| SNAP-IV | | | | |
| SNAP-IV-HY | | | | |
| SNAP-IV-IN | | | | |
| SNAP-IV-ADHD | | | | |
| ECBI | | | | |
| ECBI- Intensity | | | | |
| ERC | | | | |
| ERC-L/N | | | | |

SNAP-IV:SNAP-IV Rating Scale
SNAP-IV-HY:Hyperactivity/Impulsivity
SNAP-IV-IN = Inattention
SNAP-IV-ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory
ERC = Emotion Regulation Checklist
ERC-N/L = Emotional Lability/negativity
ES = Cohen’s d effect size

نکته: نتایج آزمون تی وابسته و اندازه اثر موارد معنادار

تحليل رگرسیون / پیش بین های اختلاف والدین

همانطور که در جدول ۳ دیده می شود، در تحلیل رگرسیون رابطه مثبت معنی داری بین تحصیلات والدین با شاخص d در SNAP-ADHD، SNAP-HY و ERC و ECBI و وجود داشت. همچنین رابطه منفی معنی داری بین تحصیلات پدر با شاخص d در SNAP-ADHD و SNAP-HY و بین نمره کل استرس فرزندپروری مادر با شاخص d در SNAP-ADHD و SNAP-HY در

24
یافت. رابطه بین متغیرهای پیش بین و شاخص d در باقی موارد مبنا بر نیوتو است. ERC و ECBI در d این متغیرها، تغییرات شاخص d را در مورد SNAP-ADHD و به میزان ۲۴٪ و در مورد SNAP-HY به میزان ۱۸٪ توضیح می‌دهند.

جدول ۴: ضرایب رگرسیون پیش بین اختلاف درجه بندی والدین ERC-N/L ECBI-INTENSITY SNAP-IV-ADHD SNAP-IV-IN SNAP-IV-HY متغیرهای پیش بین

| ERC-N/L | ECBI-INTENSITY | SNAP-IV-ADHD | SNAP-IV-IN | SNAP-IV-HY | متغیرهای پیش بین |
|---------|----------------|-------------|------------|------------|------------------|
| N/L     | ** ۰/۰۸       | ** ۴۶/۲۰   | ** ۴۹/۰۰   | ** ۵۸/۰۰   | تحصیلات مادر     |
| ** ۰/۱۴ | ۰/۱۶           | ۰/۱۰        |            |            | ۴۶/۲۰ **        |
| ** ۰/۲۲ | ۰/۰۶           | ** ۰/۴۶     | ** ۰/۷۰    | ** ۰/۱۷۷   | تحصیلات پدر     |
| ** ۰/۲۲ | ۰/۰۶           | ** ۰/۴۶     | ** ۰/۷۰    | ** ۰/۱۷۷   | ۴۶/۲۰ **        |
| ۰/۸۲    | ۰/۵۴           | ۰/۱۶        | ۰/۳۳       | ۰/۳۳       | تفاوت تحصیلی والدین |

SNAP-IV-HY: Hyperactivity/Impulsivity
SNAP-IV-IN = Inattention
SNAP-IV-ADHD = Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
ECBI: Eyberg Child Behavior Inventory
ERC: Emotion Regulation Checklist
ERC-N/L: Emotional Lability/negativity

بحث

در پژوهش حاضر توافق و اختلاف والدین در مورد علائم هسته‌ای ADHD، مشکلات رفتاری و یا تنظیمی در سنین دبستانی بررسی گردد. توافق والدین در مورد علائم هسته‌ای ADHD، مشکلات رفتاری و نقص توجه و همچنین مشکلات تنظیمی بهبودی کودکان مبتلا به ADHD در سالیان دبستان، مورد بررسی قرار گرفته است. توافق والدین در مورد علایم هسته‌ای (بیش فعالیت/تکانشگری و نقص توجه) و همچنین مشکلات رفتاری، در حد متوسط و در مورد مشکلات تنظیمی، هیجانی فرزندان کمتر و در محدوده توافق نسبتاً کم قرار داشته. بر خلاف منابع اطلاعاتی همچون معلم که در
محیط کاملاً ساختاریافته و متغیر از خانه، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین، هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های نسبتاً مشابهی، رفتار کودک را مشاهده می‌کند، والدین هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند و لذا تأثیر بافت آب رفتار کودک چندان مطرح نیست. و در محیط‌های N/L

1 Contextual effect
2 parental discrepancy
توجه همچون بی دقتی یا حواس پرتی در مقایسه با علایم بیش فعالی یا مشکلات بروئی سازی، ظریف تر است و تظاهراتی سیاه‌کمری‌تری دارد.

نکته مهم در مورد توافق و اختلاف درجه بندی بندی های والدین، تلویحات بالینی آن است. با توجه به اهمیت مقياس‌های ADHD، علیرغم همیستگی درجه بندی های والدین، تشخیص بالینیگر بسته به اینکه درجه بندی های کدام والد بیشتری کارکرده و گرفته باشد، ممکن است بیش تر تشخیصی یا کم تشخیصی باشد. از آنجا که مقياس‌های درجه بندی در دستی ادراک و اهداف جداسازی امکان‌پذیر نبوده و والدین نیست، تکیه بر گزارش‌ها و درجه بندی‌های مادر درباره علایم و مشکلات کودک ممکن است منجر به بیش تشخیصی گردد.

راهبردهای مختلفی در مواجه با چنین مواردی پیشنهاد شده است. استفاده از یک منبع اطلاعات دیگر همچون علائم و مشکلات دراماتیک (48) و درخواست از والدین برای تکمیل مجدد پرسشنامه ها به صورت مشترک و رفع موارد اختلاف (15) در این موارد می تواند کمک کندی باشد.

اختلاف درجه بندی های والدین می تواند تحت تأثیر عوامل مختلف قرار گیرد. شیوع افسردهگی در مادران کودکان مبتلا به ADHD بالاست (16) که می تواند منجر به سوگیری منفی 1 نسبت به مشکلات کودک گردد (49). از طرفی اغلب مادران ساعات طولانی تری با فرزندان در نمای هستند و لذا بیشتر احتمال دارد که در "جرخه قهرآمیز" تعامل با کودک مبتلا به ADHD قرار گیرند و لذا مشکلات او را بیشتر از پدران بپردازند. جرخه قهرآمیز، جرخه های معمولی از تعامل منفی والد و کودک است که منجر به تشکیل مشکلات بروئی سازی می گردد (17).

1 negativity bias
2 coercive cycle
اختلاف درجه بندی های والدین ممکن است تحت تاثیر نگرشهای متفاوت مادران و پدربنگاران باشد. در مورد مشکلات کودک، این اثرات به یکدیگر همسو نباشند و لذا در موازه با آیتم‌های پرسشنامه، مواردی را که با اولویت درمانی آنان همسو تر است بالاتر درجه بندی یافته‌اند.

علت آنکه پدران مشکلات کودک را با شدت کمتری گزارش کرده‌اند، می‌تواند این باشد که پدران کودکان مبتلا به ADHD به مقایسه با کودکان عادی، تعامل کمتری با فرزند خود دارند و همچنین از نگاه‌هایی مستبدانه‌تری استفاده می‌کنند. در مورد ارزیابی مشکلات فردی کودکان در موقعیت‌های داخلی، بیشتر این کودکان بر رفتار خود بهتری با وجود پدرانی هر دو و الک ترکیب شوند (۵۱) و همچنین استفاده از منابع اطلاعات متعدد در ارزیابی اختلالات پروری سازی بیشتر شده است (۵۲).

در پژوهش حاضر استرس فرزندپروری مادر ۲ اختلاف درجه بندی بین دو والدین در حوزه مشکلات فردی و تنظیم هیجانی پیش‌بینی کرده است. به طور خاص، هر چه استرس فرزند پروری مادر بالاتر رود، اختلاف والدین در حوزه بروئنی سازی (مشکلات فردی و تنظیم هیجانی) کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش‌های دیگری نیز همکاران (۲۰۱۰) هم‌ست. در پژوهش وین مولدرز و همکاران (۲۰۱۷)، از جمعیت کودکان خردسال استفاده شده است (۷). تفاوت جهت رابطه ممکن است به گروه سنی کودکان مربوط باشد. در پژوهش وین مولدرز و همکاران (۲۰۱۷) از جمعیت کودکان خردسال استفاده شده است (۷).

1. multi-informant measurement
2. Maternal parenting stress
3. Langberg
4. Veen-Mulders
5. Veen-Mulders
بر اساس پژوهش حاضر وقتی استرس فرزندپروری مادران بالاتر باشد، اختلاف والدین در درجه بندی مشکلات برونی سازی وقتی شدیدتر در کودک است. انتظار می‌رود که مشکلات برونی سازی وقتی شدیدتر است، ملموس تر، پریش تر و قابل مشاهده تر باشد و لذا پدران بیشتر احتمال دارد که آنها را در مقياسهای درجه بندی تصدیق کند و هم‌انگیز تر با مادر باشند. البته این اختلاف والدین در مورد آنها کاهش می‌یابد. پژوهش وین مولدرز (۱۹۷۱) نیز نشان داده است که وقتی مشکلات فرزندی کودک شدیدتر است، توافق والدین افزایش می‌یابد.

در مورد رابطه تحصیلات والدین با اختلاف درجه بندیهای آنها، در پژوهش ما جهت این رابطه در مورد مادران و پدران، یک سئوال نبود. یافته مهمی که با باید توصیف گردید آن است که تفاوت تحصیلی والدین (دو طبقه‌ای یا بیشتر) به عنوان متغیر پیش از باید مورد نظر شده است اما هنوز درجه تصدیق با مادر پدر و والدین در حوزه علائم بیش فعالی/تکانشگری و مشکلات برونی سازی بیشتر می‌شود. در مورد پدران، تحصیلات فقط در حوزه علائم بیش فعالی/تکانشگری بیش بینی کرده است و رابطه این دو نیز معمولاً است. دلتهای بالینی این خشک از یافته های پژوهش ما حاکی از آن است که هر چه تحصیلات مادر بالاتر و هر چه تحصیلات پدر پایینتر باشد، اهمیت افزودن یک منبع اطلاعات دیگر خصوصاً در مورد ارزیابی علائم بیش فعالی/تکانشگری ADHD می‌یابد. احتمالاً مادران که سطح بالاتری از تحصیلات دارند، انتظارات رفتاری و تحصیلی بالاتری از فرزندان خود دارند و بنابراین ممکن است مشکلات را شدیدتر ادراک و گزارش کند و این موجب اختلاف بیشتری با درجه بندی های پدران گردد. در مورد پدران، ممکن است تحصیلات پدر با ادراک او از مشکلات کودک در رابطه باشد. احتمالاً پدران که سطح تحصیلات پایینتری دارند شاید اگاهی کمتری نسبت به علائم ADHD و مشکلات همراه دارند و بیشتر

\[1\] Veen-Mulders
تمایل دارند که مشکلات کودک را طبیعی قلمداد کرده و کمتر گزارش نمایند و این باعث اختلاف بیشتر با درجه بنديهای مادری در ایران در حیطه تبعیت از درمان دارویی در ADHD نشان داشته است که وقتی تحصیلات پدر باینتر است، تبعیت از درمان دارویی ابرای کودک نیز کمتر است (۵۲).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که والدین کودکان مبتلا به ADHD توافق کم تا متوسطی با یکدیگر در ارزیابی علائم اختلال و مشکلات بروزی سازی همراه با آن دارند و مادران در بیشتر زمینه‌ها مشکلات کودک را بیشتر از پدران گزارش می‌کنند. همچنین استرس فرزندپروری مادر و سطح تحصیلات والدین با اختلاف درجه بنديهای آنها در رابطه است. اما جهت و شدت رابطه در مورد این متغیرها یکسان نیست و هر یک در حوزه‌های خاصی از توافقات بیش یا کم اختلاف درجه بنديهای والدین برخورد و هستند.

نتیجه‌گیری خلاصه

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این مطالعه از کودکان ۶ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD نمونه این مطالعه از کودکان ۶ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD انتخاب شده و لذا نتایج قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی نیست. همچنین این مطالعه استرس فرزند پروری بدران را ارزیابی نکرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نقش این متغیر نیز در بیش بینی اختلاف درجه بنديهای والدین بررسی گردد.

چنانچه این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و به تفکیک جنس و سن تکرار گردد، پایه‌های های دقیق تری برای گروه‌های سنی مختلف و در مورد هر جنس، حاصل می‌گردد.

---

1 treatment adherence
ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از کسب کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.701 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران شروع شد و به شرکت کنندگان در فرم رضایت آگاهانه، اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و در صورت تمایل، در هر مرحله از پژوهش می‌توانند از ادامه همکاری انسجام دهند.

حامی مالی

داده‌های پژوهش حاضر بخشی از داده‌های حاصل از پایان‌نامه مقطع دکترای نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی ایران است و از حمایت مالی این دانشگاه برخوردار بوده است.

مشارکت نویسنده‌گان

مفهوم سازی، تحقیق و بررسی: غزاله زرگری نژاد، بنفشه غرایی؛ جمع آوری داده‌ها: غزاله زرگری نژاد، الهام شیرازی؛ نظرات بر اجرای پروژه: سعید عبادی زارع و بنفشه غرایی؛ روش شناسی و تحلیل آماری: حجت الله فراهانی؛ ویرایش و نقد: بنفشه غرایی، اسما عاقبتی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده‌گان، مقاله تعارض منافع ندارد.

سیاست‌گذاری

بدرمانگاه روانپزشکی کودک استیتو روانپزشکی تهران و جناب آقای دکتر جواد محمودی قرابی در بخش نمونه‌گیری و اجرای این پژوهش سیاست‌گذاری می‌نماییم.
References

.1 Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2015;135(4):e994-e1001.
.2 Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. Modifiers of long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: does treatment with stimulant medication make a difference? Results from a population-based study. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2007;28(4):87-274.
.3 Kofler MJ, Rapport MD, Matt Alderson R. Quantifying ADHD classroom inattentiveness, its moderators, and variability: a meta-analytic review. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2008;49(1):59-69.
.4 Zendarski N, Haebich K, Bhide S, Quek J, Nicholson JM, Jacobs KE, et al. Student–teacher relationship quality in children with and without ADHD: A cross-sectional community based study. Early Childhood Research Quarterly. 2020;51:275-84.
.5 Thome J, Ehls A-C, Fallgatter AJ, Krauel K, Lange KW, Riederer P, et al. Biomarkers for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A consensus report of the WFSBP task force on biological markers and the World Federation of ADHD. The World Journal of Biological Psychiatry. 2012;13(5):379-400.
.6 De Los Reyes A, Kazdin AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. Psychological bulletin. 2005;131(4):483.
.7 van der Veen-Mulders L, Nauta MH, Timmerman ME, van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ. Predictors of discrepancies between fathers and mothers in rating behaviors of preschool children with and without ADHD. European child & adolescent psychiatry. 2017;26(3):365-76.
.8 De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DA, Burgers DE, et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. Psychological bulletin. 2015;141(4):858.
.9 Swanson JM, Schuck S, Porter MM, Carlson C, Hartman CA, Sergeant JA, et al. Categorical and dimensional definitions and evaluations of symptoms of ADHD: history of the SNAP and the SWAN rating scales. The International journal of educational and psychological assessment. 2012;10(1):51.
.10 Eyberg SM. Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: Professional manual. Psychological Assessment Resources. 1999.
.11 Shields A, Cicchetti D. Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. Developmental psychology. 1997;33(6):906.
.12 Abidin R. Parenting stress index . Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc; 1995.
.13 Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. Statistical methods in medical research. 1998;7(3):301-17.
.14 Caye A, Machado JD, Rohde LA. Evaluating parental disagreement in ADHD diagnosis: Can we rely on a single report from home? Journal of Attention Disorders. 2017;21(7):561-6.
.15 Langberg JM, Epstein JN, Simon JO, Loren RE, Arnold LE, Hechtman L, et al. Parent agreement on ratings of children’s attention deficit/hyperactivity disorder and broadband externalizing behaviors. Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2010;18(1):41-50.
.16 Cheung K, Aberdeen K, Ward MA, Theule J. Maternal depression in families of children with ADHD: A meta-analysis. Journal of Child and Family Studies. 2018;27(4):1015-28.
.17 Patterson GR. Coercive family process: Castalia Publishing Company; 1982.
.18 Neece CL, Green SA, Baker BL. Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. American journal on intellectual and developmental disabilities. 2012;117(1):48-66.
Xu G, Strathearn L, Liu B, Yang B, Bao W. Twenty-year trends in diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder among US children and adolescents, 1997-2016. JAMA network open. 2018;1(4):e181471.e.

Yadegari N, Sayehmiri K, Azodi MZ, Sayehmiri F, Modara F. The Prevalence of attention deficient hyperactivity disorder among iranian children: a meta-analysis. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2018;12(4):10-8.

Capodici A, Lachina S, Cornoldi C. Handwriting difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Research in developmental disabilities. 2018;74:41-9.

Bruchmüller K, Margraf J, Schneider S. Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(1):128.

Tzang R-F, Chang Y-C, Hung S-T, Tang C-H. Under-diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in one of non-western country-taiwan. Int J Emerg Ment Health Hum Resil. 2015;17:206-9.

Rommelse N, Bunte T, Matthys W, Anderson E, Buitelaar J, Wakschlag L. Contextual variability of ADHD symptoms: Embracement not erasement of a key moderating factor. Springer; 2015.

Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007;46(7):894-921.

Kolko DJ, Kazdin AE. Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. Journal of child psychology and psychiatry. 1993;34(6):991-1006.

Duhig AM, Renk K, Epstein MK, Phares V. Intergenntal agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice. 2000;7(4):435-53.

Sollie H, Larsson B, Mørch W-T. Comparison of mother, father, and teacher reports of ADHD core symptoms in a sample of child psychiatric outpatients. Journal of Attention Disorders. 2013;17(8):699-710.

van der Ende J, Verhulst FC, Tiemeier H. Agreement of informants on emotional and behavioral problems from childhood to adulthood. Psychological assessment. 2012;24(2):293.

Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'CALLAGHAN M, et al. Mothers’ mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000;39(5):592-602.

De Los Reyes A, Thomas SA, Goodman KL, Kundey SM. Principles underlying the use of multiple informants' reports. Annual review of clinical psychology. 2013;9:123-49.

Kuja-Halkola R, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Larsson H. Codevelopment of ADHD and externalizing behavior from childhood to adulthood. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(6):640-7.

Barkley RA. Why emotional impulsiveness should be a central feature of ADHD. The ADHD Report. 2010;18(4):1-5.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Ryan N. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center. 1996.

Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Hou W, Garvan CW, Eyberg SM, et al. Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. Assessment. 2008;15(3):317-28.
.37 Gau SS, Shang CY, Liu SK, Lin CH, Swanson JM, Liu YC, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the Swanson, Nolan, and Pelham, version IV scale–parent form. International journal of methods in psychiatric research. 2008;17(1):35-44.
.38 Seo W-S, Chang H-K, Kim J-S, Lee J-B. Reliability and validity of short form, parental version of the Korean swanson, nolan and pelham-IV (SNAP-IV). Journal of Korean Neuropsychiatric Association. 2008;47(1):64-72.
.39 Sadrosadat SJ, Houshyari Z, Zamani R, Sadrosadat L. Determination of psychometrics index of SNAP-IV rating scale in parents execution. Archives of Rehabilitation. 2008;8(4):59-65.
.40 Eyberg SM, Robinson EA. Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 1983;12(3):347-54.
.41 Burns GL, Patterson DR. Factor structure of the Eyberg Child Behavior Inventory: Unidimensional or multidimensional measure of disruptive behavior? Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 1991;20(4):439-44.
.42 HAJI SH, Azkhosh M, Tahmasian K, Bayat M, Biglarian A. THE EFFICACY OF “PARENTING THE STRONG-WILLED CHILD” PROGRAM FOR MOTHERS’ PARENTING PRACTICES AND CHILDREN’S BEHAVIORAL PROBLEMS. 2013.
.43 Seymour KE, Chronis-Tuscano A, Iwamoto DK, Kurzdziel G, Macpherson L. Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. Journal of abnormal child psychology. 2014;42(4):611-21.
.44 Seymour KE, Chronis-Tuscano A, Halldorsdottir T, Stupica B, Owens K, Sacks T. Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. Journal of abnormal child psychology. 2012;40(4):595-606.
.45 Sheikh Attar Z, Hosseini FS, Golestanian SM. Comparison of role of maternal self efficacy and maternal meta-emotion on children’s emotion regulation in children with and without father. Journal of Woman and Family Studies. 2018;6(1):6-7.
.46 Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei M. Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress-short form in mothers of 12-7 year-old children. 2010.
.47 Laird RD, Weems CF. The equivalence of regression models using difference scores and models using separate scores for each informant: Implications for the study of informant discrepancies. Psychological Assessment. 2011;388(2):123;
.48 Dirks MA, De Los Reyes A, Briggs-Gowan M, Cella D, Wakschlag LS. Annual Research Review: Embracing not erasing contextual variability in children’s behavior—theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012;53(5):558-74.
.49 Chi TC, Hinshaw SP. Mother–child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. Journal of abnormal child psychology. 2002;30(4):387-400.
.50 Chang L-R, Chiu Y-N, Wu Y-Y, Gau SS-F. Father's parenting and father–child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Comprehensive psychiatry. 2013;54(2):128-40.
.51 Davé S, Nazareth I, Senior R, Sherr L. A comparison of father and mother report of child behaviour on the Strengths and Difficulties Questionnaire. Child Psychiatry and Human Development. 2008;39(4):399-413.
.52 Dirks MA, De Los Reyes A, Briggs-Gowan M, Cella D, Wakschlag LS. Embracing not erasing contextual variability in children’s behavior: Theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2012;53(5):558.
Sahfiei K, Ghassemi GR, Kazemzadeh J. Family Perception and Delay in Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An Iranian Experience. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences. 2011;109(408):1-5.