

Research Paper

Inter-parent Agreement and Discrepancy on Core Symptoms and Externalizing Problems in School-age Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder



Ghazaleh Zargarinejad¹, Saeed Ebadi Zare¹, *Banafsheh Gharraee¹, Asma Aghebati¹, Hojjatollah Farahani², Elham Shirazi³

1. Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3. Department of Psychiatry, Mental Health Research Center, Psychosocial Health Research Institute, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Zargarinejad Gh, Ebadi Zare S, Gharraee B, Aghebati A, Farahani H, Shirazi E. Inter-parent Agreement and Discrepancy on Core Symptoms and Externalizing Problems in School-age Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 27(3):336-349. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.3.3426.1>



Received: 18 Jun 2020
Accepted: 04 Oct 2020
Available Online: 01 Oct 2021

Key words:

Attention Deficit/
Hyperactivity Disorder,
Behavior Rating Scale,
Behavioral Problem

ABSTRACT

Objectives Inter-parent agreement and discrepancy on core symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and related externalizing problems have clinical implications for the diagnosis of the disorder. This study aims to examine inter-parent agreement and discrepancy on ratings of hyperactivity/impulsivity, inattention, behavior problems, and emotion dysregulation in children with ADHD.

Methods This is a descriptive correlational study. The study population consists of children with ADHD aged 6-10 years who referred to child and adolescent psychiatric clinics in Tehran, Iran. Of these, 51 children were selected using a convenience sampling method. They were separately assessed by their parents using the Swanson, Nolan and Pelham-IV (SNAP-IV) Questionnaire, Eyberg Child Behavior Inventory, Emotion Regulation Checklist, and the Parenting Stress Index- Short Form.

Results Parents had a moderate agreement on all scales/subscales except on emotion dysregulation which was fair. Mothers rated higher than fathers in all areas except for the inattention subscale. Mother's parenting stress and educational level could predict inter-parent discrepancy on ratings.

Conclusion Mother-father discrepancy on the symptoms and problems of ADHD is clinically significant. Clinicians should take it to account when interpreting results of rating scales in children with ADHD. Multiple informants are suggested in using rating scales for ADHD assessment.

Extended Abstract

1. Introduction

With a worldwide prevalence of 7% in school years, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common childhood mental disorders [1]. It has a negative correlation with children's performance in school [5, 6, 7]. Hence, its early diagnosis during school years is of utmost importance.

One of the challenges in the diagnosis of ADHD is that the symptoms may not be seen in the presence of the clinician [10]; thus, the reports provided by parents or other informants of the symptoms are of particular importance. Use of rating scales has been suggested for evaluating ADHD [13], although the use of such scales in different types of child psychopathology has some problems including low level of parental agreement [16] and informant discrepancy [14]. Getting to know the level of parental agreement on ratings of child's symptoms would help the clinicians with the

* Corresponding Author:

Gharraee Banafsheh, PhD.

Address: Department of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 66551555

E-mail: gharraee.b@iums.ac.ir

better interpretation of the results of rating scales. They can also help them to realize if it is enough to get information from one parent or need to add another informant. The present study aims to investigate inter-parent agreement and discrepancy on core symptoms and externalizing problems in school-age children with ADHD. The study also aims to investigate the parental variables as predictors of parent rating discrepancies.

2. Materials and Methods

The study population consists of children diagnosed with ADHD (of any type) by a child and adolescent psychiatrist aged 6-10 years who referred to child and adolescent psychiatric clinics in Tehran, Iran. Of these children, 51 were selected using a convenience sampling method. Inclusion criteria were age 6-10 years, having ADHD diagnosed based on Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), and at least a high school diploma for the mothers of children. Exclusion criteria for the children was the presence of comorbid bipolar spectrum disorders, autism spectrum disorders, or mental retardation. Both Parents separately filled out the Swanson, Nolan and Pelham-IV (SNAP-IV) Questionnaire [27], the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) [32], and Emotion Regulation Checklist (ERC) [36]. Mothers also filled out the Parenting Stress Index- Short Form (PSI-SF) [40].

3. Results

As shown in Table 1, Intraclass Correlation Coefficient (ICC) values showed fair to moderate agreement between parents ($P < 0.01$). The Significant Difference Between the Means of Parental Ratings determined by paired t-test indicated that mothers had provided higher ratings compared to

fathers in all scales/subscales except SNAP-IV-IN ($P < 0.05$) (Table 2). Results of regression analysis showed that mothers' educational level positively correlated with parent discrepancy in all scales except for the inattention subscale of SNAP-IV. Mothers' total score of PSI-SF had a significant negative correlation with parent discrepancies in ECBI, and fathers' educational level showed a significant negative correlation in Hyperactivity/Impulsivity and total SNAP-IV total score. These variables explained 24% of the variance in parent discrepancy regarding Hyperactivity/Impulsivity and ECBI score and 18% of the variance in inter-parent discrepancy regarding total SNAP-IV score and emotion lability/negativity.

4. Discussion and Conclusion

The present study revealed the fair to moderate inter-parent agreement in evaluating ADHD symptoms and the related problems, although they observed children's behavior at a relatively similar situations. Compared to fathers, mothers tended to report higher levels of symptoms and problems in almost every subscale which is consistent with previous studies [18, 19, 44]. Despite the correlation between parents' ratings, relying on one parent's ratings may lead to overdiagnosis or underdiagnosis. High levels of mental problems in mothers of children with ADHD [46] and more engagement in the coercive cycle of interaction with a child with ADHD [48] may cause the overestimation of the child's symptoms and problems by mothers.

Positive correlation between mother's educational level and parent discrepancy of rating may be due to the higher behavioral and educational expectations of mothers with higher educational levels. Moreover, our study showed that as mothers' parenting stress increased, parent discrepancies regarding externalizing problems decreased. Considering

Table 1. Inter-parent agreement in the scores of each questionnaire

Scale	ICC	Level of Agreement
SNAP-IV		
HY	0.64**	Moderate
IN	0.66**	Moderate
Total	0.63**	Moderate
ECBI		
Intensity	0.73**	Moderate
ERC		
L/N	0.55*	Fair

HY= Hyperactivity/Impulsivity subscale; IN= Inattention subscale; L/N= Emotion lability/negativity subscale; * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$.

Table 2. Mean and standard deviation of parents' score for each questionnaire

Scale		Mean±SD		t	P	ES
		Mothers	Fathers			
SNAP-IV	HY	2.05±0.69	1.80±0.72	2.44	0.019	0.35
	IN	2.01±0.79	1.80±0.84	1.90	0.064	-
	Total	2.03±0.64	1.80±0.72	2.35	0.023	0.34
ECBI	Intensity	150.65±29.75	135.46±29.42	4.34	0.000	0.51
ERC	L/N	38.10±5.87	36.27±4.75	2.33	0.031	0.34

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

HY= Hyperactivity/Impulsivity subscale, IN= Inattention subscale, L/N= emotion lability/negativity subscale, ES = Cohen's d effect size; *P<0.05; **P<0.01.

the mutual relationship between parenting stress and behavioral problems of children [52], higher parenting stress indicates more severe level and thus visibility of externalizing problems in ADHD children; hence, fathers are more likely to acknowledge them and respond more consistently with mothers. It seems that, in applying rating scales for ADHD, the use of the reports of multiple informants such as the other parent or teachers may improve the assessment of ADHD in school-age children.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Informed consent was obtained from the participants; they were assured of the confidentiality of their information and were free to leave the study at any time.

Funding

This study was extracted from the first author's PhD. thesis, and was financially supported by Iran University of Medical Sciences.

Authors contributions

Conceptualization, and investigation: Ghazaleh Zargarinejad, Banafsheh Gharraee; Data collection: Ghazaleh Zargarinejad, Elham Shirazi; Supervision: Saeed Ebadi Zare, Banafsheh Gharraee; Methodology and data analysis: Hojjatollah Farahani; Editing and review: Banafsheh Gharraee, Asma Aghebati.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the personnel of Ali Asghar Hospital and Child Psychiatric Clinic of Tehran Psychiatric Institute for their sincere cooperation and Dr. Javad Mahmoudi-Gharraei for their assistance with sampling and conducting the research.

مقاله پژوهشی

توافق و اختلاف والدین در مورد علائم هسته‌ای و مشکلات برونی‌سازی در کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

غزاله زرگری‌نژاد^۱، سعید عبادی‌زارع^۱، *بنفشه غرایبی^۱، اسما عاقبتی^۱، حجت‌الله فراهانی^۲، الهام شیرازی^۲

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت‌روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو تحقیقات سلامت روانی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۹ خرداد ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۷ مهر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۰

اهداف هماهنگی و اختلاف بین والدین درباره علائم هسته‌ای اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (ADHD) و مشکلات برونی‌سازی مرتبط با آن در تشخیص این اختلال از دلالت‌های بالینی برخوردار است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان توافق و اختلاف درجه‌بندی‌های والدین در مورد بیش‌فعالی / تکانشگری، نقص توجه، مشکلات رفتاری و بدتنظیمی هیجانی در کودکان مبتلا به ADHD است.

مواد و روش‌ها روش این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کودکان ۶ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD بود که در فاصله زمانی شهریور تا آبان ۱۳۸۸ به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر تهران مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه ۵۱ کودک بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و توسط والدین به صورت جداگانه مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌ها شامل مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV پرسش‌نامه رفتار کودک آبرگ و فهرست تنظیم هیجان بود.

یافته‌ها والدین در تمام مقیاس‌ها / زیر مقیاس‌ها به جز بدتنظیمی هیجانی از توافق متوسط برخوردار 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 درجه‌بندی‌های والدین را پیش‌بینی کرد.

نتیجه‌گیری اختلاف درجه‌بندی‌های والدین در مورد علائم و مشکلات کودکان دبستانی مبتلا به ADHD معنی‌دار است و لازم است در تفسیر مقیاس‌های درجه‌بندی در این کودکان مورد توجه بالینگران قرار گیرد. در استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی برای ارزیابی ADHD استفاده از چند منبع اطلاعات پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، مقیاس درجه‌بندی رفتار، مشکلات رفتاری

مقدمه

رابطه منفی دارد. ADHD با کندی در نوشتن [۴] توجه ناکافی به محرک‌های آموزشی در کلاس [۵] و رابطه ضعیف‌تر با معلم [۶] همراه است. تشخیص زودتر، امکان مداخلات درمانی به‌موقع را فراهم می‌کند و مداخلات درمانی می‌تواند موجب بهبود عملکرد تحصیلی شده و مدرسه‌گریزی^۲ را کاهش دهد [۷].

چالش‌های تشخیصی مختلفی در مورد ADHD مطرح شده است. مشخص شده است که بالینگران به دست‌نامه‌های

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی^۱ با شیوع جهانی ۷ درصد در سال‌های دبستان از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی کودک است [۱] و نرخ تشخیص آن در دهه گذشته رو به افزایش بوده است [۲]. شیوع این اختلال بر اساس یک فراتحلیل جدید، در کودکان سنین مدرسه در ایران ۱۵ درصد گزارش شده است [۳]. تشخیص ADHD در سال‌های دبستان اهمیت ویژه‌ای دارد. این اختلال با عملکرد کودکان در مدرسه

2. Absenteeism

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

* نویسنده مسئول:

بنفشه غرایبی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت‌روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، گروه روانشناسی بالینی.

تلفن: ۶۶۵۵۱۵۵۵ (۲۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: gharraee.b@iums.ac.ir

درجه‌بندی‌های والدین درباره علائم ADHD یا مشکلات مرتبط با آن صورت نگرفته است، اما یک پژوهش که توسط وین مولدرز^{۱۰} و همکاران بر روی کودکان مبتلا به ADHD پیش از دبستان انجام شد، اختلاف معنی‌داری بین گزارش والدین از علائم برونی‌سازی گزارش کرده است [۱۸]. در یک پژوهش دیگر در دامنه سنی دبستان که توافق والدین را نیز بررسی کرده است، توافق آن‌ها در مورد علائم هسته‌ای ADHD پایین‌تر از مشکلات برونی‌سازی بوده است [۱۹]، اما در یک پژوهش دیگر، والدین توافق بالاتری در حیطه مشکلات برونی‌سازی در مقایسه با علائم ADHD نشان داده‌اند [۲۰].

همسو نبودن نتایج می‌تواند به دلیل استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی مختلف [۲۱] و دامنه سنی متفاوت در پژوهش‌ها باشد. همچنین عوامل مختلفی که مرتبط با خود والدین است، بر ارزیابی آن‌ها از مشکلات و علائم کودکان مؤثر واقع می‌شود. مثلاً آسیب‌شناسی روانی مادر با تخمین بالاتر علائم فرزندان رابطه دارد [۲۲] و استرس والدینی پیش‌بینی‌کننده اختلاف والدین در درجه‌بندی علائم کودکان مبتلا به ADHD بوده است [۱۹].

اختلاف بین منابع اطلاعات بر ارزیابی و درمان اختلالات روان‌پزشکی کودکان تأثیر می‌گذارد [۱۴] و می‌تواند بالینگران را در تشخیص و ارائه طرح درمان دچار بلامتلفی کند [۲۳]. همچنین اطلاع از اینکه توافق والدین در یک جمعیت روان‌پزشکی خاص مثل کودکان مبتلا به ADHD چقدر است، دلالت‌های بالینی مفیدی خواهد داشت، چراکه به بالینگران در تفسیر نتایج مقیاس‌های درجه‌بندی کمک می‌کند. همچنین به بالینگر کمک می‌کند که بداند کسب اطلاعات از یک والد کافی است یا 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 [۲۴] و بدتنظیمی هیجانی [۲۵] به‌وفور همراه با ADHD دیده می‌شود، در این پژوهش توافق والدین در مورد این مشکلات نیز بررسی شده است. در این مقاله اصطلاح مشکلات برونی‌سازی برای اشاره به مشکلات رفتاری و بدتنظیمی هیجانی به کار رفته است. هدف دیگر این پژوهش بررسی اختلاف درجه‌بندی‌های والدین از علائم هسته‌ای و مشکلات برونی‌سازی کودکان مبتلا به ADHD در سنین دبستان است و با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی در ایران اهمیت انجام این پژوهش افزایش می‌یابد. سؤال مهمی که می‌تواند در مورد اختلاف درجه‌بندی‌های والدین مطرح باشد این است که آیا ویژگی‌های مرتبط با والدین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده اختلاف بیشتر باشد یا خیر. این موضوع واجد اهمیت بالینی است، زیرا اگر ویژگی‌های خاصی با اختلاف والدین در رابطه باشد، در والدینی که واجد چنین ویژگی‌هایی هستند، تکمیل مقیاس‌های درجه‌بندی توسط هر دو والد ضرورت می‌یابد.

تشخیصی^۳ التزام دقیقی ندارند و این مسئله می‌تواند احتمال بیش‌تشخیصی این اختلال را افزایش دهد [۸]. از طرف دیگر، تشخیص کمتر در جوامع غیرغربی [۹] هنوز یک مشکل محسوب می‌شود.

یک چالش دیگر در ارزیابی ADHD آن است که علائم اختلال مثل نقص تمرکز یا بیش‌فعالی ممکن است در حضور بالینگر قابل مشاهده نباشد [۱۰]. بنابراین گزارشی که والدین یا سایر منابع اطلاعات درباره علائم اختلال فراهم می‌کنند، در ارزیابی، اهمیت ویژه‌ای دارد. از آنجا که نشانگرهای زیستی در تشخیص ADHD مطرح نیست [۱۱]، 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-5^۴ برای تشخیص این اختلال لازم است که علائم حداقل در دو موقعیت وجود داشته باشد [۱۲]، والدین، اغلب تنها افرادی هستند که فرصت داشته‌اند در شرایط مختلف، رفتار کودک را مشاهده کنند.

در ارزیابی ADHD، استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی^۵ توسط انجمن روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا^۶ پیشنهاد شده است [۱۳]، اما یکی از مشکلاتی که در استفاده از این مقیاس‌ها در انواع آسیب‌شناسی‌های روانی کودکان وجود دارد، اختلاف منابع اطلاعات^۷ است [۱۴]. اختلاف، به معنای آن است که درجه‌بندی‌های والدین درباره علائم و مشکلات کودک، از نظر شدت یا یکدیگر تفاوت قابل توجهی داشته باشند.

نکته قابل توجه دیگر، میزان توافق^۸ والدین در ارزیابی رفتار کودکان است. اصطلاح توافق که در متون پژوهشی با اصطلاح هماهنگی^۹ نیز مطرح شده است [۱۵]، به معنای همبستگی درجه‌بندی‌های والدین از علائم و مشکلات کودک است. بر اساس یک فراتحلیل، میزان توافق والدین در ارزیابی رفتار کودکان، کم تا متوسط بوده است [۱۶]. در عین حال، میزان توافق والدین در حیطه‌های مختلف مشکلات و آسیب‌شناسی‌های روانی کودکان، یکسان نیست و به عنوان مثال در یک فراتحلیل دیگر مشخص شد که والدین در مورد مشکلات برونی‌سازی از توافق بالایی برخوردارند [۱۷]. تا جایی که نگارنده جست‌وجو کرده است، در ایران تاکنون پژوهشی با هدف بررسی توافق یا اختلاف

3. Diagnostic manuals
4. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder, 5th edition (DSM-5)
5. Rating scales
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)
7. Informant discrepancy
8. Agreement
9. Correspondence

10. Veen-Mulders

روش

روش مطالعه توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کودکان سنین ۶ تا ۱۰ سال بود که در فاصله زمانی شهریور تا آبان ۱۳۸۸ به درمانگاه‌های روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر تهران مراجعه کرده و تشخیص ADHD (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 کردند. گروه نمونه به منظور اجرای یک کارآزمایی بالینی در حیطه فرزندپروری و به صورت در دسترس، نمونه‌گیری شده بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Gpower بر اساس متوسط ICC درجه‌بندی‌های والدین از علائم ADHD در مطالعه قبلی [۱۹] که ۰/۳۹ بوده است و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰ و سطح معناداری ۰/۹۵ محاسبه شده است.

پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین، به منظور تأیید تشخیص ADHD در کودکان و اختلالات همبود از مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا برای کودکان و نوجوانان، نسخه اکنون و طول عمر^{۱۱} [۲۶] استفاده شد. مصاحبه توسط یک دانشجوی دکترای روان‌شناسی بالینی انجام شد. معیارهای ورود برای کودک شامل سن (۶ تا ۱۰ سال) و تشخیص ADHD بر اساس K-SADS-PL و همچنین حداقل تحصیلات دیپلم برای مادر بود. معیارهای خروج برای کودک شامل همبودی با اختلالات طیف دوقطبی^{۱۲}، طیف اوتیسم^{۱۳} و ناتوانی ذهنی^{۱۴} بود. ابتلا به همبودی‌های روان‌پزشکی به جز مواردی که در معیارهای خروج مطرح شده، مانعی برای ورود به مطالعه نبوده است.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل ۱۲ سؤال در دو حوزه اطلاعات کودک شامل سن، جنسیت، تحصیلات، ترتیب تولد، وضعیت درمان دارویی^{۱۵} و اطلاعات والدین شامل سن، وضعیت تأهل، شغل و سطح تحصیلات بود. از والدین خواسته شد که فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به خود و فرزندشان را تکمیل کنند.

مقیاس درجه‌بندی اسنپ چهار^{۱۶} (SNAP-IV)^{۱۷} [۲۷] توسط سوانسون و همکاران به منظور ارزیابی علائم ADHD در سال

11. Kiddie schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)
12. Bipolar Spectrum Disorder
13. Autism Spectrum Disorders (ASD)
14. Mental Retardation
15. Medication status
16. SNAP-IV Rating Scale
17. Swanson, Nolan, and Pelham-IV

۱۹۸۰ ساخته و در سال ۲۰۰۱ همزمان با انتشار DSM-IV^{۱۸} مورد بازنگری قرار گرفت. SNAP-IV شامل ۱۸ گویه است که ۹ گویه علائم نقص توجه و ۹ گویه دیگر علائم بیش‌فعالی / تکانشگری را دربر می‌گیرد. هر گویه بر حسب شدت، بین صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌شود. در این پژوهش، نمره هر والد در دو زیر مقیاس نقص توجه (SNAP-IV-IA) و بیش‌فعالی / تکانشگری (SNAP-IV-HI) و همچنین نمره کل (SNAP-IV-ADHD) محاسبه شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در کشورهای مختلف [۲۸-۳۰] اعتبار و پایایی مطلوبی را نشان داده است و همچنین در ایران ضریب پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۱].

پرسش‌نامه رفتار کودک آبرگ^{۱۹} [۳۲] توسط آبرگ^{۲۰} و راس^{۲۱} برای ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان ۲ تا ۱۶ ساله در سال ۱۹۸۷ ساخته شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ گویه است که بر اساس شدت، در یک لیکرت ۷ تایی درجه‌بندی می‌شود. از مجموع نمرات، نمره شدت^{۲۲} به دست می‌آید که در این پژوهش استفاده شده است. مطالعات مختلفی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را تأیید کرده‌اند [۳۲-۳۴]. در ایران برای مقیاس شدت، ضریب آلفای ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش شده است [۳۵].

سیاهه تنظیم هیجان^{۲۳} [۳۶] که توسط شیلدز و سیچتی در سال ۱۹۹۸ تهیه شده است، رفتارهای مرتبط با تنظیم هیجانی مثبت و منفی کودکان را ارزیابی می‌کند. ERC شامل ۲۴ گویه است و توسط والدین تکمیل می‌شود. این پرسش‌نامه شامل دو خرده‌مقیاس است: تنظیم هیجانی^{۲۴} و ناپایداری / منفی‌گری هیجانی^{۲۵}. خرده‌مقیاس تنظیم هیجانی، آگاهی هیجانی^{۲۶}، همدلی^{۲۷} و ابراز هیجانی سازنده^{۲۸} کودک را می‌سنجد. خرده‌مقیاس ناپایداری / منفی‌گری هیجانی (L/N) بدتنظیمی هیجانی^{۲۹}، ناپایداری خلقی^{۳۰}، عاطفه منفی^{۳۱} و انعطاف‌ناپذیری^{۳۲} را می‌سنجد. نمرات بالاتر در ERC-L/N، بدتنظیمی هیجانی بیشتر را نشان می‌دهد [۳۷]. در این

18. Fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

19. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)

20. Eyberg

21. Ross

22. Intensity scale score (ECBI- Intensity)

23. Emotion Regulation Checklist (ERC)

24. Emotion Regulation (ER)

25. Emotional Lability/negativity (L/N)

26. Emotional awareness

27. Empathy

28. Constructive emotional expression

29. Emotion dysregulation

30. Mood lability

31. Negative affect

32. Inflexibility

ترتیب در تحلیل رگرسیون ۵ متغیر وابسته شامل نمره اختلاف (شاخص d) والدین در همه مقیاس‌ها در نظر گرفته شده است. متغیرهای پیش‌بین عبارت بودند از: تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، نمره کل استرس فرزندپروری مادر و تفاوت تحصیلی والدین (وقتی والدین دو طبقه یا بیشتر با یکدیگر تفاوت داشته‌اند). تحلیل رگرسیون برای هر یک از شاخص‌های 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 [۴۳]. پیش از انجام آزمون‌های پارامتریک، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند ($P < 0/05$). همچنین نتایج حاصل از آزمون لون حاکی از همگنی واریانس‌ها در دو گروه است ($P < 0/05$).

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کودکانی که وارد مطالعه شدند، شامل میانگین سنی ۸/۰۱ و انحراف معیار ۱/۳۴ بود. این کودکان شامل ۳۸ پسر (۷۴/۵ درصد) و ۱۳ دختر (۲۵/۵ درصد) بوده و نرخ همبودی در آنان ۷۶/۵ درصد بود. به جز یکی از کودکان که به فرزندخواندگی پذیرفته شده بود، مابقی با مادر تنی خود زندگی می‌کردند. ۳ نفر از والدین طلاق گرفته بودند. در تمام این موارد، کودک با مادر زندگی می‌کرد و پدر تنی ارزیابی‌ها را انجام داد. **جدول شماره ۱** ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین را نشان می‌دهد.

توافق بین والدین

تحلیل ICC نشان می‌دهد که توافق والدین^{۳۳} در همه مقیاس‌ها / زیرمقیاس‌ها به جز ERC-L/N در محدوده توافق متوسط قرار می‌گیرد. ICC در مورد ERC-L/N از بقیه موارد، پایین‌تر و در محدوده توافق نسبتاً کم قرار می‌گیرد. ICC هر یک از مقیاس‌ها / خرده‌مقیاس‌ها در **جدول شماره ۱** ارائه شده است. ICC در همه موارد از نظر آماری معنادار بوده است. ($P < 0/01$). محاسبه Z Fisher تفاوت معناداری بین ضرایب همبستگی نشان نداد.

مقایسه درجه‌بندی‌های والدین

میانگین درجه‌بندی مادران در همه مقیاس‌ها بالاتر از پدران بود و به جز SNAP-IN در همه موارد، اختلاف میانگین‌ها معنادار است. بدین ترتیب مادران در اغلب موارد، درجه‌بندی‌های بالاتری در مقایسه با پدران ارائه کرده‌اند. میانگین و انحراف معیار درجه‌بندی‌های والدین در **جدول شماره ۲** گزارش شده است. میزان تفاوت درجه‌بندی‌های والدین در حد متوسط بوده است.

پژوهش از نمره ERC L/N استفاده شده است، زیرا نقایص تنظیم هیجانی مرتبط با ADHD را بهتر مشخص می‌کند [۳۸]. ERC از روایی سازه مناسبی برخوردار است [۳۶] و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس ERC-L/N در ایران ۰/۷۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۸ گزارش شده است [۳۹].

فرم کوتاه شاخص استرس فرزندپروری^{۳۳} که توسط آبی‌دین^{۳۳} در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است، میزان استرس فرد به عنوان یک والد را ارزیابی می‌کند. PSI-SF شامل ۳۶ گویه است و در این پژوهش توسط مادران تکمیل شده است. هر گویه بر اساس یک لیکرت ۱ تا ۵ درجه‌بندی می‌شود. PSI-SF شامل سه خرده‌مقیاس (آشفتنی والدینی^{۳۵}، تعاملات ناکارآمد والد فرزند^{۳۶} و کودک دشوار^{۳۷}) است. در این پژوهش نمره کلی مقیاس به عنوان نمره کلی استرس فرزندپروری مورد استفاده قرار گرفته است.

آبی‌دین ضریب پایایی درونی ۰/۹۱ را برای نمره کلی استرس گزارش کرده است [۴۰]. PSI-SF در ایران برای مادران کودکان سنین دبستان هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها و نمره کل استرس والدینی بالای ۰/۸۰ بوده است [۴۱].

تحلیل آماری

برای بررسی توافق بین مادران و پدران در درجه‌بندی مقیاس‌ها از همبستگی درون‌طبقه‌ای (ICC)^{۳۸} استفاده شد. سطوح ICC در این پژوهش، بر اساس تعریف شرارت^{۳۹} در ۵ طبقه تعریف شده است: عدم توافق ($ICC = 0/00 - 0/10$)، توافق ناچیز ($ICC = 0/11 - 0/40$)، توافق نسبتاً کم ($ICC = 0/41 - 0/60$)، توافق متوسط ($ICC = 0/61 - 0/80$) و توافق زیاد ($ICC = 0/81 - 1/00$) [۴۲]. برای مقایسه ضرایب همبستگی از تبدیل Z^{۴۰} استفاده شد. همچنین جهت مقایسه درجه‌بندی‌های والدین، اختلاف میانگین درجه‌بندی‌های آن‌ها با آزمون تی همبسته^{۴۱} محاسبه شد.

متغیرهایی که بر اساس ادبیات پژوهشی ممکن بود اختلاف^{۴۲} بین والدین را پیش‌بینی کنند، انتخاب شد و با استفاده از رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور نمره پدر در هر آیت‌م پرسش‌نامه‌ها از نمره مادر تفریق شد و این نمره اختلاف (شاخص d) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. بدین

33. Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF)

34. Abidin

35. Parental Distress

36. Parent-Child Dysfunctional Interaction

37. Difficult Child

38. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)

39. Shrout

40. Z transformations

41. Paired T tests

42. Discrepancy

43. Interparental agreement

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین

مشخصات	متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار / تعداد (درصد)	
		مادر	پدر
سن		۳۸±۳/۸۹	۳۹±۴/۹
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۰(۰)	۳(۵/۹)
	دیپلم	۱۳(۲۵/۵)	۱۳(۲۵/۵)
	فوق دیپلم و کارشناسی	۳۲(۶۲/۷)	۱۸(۳۵/۳)
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۶(۱۱/۸)	۱۵(۲۹/۴)
شغل	شاغل	۱۷(۳۳/۳)	۵۰(۹۸/۰۴)
	بیکار	-	۱(۲)
	خانهدار	۳۴(۶۶/۷)	-

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۲. توافق والدین در هر مقیاس / خرده‌مقیاس بر اساس ICC

مقیاس‌ها / زیرمقیاس‌ها	ICC
SNAP-IV-HY SNAP-IV-IN SNAP-IV-ADHD	۰/۶۴** ۰/۶۶** ۰/۶۳**
Eyberg Child Behavior Inventory	۰/۷۳**
Emotion Regulation Checklist	۰/۵۵*

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

SNAP-IV-HY: Hyperactivity/Impulsivity; SNAP-IV-IN: Inattention; SNAP-IV-ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ERC-L/N: ERC Liability/Negativity; *P<0.05; ** P<0.01; ICC: Intraclass Correlation.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار درجه‌بندی‌های والدین

ES	P	t	میانگین \pm انحراف معیار / تعداد (درصد)		مقیاس‌ها
			مادران	پدران	
۰/۳۵	۰/۰۱۹	۲/۴۴	۰/۷۲±۱/۸۰	۰/۶۹±۲/۰۵	SNAP-IV
-	۰/۰۶۴	۱/۸۹	۰/۸۴±۱/۸۰	۰/۷۸±۲/۰۱	SNAP-IV-HY
۰/۳۴	۰/۰۲۳	۲/۳۵	۰/۷۲±۱/۸۰	۰/۶۴±۲/۰۳	SNAP-IV-IN SNAP-IV-ADHD
۰/۵۱	۰/۰۰۰	۴/۳۴	۱۳۵/۴۷(۲۹/۴۲)	۱۵۰/۶۵(۲۹/۷۵)	ECBI ECBI- Intensity
۰/۳۴	۰/۰۳۱	۲/۲۳	۳۶/۲۷(۴/۷۵)	۳۸/۱۰(۵/۸۷)	ERC ERC-L/N

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

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

نکته: نتایج آزمون تی وابسته و اندازه اثر موارد معنادار.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون پیش‌بینی اختلاف درجه‌بندی والدین

متغیرهای پیش‌بین	SNAP-IV-HY	SNAP-IV-IN	SNAP-IV-ADHD	ECBI-INTENSITY	ERC-L/N
تحصیلات مادر	۰/۵۵۸**	۰/۳۳۵	۰/۴۹۰**	۰/۴۶۳**	۰/۳۰۸**
تحصیلات پدر	-۰/۴۹۲**	-۰/۳۱۷	-۰/۴۴۶**	-۰/۱۴۵	۰/۰۱۴
استرس فرزندپروری مادر	-۰/۱۶۷	-۰/۰۷۸	-۰/۱۳۳	-۰/۴۰۶**	-۰/۳۲۰*
تفاوت تحصیلی والدین	-۰/۰۳	۰/۱۱۶	۰/۰۵۴	۰/۰۲۲	-۰/۲۰۸

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

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

** $P < 0.01$; * $P < 0.05$

تحلیل رگرسیون / پیش‌بینی‌های اختلاف والدین

همان‌طور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، در تحلیل رگرسیون رابطه مثبت معنی‌داری بین تحصیلات مادر با شاخص d در ECBI، SNAP-ADHD، SNAP-HY و ERC-L/N وجود داشت. همچنین رابطه منفی معنی‌داری بین تحصیلات پدر با شاخص d در SNAP-HY و SNAP-ADHD و بین نمره کل استرس فرزندپروری مادر با شاخص d در ECBI و ERC-L/N به دست آمد. رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و شاخص d در باقی موارد معنادار نبوده است. این متغیرها، تغییرات شاخص d را در مورد SNAP-HY و ECBI به میزان ۲۴ درصد و در مورد SNAP-ADHD و ERC-L/N به میزان ۱۸ درصد توضیح می‌دهند.

بحث

در پژوهش حاضر توافق و اختلاف والدین در مورد علائم هسته‌ای ADHD، مشکلات رفتاری و بدتنظیمی هیجانی کودکان مبتلا به ADHD در سنین دبستان مورد بررسی قرار گرفت. توافق والدین در مورد علائم هسته‌ای (بیش‌فعالی/تکانشگری و نقص توجه) و همچنین مشکلات رفتاری، در حد متوسط و در مورد مشکلات تنظیم هیجانی فرزندان، کمتر و در محدوده توافق نسبتاً کم قرار داشت (جدول شماره ۲). برخلاف منابع اطلاعاتی همچون معلم که در محیط کاملاً ساختاریافته و متفاوت از خانه، رفتار کودک را مشاهده می‌کنند، والدین، هر دو در محیط‌های نسبتاً مشابهی رفتار کودک را مورد مشاهده قرار می‌دهند. بنابراین تأثیر بافت^{۴۴} بر رفتار کودک چندان مطرح نیست.

یک فراتحلیل گزارش کرده است که والدین در مورد مشکلات برونی‌سازی کودکان توافق بالایی دارند، اما مطالعاتی که در این فراتحلیل بررسی شده اند لزوماً جمعیت‌های بالینی را دربر نگرفته‌اند [۱۷]. رجوع به پژوهش‌هایی که به طور خاص بر

ADHD متمرکز شده‌اند با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ‌تر است. یک مطالعه که توافق والدین کودکان و نوجوانان ADHD را در مورد علائم اختلال با استفاده از SNAP بررسی کرده، گزارش کرده است که توافق والدین در مورد علائم بیش‌فعالی / تکانشگری در حد متوسط و در مورد علائم نقص توجه در محدوده نسبتاً کم بوده است [۴۴]. همچنین در یک مطالعه دیگر توافق والدین در مورد علائم هسته‌ای ADHD در محدوده متوسط (۰/۶۲-۰/۷۱) بوده است که با نتایج پژوهش حاضر همسوست [۲۰].

توافق کمتر والدین در حیطه تنظیم هیجان ممکن است به ویژگی‌های روان‌سنجی متفاوت ERC مربوط باشد. به عنوان مثال اعتبار از طریق آلفای کرونباخ در نسخه فارسی ERC-L/N، ۷۱ درصد است اما همین شاخص در SNAP و ECBI بالاتر از ۹۰ درصد است.

مقایسه درجه‌بندی‌های والدین نشان می‌دهد که مادران به جز حیطه علائم نقص توجه، سطح بالاتری از علائم و مشکلات را در همه موارد در مقایسه با پدران گزارش کرده‌اند. در واقع، اختلاف درجه‌بندی‌های والدین در همه حیطه‌ها به جز نقص توجه معنی‌دار است (جدول شماره ۳). این الگوی درجه‌بندی والدین (اختلاف والدین)^{۴۵} که حاکی از گزارش بیشتر علائم توسط مادران است، با مطالعات پیشین در حوزه ADHD همسوست [۴۴، ۱۹، ۱۸]. علت آنکه درجه‌بندی‌های والدین در حیطه علائم نقص توجه برخلاف سایر حیطه‌ها اختلاف معناداری ندارد، ممکن است به دلیل ماهیت متفاوت علائم این حیطه در مقایسه با سایر حیطه‌های ارزیابی شده باشد. علائم و مشکلات نقص توجه همچون بی‌دقتی یا حواس‌پرتی در مقایسه با علائم بیش‌فعالی یا مشکلات برونی‌سازی، ظریف‌تر است و تظاهرات آشکار کمتری دارد.

اختلاف درجه‌بندی‌های والدین می‌تواند واجد تلویحات بالینی باشد. در واقع، اگر مقیاس درجه‌بندی، به عنوان بخشی از فرایند

45. Parental discrepancy

44. Contextual effect

هیجانی پیش‌بینی کرده است (جدول شماره ۴). به طور خاص، هرچه استرس فرزندپروری مادر بالاتر رود، اختلاف والدین در حوزه برونی‌سازی (مشکلات رفتاری و تنظیم هیجانی) کاهش می‌یابد. این یافته با پژوهش لنگ برگ و همکاران همسوست [۱۹]. در پژوهش وین مولدرز و همکاران نیز استرس فرزندپروری مادر پیش‌بینی‌کننده اختلاف والدین در حوزه برونی‌سازی بوده است، اما رابطه این دو بر خلاف پژوهش حاضر، مثبت بوده است [۱۸]. تفاوت جهت رابطه ممکن است به گروه سنی کودکان مربوط باشد. در پژوهش وین مولدرز و همکاران از جمعیت کودکان خردسال استفاده شده است [۱۸].

بر اساس پژوهش حاضر وقتی استرس فرزندپروری مادران بالاتر باشد، اختلاف والدین در درجه‌بندی مشکلات برونی‌سازی کمتر است. نظر به رابطه دوسویه استرس فرزندپروری و مشکلات رفتاری کودک [۵۲]، این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که استرس فرزندپروری بالا حاکی از مشکلات برونی‌سازی شدیدتر در کودک است. انتظار می‌رود که مشکلات برونی‌سازی وقتی شدیدتر است، ملموس‌تر، برجسته‌تر و قابل مشاهده‌تر باشد. بنابراین پدران بیشتر احتمال دارد که آن‌ها را در مقیاس‌های درجه‌بندی تصدیق کنند و هماهنگ‌تر با مادر پاسخ دهند. بنابراین اختلاف والدین در مورد آن‌ها کاهش می‌یابد. پژوهش وین مولدرز و همکاران [۱۸] نیز نشان داده است که وقتی مشکلات رفتاری کودک شدیدتر است، توافق والدین افزایش می‌یابد.

در مورد رابطه تحصیلات والدین با اختلاف درجه‌بندی‌های آن‌ها، در پژوهش ما جهت این رابطه در مورد مادران و پدران، یکسان نبود. یافته مهمی که باید تصریح شود آن است که تفاوت تحصیلی والدین (دو طبقه یا بیشتر) به عنوان متغیر پیش‌بین، معنادار نشده است، اما هرچه تحصیلات مادر بالاتر باشد، اختلاف درجه‌بندی‌های والدین در حوزه علائم بیش‌فعالی / تکانشگری و مشکلات برونی‌سازی بیشتر می‌شود. در مورد پدران، تحصیلات فقط در حوزه علائم بیش‌فعالی / تکانشگری پیش‌بینی‌کننده است و رابطه این دو نیز معکوس است. دلالت‌های بالینی این بخش از یافته‌های پژوهش ما حاکی از آن است که هرچه تحصیلات مادر بالاتر و هرچه تحصیلات پدر پایین‌تر باشد، اهمیت افزودن یک منبع اطلاعات دیگر خصوصاً در مورد ارزیابی علائم بیش‌فعالی / تکانشگری افزایش می‌یابد. احتمالاً مادرانی 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 کنند و این موجب اختلاف بیشتری با درجه‌بندی‌های پدران شود. در مورد پدران، ممکن است تحصیلات پدر با ادراک او از مشکلات کودک در رابطه باشد. احتمالاً پدران که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند آگاهی کمتری نسبت به علائم ADHD و مشکلات همراه دارند و بیشتر تمایل دارند که مشکلات کودک را طبیعی قلمداد کرده و کمتر گزارش کنند و این باعث اختلاف

تشخیصی مورد استفاده قرار گیرد، بسته به اینکه پاسخ‌های کدام والد کسب شده باشد، ممکن است بیش‌تشخیصی یا کم‌تشخیصی رخ دهد. از آنجا که مقیاس‌های درجه‌بندی دارای جداول هنجاری جداگانه‌ای برای پدر و مادر نیست، تکیه بر درجه‌بندی‌های مادر درباره علائم و مشکلات کودک ممکن است زمینه بیش‌تشخیصی را فراهم کند.

راهبردهای مختلفی در مواجهه با چنین مواردی پیشنهاد شده است. استفاده از یک منبع اطلاعات دیگر همچون معلم در ارزیابی مشکلات [۴۵، ۱۶] و درخواست از والدین برای تکمیل مجدد پرسش‌نامه‌ها به صورت مشترک و رفع موارد اختلاف [۱۹] در این موارد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

اختلاف درجه‌بندی‌های والدین می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. شیوع آسیب‌شناسی روانی خصوصاً علائم افسردگی در مادران کودکان مبتلا به ADHD بالاست [۴۶] که می‌تواند منجر به سوگیری منفی^{۴۶} نسبت به مشکلات کودک شود [۴۷]. از طرفی اغلب مادران ساعات طولانی‌تری با فرزندان در تماس هستند. بنابراین بیشتر احتمال دارد که در چرخه قهرآمیز^{۴۷} تعامل با کودک مبتلا به ADHD قرار گیرند. بنابراین مشکلات او را بیشتر از پدران برآورد کنند. چرخه قهرآمیز، چرخه‌های معیوبی از تعامل منفی والد کودک است که منجر به تشدید مشکلات برونی‌سازی می‌شود [۴۸].

اختلاف درجه‌بندی‌های والدین ممکن است تحت تأثیر نگرش‌های متفاوت مادران و پدران راجع به مشکلات کودک نیز قرار گیرد. دیدگاه والدین ممکن است از این نظر که کدام‌یک از مشکلات کودک نیازمند درمان است، با یکدیگر همسو نباشد. بنابراین در مواجهه با آیت‌های پرسش‌نامه، مواردی را که با اولویت درمانی آنان همسوتر است بالاتر درجه‌بندی کنند [۱۴].

علت آنکه پدران مشکلات کودک را با شدت کمتری گزارش کرده اند، می‌تواند این باشد که پدران کودکان مبتلا به ADHD در مقایسه با کودکان عادی، تعامل کمتری با فرزند خود دارند و همچنین از شیوه‌های مستبدانه‌تری استفاده می‌کنند [۴۹] که می‌تواند باعث شود کودکان در حضور آن‌ها بازداری بیشتری بر رفتار خود اعمال کنند. در مورد ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان در موقعیت‌های بالینی، پیشنهاد شده است که گزارش‌های هر دو والد ترکیب شوند [۵۰] و همچنین استفاده از منابع اطلاعات متعدد^{۴۸} در ارزیابی اختلالات برونی‌سازی پیشنهاد شده است [۵۱].

در پژوهش حاضر استرس فرزندپروری مادر^{۴۹} اختلاف درجه‌بندی‌های والدین را در حوزه مشکلات رفتاری و تنظیم

46. Negativity bias

47. Coercive cycle

48. Multi-informant measurement

49. Maternal parenting stress

اجرای پروژه: سعید عبادی زارع و بنفشه غرایبی؛ روش‌شناسی و تحلیل آماری: حجت‌الله فراهانی؛ ویرایش و نقد: بنفشه غرایبی، اسما عاقبتی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران و همچنین همکاری‌های بیمارستان حضرت علی‌اصغر، درمانگاه روان‌پزشکی کودک انستیتو روان‌پزشکی تهران و جناب آقای دکتر جواد محمودی قرایی در بخش نمونه‌گیری و اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌کنیم.

بیشتر با درجه‌بندی‌های مادر می‌شود. یک پژوهش در ایران در حیطه تبعیت از درمان دارویی در ADHD نشان داده است که وقتی تحصیلات پدر پایین‌تر است، تبعیت از درمان دارویی^{۵۰} برای 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 برونی‌سازی 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 درجه‌بندی‌های آن‌ها در رابطه است، اما جهت و شدت رابطه در مورد این متغیرها یکسان نیست و هر یک در حوزه‌های خاصی از توانایی پیش‌بینی اختلاف درجه‌بندی‌های والدین برخوردار هستند.

نمونه این مطالعه از کودکان ۶ تا ۱۰ ساله مبتلا به ADHD انتخاب شده است. بنابراین نتایج قابل تعمیم به سایر گروه‌های سنی نیست. همچنین این مطالعه استرس فرزندپروری پدران را ارزیابی نکرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نقش این متغیر نیز در پیش‌بینی اختلاف درجه‌بندی‌های والدین بررسی شود. چنانچه این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و به تفکیک جنس و سن تکرار شود، یافته‌های دقیق‌تری برای گروه‌های سنی مختلف و در مورد هر جنس، حاصل می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفته است (کد: IR.IUMS.REC.1398.701). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

داده‌های پژوهش برگرفته از رساله‌ی دکترای نویسنده اول در گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت‌روان (انستیتو روان‌پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، تحقیق و بررسی: غزاله زرگری‌نژاد، بنفشه غرایبی؛ جمع‌آوری داده‌ها: غزاله زرگری‌نژاد، الهام شیرازی؛ نظارت بر

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. [DOI:10.1542/peds.2014-3482] [PMID]
- [2] 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. [DOI:10.1001/jamanetworkopen.2018.1471] [PMID] [PMCID]
- [3] 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):e8990. [DOI:10.5812/ijpbs.8990]
- [4] Capodici A, Lachina S, Cornoldi C. Handwriting difficulties in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in Developmental Disabilities*. 2018; 74:41-9. [DOI:10.1016/j.ridd.2018.01.003] [PMID]
- [5] 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. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2007.01809.x] [PMID]
- [6] 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. [DOI:10.1016/j.ecresq.2019.12.006]
- [7] 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):274-87. [DOI:10.1097/DBP.0b013e3180cab28] [PMID]
- [8] 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):128-38. [DOI:10.1037/a0026582] [PMID]
- [9] Tzang RF, Chang YC, Hung ST, Tang CH. Under-diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in one of non-western country-taiwan. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2015; 17:206-9. <https://tmu.pure.elsevier.com/en/publications/under-diagnosis-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-on>
- [10] 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. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 24(1):1-4. [DOI:10.1007/s00787-014-0665-1] [PMID]
- [11] Thome J, Ehli AC, 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. [DOI:10.3109/15622975.2012.690535] [PMID]
- [12] Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Virginia: American Psychiatric Association; 2013. [DOI:10.1176/appi.books.9780890425596]
- [13] Pliszka S, AACAP Work Group on Quality Issues. 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. [DOI:10.1097/chi.0b013e318054e724] [PMID]
- [14] 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):483-509. [DOI:10.1037/0033-2909.131.4.483] [PMID]
- [15] 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. [DOI:10.1111/j.1469-7610.1993.tb01103.x] [PMID]
- [16] 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):858-900. [DOI:10.1037/a0038498] [PMID] [PMCID]
- [17] Duhig AM, Renk K, Epstein MK, Phares V. Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behavior problems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2000; 7(4):435-53. [DOI:10.1093/clipsy.7.4.435]
- [18] 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. [DOI:10.1007/s00787-016-0897-3] [PMID] [PMCID]
- [19] 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. [DOI:10.1177/1063426608330792] [PMID] [PMCID]
- [20] Sollie H, Larsson B, Mørch WT. 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. [DOI:10.1177/1087054711436010] [PMID]
- [21] 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. [DOI:10.1037/a0025500] [PMID]
- [22] 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. [DOI:10.1097/00004583-200005000-00013] [PMID]
- [23] De Los Reyes A, Thomas SA, Goodman KL, Kundery SM. Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013; 9:123-49. [DOI:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617] [PMID] [PMCID]
- [24] 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. [DOI:10.1111/jcpp.12340] [PMID] [PMCID]
- [25] Barkley RA. Why emotional impulsiveness should be a central feature of ADHD. *The ADHD Report*. 2010; 18(4):1-5. [DOI:10.1521/adhd.2010.18.4.1]

- [26] Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(7):980-988. [DOI:10.1097/00004583-199707000-00021][PMID]
- [27] 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):51-70. [PMID] [PMCID]
- [28] 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. [DOI:10.1177/1073191107313888] [PMID] [PMCID]
- [29] Gau SSF, 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. [DOI:10.1002/mpr.237] [PMID] [PMCID]
- [30] Seo WS, Chang HK, Kim JS, Lee JB. 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. <https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=2341398>
- [31] Sadrosadat SJ, Houshyari Z, Zamani R, Sadrosadat L. [Determination of psychometrics index of snap-iv rating scale in parents execution (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2008; 8(4):59-65. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-183-en.html>
- [32] Eyberg SM, Pincus D. ECBI & SESBI-R Eyberg child behavior inventory and sutter-eyberg student behavior inventory-revised: Professional manual. Lutz: Psychological Assessment Resources; 1999. ECBI & SESBI-R: Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student ... - Sheila M. Eyberg - Google Books
- [33] Eyberg SM, Robinson EA. Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1983; 12(3):347-54. https://www.researchgate.net/profile/Sheila-Eyberg/publication/247521385_Conduct_problem_behavior_Standardization_of_a_behavioral_rating/links/5429fac50cf29bbc126770bc/Conduct-problem-behavior-Standardization-of-a-behavioral-rating.pdf
- [34] 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. [DOI:10.1207/s15374424jccp2004_13]
- [35] Haji Seyedrazi H, Azkhash 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 (Persian)]. *Journal of Family Research*. 2013; 8(4 (32)):373-90. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=289835>
- [36] 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):906-16. [DOI:10.1037/0012-1649.33.6.906] [PMID]
- [37] Seymour KE, Chronis-Tuscano A, Iwamoto DK, Kurdziel 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. [DOI:10.1007/s10802-013-9799-8] [PMID] [PMCID]
- [38] 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. [DOI:10.1007/s10802-011-9593-4] [PMID]
- [39] Sheikh Attar Z, Hosseini FS, Golestane SM. [Comparison of role of maternal self efficacy and maternal meta-emotion on children's emotion regulation in children with and without father (Persian)]. *Journal of Woman and Family Studies*. 2018; 6(1):109-131. [DOI:10.22051/jwfs.2017.12736.1291]
- [40] Abidin R. Parenting stress index. Lutz: Psychological Assessment Resources; 1995. <https://books.google.com/books?id=eJQMmwEACAAJ&dq=Abidin+R.+Parenting+stress+index&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwiQ1lbMprj1AhX1nVwKHZrRCg8Q6AF6BAGIEAE>
- [41] Fadaei Z, Dehghani M, Tahmasian K, Farhadei M. [Investigating reliability, validity and factor structure of parenting stress-short form in mothers of 7-12 year-old children (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2010; 8(2(16)):81-91. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=209831>
- [42] Shrout PE. Measurement reliability and agreement in psychiatry. *Statistical Methods in Medical Research*. 1998; 7(3):301-17. [DOI:10.1177/096228029800700306] [PMID]
- [43] 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; 23(2):388-97. [DOI:10.1037/a0021926] [PMID]
- [44] 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. [DOI:10.1177/1087054713504134] [PMID]
- [45] 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. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2012.02537.x] [PMID] [PMCID]
- [46] 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. [DOI:10.1007/s10826-018-1017-4]
- [47] 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. [DOI:10.1023/A:1015770025043] [PMID]
- [48] Patterson GR. Coercive family process. Eugene: Castalia Publishing Company; 1982. <https://books.google.com/books?id=oU4oAQAIAAJ&q=Coercive+family+process&dq=Coercive+family+process&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwj09ipLj1AhXBNVwKHczXDYMQ6AF6BAGLEAI>

- [49] Chang LR, Chiu YN, Wu YY, Gau SS. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54(2):128-40. [DOI:10.1016/j.comppsy.2012.07.008] [PMID]
- [50] 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. [DOI:10.1007/s10578-008-0097-6] [PMID]
- [51] 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):558-74. [DOI:10.1111/j.1469-7610.2012.02537.x] [PMID] [PMCID]
- [52] 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. [DOI:10.1352/1944-7558-117.1.48] [PMID] [PMCID]
- [53] 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; 19(1):39-43. https://jagjournalagent.com/ias/pdfs/IAS_19_1_39_43.pdf