MEJDS. 2020; 10:231.

Published online 2021 March. **Research Article**

The Diagnostic Accuracy of Parent Rating Scales in Discriminating Children with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Momenian V[1], *Nazifi M[2], Talepasand S[3]

Author Address
1. MSc in General Psychology, Semnan University, Semnan, Iran;
2. PhD in Psychology, Assistant Professor, University of Bojnord, Bojnord, Iran;
3. PhD in Educational Psychology, Associate Professor, Semnan University, Semnan, Iran.
***Corresponding author's email:** Nazifi@ub.ac.ir

Received: 2019 May 21; **Accepted:** 2020 March 2

Abstract

Background & Objectives: Attention–Deficit Hyperactivity/Disorder (ADHD) remains a highly controversial psychological condition due to its complex nature and co–occurrence with several comorbid disorders; thus, it makes differential diagnosis especially difficult (if not impossible). The overdiagnosis of ADHD and subsequently the over–prescription of psychostimulants to these children are the most essential parts of ADHD controversy. There exists no accurate diagnostic method to help professionals to establish a correct diagnosis of ADHD; therefore, they have been recommended to use multiple methods and information sources, such as interviews with parents and teachers, behavioral rating scales, direct observation techniques, and neuropsychological tests to ensure the correct diagnosis. This study aimed to investigate the diagnostic power of behavioral rating scales responded by parents in diagnosing ADHD as well as their other psychometric properties.

Methods: This was a descriptive and methodological study. The statistical population included all male students in Mashhad City, Iran, in the 2014–2015 academic year. The study sample consisted of 40 students selected by convenience sampling method. To gather the quantitative data, we observed students in classroom settings and interviewed their teachers and parents. Of these boys, 20 were healthy and 20 had received ADHD diagnosis by a physician before participating in our study. We administered a short three–subscale form of the Wechsler Intelligence Scale for Children–Revised (Wechsler, 1974) to all these 40 children to ensure they have no intellectual disability. Besides, the study groups were matched concerning intelligence quotient. Then, we trained blind interviewers to administer semi–structured interviews with the children's parents to verify their initial ADHD diagnoses; they also requested the parents to rate their children's classroom behaviors using the Conners Parent Rating Scale–Revised (CPRS–R) (Conners, 1997) and the Swanson, Nolan, and Pelham–4 Rating Scale (SNAP–IV) (Swanson et al., 2001) two times with a one–month interval. We also used the Receiver Operating Characteristic (ROC) analysis to calculate the sensitivity and specificity as well as False Positive Rate (FPR) and False Negative Rate (FNR) for these scales. Additionally, we used Cronbach's alpha coefficient and Pearson correlation coefficient methods to evaluate the internal consistency and test–retest reliability of both rating scales in SPSS. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) followed by one–way Analysis of Variance (ANOVA) and *posthoc tests* data indicated that all subscales of CPRS–R and SNAP–IV could significantly distinguish between ADHD and non–ADHD children. Cronbach's alpha coefficient for the total 18 items of SNAP–IV as well as predominantly inattentive (first 9 items) and predominantly hyperactive/impulsive (second 9 items) subscales of it were measured as 0.99, 0.97, and 0.98, respectively, indicating excellent internal consistencies. Test–retest reliabilities for the total 18 items and predominantly inattentive (first 9 items) and predominantly hyperactive/impulsive (second 9 items) subscales of SNAP–IV were 0.72, 0.77, and 0.68, respectively, indicating acceptable test–retest reliabilities for it. For CPRS–R, Cronbach's alpha coefficients were obtained as 0.95, 0.89, and 0.88, 0.90 for cognitive (6 items), hyperactive (6 items), oppositional (6 items), and total (9 items) subscales, respectively. Test–retest reliabilities for cognitive, hyperactive, oppositional, and total subscales were computed as 0.94, 0.74, and 0.77, 0.86 respectively. ROC analyses also presented an excellent to acceptable sensitivity and specificity for all the subscales of the CPRS–R and SNAP–IV rating scales. All sensitivities ranged between 0.70 and 0.85, all specificities raged between 0.70 and 0.90; the AUC values of SNAP–IV and CPRS–R lied between 0.80 and 0.89, which indicated their excellent diagnostic power with low FPR and FNR rates.

Conclusion: Our results suggested that the diagnostic accuracy of the Persian versions of the CPRS–R and SNAP–IV subscales was excellent to acceptable. The CPRS–R and SNAP–IV indicated excellent diagnostic accuracy in this study; however, using them in isolation is not recommended.

Keywords: Attention–deficit/hyperactivity disorder, Diagnostic accuracy, Conners Parent Rating Scale (CPRS), Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale–Parent Form (SNAP–IV).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۲۳۱

انتشار برخط اسفند ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

توان تشخیصی مقیاس‌های درجه‌بندی والدین در تفکیک کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از کودکان فاقد این اختلال

وحیده مؤمنیان[۱]، *مرتضی نظیفی[۲]، سیاوش طالع‌پسند[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، استادیار دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، دانشیار دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Nazifi@ub.ac.ir

تاریخ دریافت: ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی یکی از شایع‌ترین اختلالات عصبی‌رفتاری در دوران کودکی است که هنوز هیچ روش یا منبع اطلاعاتی واحدی برای تشخیص دقیق این اختلال شناسایی نشده است. هدف پژوهش حاضر بررسی توان تشخیصی مقیاس‌های درجه‌بندی والدین در تفکیک کودکان مبتلا به این اختلال از کودکان فاقد آن بود.

روش‌بررسی: تحقیق حاضر از نوع توصیفی و روان‌سنجی بود. جامعهٔ آماری را دانش‌آموزان پسر ابتدایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۴ـ۱۳۹۳ تشکیل دادند. نمونه شامل بیست کودک بهنجار و بیست کودک مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود که با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه و تجدیدنظرشدهٔ مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز (کانرز و همکاران، ۱۹۹۷) و فرم کوتاه مقیاس اسنپ‌ـ۴ ویژهٔ والدین (سوانسون و همکاران، ۲۰۰۱) در دو مرحله با فاصلهٔ چهار هفته استفاده شد. داده‌ها ازطریق میانگین و انحراف معیار، آلفای کرونباخ، همبستگی پیرسون، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل راک در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد، نسخهٔ والدین مقیاس‌های کانرز و اسنپ‌ـ۴ می‌تواند به‌طور معناداری کودکان نارساتوجه/فزون‌کنش را از کودکان فاقد این اختلال متمایز کند (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین برای تمام خرده‌مقیاس‌های این دو مقیاس، اندازه‌های حساسیت با مقادیر بیشتر از ۰/۷۰ و ویژگی بیشتر از ۰/۷۰ است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش خصوصیات روان‌سنجی مقیاس‌های کانرز و اسنپ تأیید می‌شود؛ بنابراین از این دو مقیاس می‌توان به‌عنوان ابزارهایی مطلوب در تشخیص اختلال ADHD استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، توان تشخیصی، فرم والدین مقیاس درجه‌بندی مقیاس کانرز، فرم والدین مقیاس درجه‌بندی اسنپ‌ـ۴.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

۱ مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی[1] (ADHD) متداول‌ترین اختلال عصب‌ـ رشدی در کودکان و نوجوانان است که با سه نشانهٔ اصلی فقدان توجه[2]، فزون‌کنشی[3] و تکانشگری[4] مشخص می‌شود. شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان در حدود ۷درصد در جمعیت‌های غیربالینی گزارش شده است (۱). مرادیان و آقامحمدیان شیوع ADHD را در ایران ۱۲/۵ درصد گزارش کردند؛ این در حالی است که پسران سه برابر بیشتر از دختران احتمال دارد تشخیص این اختلال را دریافت کنند (۲). کودکان دارای این اختلال در طیف وسیعی از حوزه‌ها شامل عملکردهای اجرایی (برنامه‌ریزی، شناخت) و تحصیلی، روابط اجتماعی با والدین، معلمان و همتایان، کنترل حرکتی و تنظیم هیجانی مشکل دارند (۳)؛ بنابراین اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به‌عنوان اختلالی مسئله‌ساز در کودکان به رسمیت شناخته شده است؛ اما هنوز هیچ روش یا منبع اطلاعاتی واحدی برای تشخیص دقیق این اختلال شناسایی نشده است؛ همین مسئله شناسایی اختلال مذکور را پیچیده می‌کند. این پیچیدگی به‌دلیل همپوشانی زیاد اختلال ADHD با سایر اختلالات بالینی همبود بیشتر می‌شود؛ تاآنجاکه فزون‌تشخیصی یا تشخیص اشتباه این اختلال را در پی دارد؛ درحالی‌که تشخیص درست و بهنگام و به‌تبع آن ارائهٔ درمان مناسب برای این اختلال می‌تواند خطر سوءمصرف مواد، خودکشی و نرخ جرم را کاهش دهد؛ بنابراین برای جلوگیری از این معضلات ضرورت رویکردی تشخیصی دقیق به این اختلال آشکار است (۴). به‌منظور برخورد مناسب با این پیچیدگی‌ها، فرایند تشخیصی صحیح مستلزم استفاده از روش‌های تشخیصی چندگانه ازقبیل مصاحبه (با والدین و معلم)، مقیاس‌های درجه‌بندی، مشاهدهٔ مستقیم رفتار و بررسی پروندهٔ تحصیلی کودک است (۵). در بین روش‌های مختلف، مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار، پرطرفدارترین و کارآمدترین روش برای سنجش ADHD هستند. رایج‌ترین مقیاس‌های درجه‌بندی عبارت است از: مقیاس درجه‌بندی کانرز (CRS)[5] که رفتارهای مقابله‌ای، مشکلات شناختی، نارسایی توجه و فزون‌کنشی را می‌سنجد (۶) و مقیاس اسنپ (SNAP)[6] که نارسایی توجه، فزون‌کنشی و تکانشگری را اندازه‌گیری می‌کند (۷). بسیاری از تحقیقات در سال‌های اخیر روی ویژگی‌های روان‌سنجی این دو مقیاس صورت گرفته است. در فراتحلیلی که توسط چانگ و همکاران بر چهار مقاله در حیطهٔ ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ تجدیدنظرشدهٔ فرم والدین مقیاس کانرز انجام شد، اندازه‌های حساسیت بین ۰/۶۴تا۰/۸۴ و ویژگی نیز بین ۰/۶۴تا۰/۸۴ به‌دست آمد؛ بنابراین توان تشخیصی فرم والدین این مقیاس به تأیید رسید (۸). روایی تشخیصی (افتراقی)[7] و پایایی[8] فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز توسط کانرز و همکاران تأیید شد (۶). در پژوهشی که بر نسخهٔ فرانسوی فرم والدین مقیاس درجه‌بندی کانرز به‌منظور ارزیابی و تشخیص کودکان ADHD از کودکان سالم انجام شد، روایی تشخیصی و پایایی این مقیاس به تأیید رسید (۹).

مطالعه‌ای توسط هال و همکاران به‌منظور به‌دست‌آوردن کارایی تشخیصی فرم والدین مقیاس درجه‌بندی اسنپ‌ـ۴ صورت گرفت. در این پژوهش پایایی و روایی افتراقی مقیاس اسنپ در تفکیک کودکان دارای اختلال ADHD از کودکان بدون این اختلال تأیید شد. این مطالعه نشان داد، مقیاس اسنپ‌ـ۴ برای غربالگری اختلال ADHD ابزار مفیدی است و می‌تواند در کارآزمایی‌های بالینی و موقعیت‌های بالینی استفاده شود (۱۰). افزون‌براین در مطالعهٔ آلدا و سرانو‌ـ ترانکوسو به‌منظور تعیین روایی تشخیصی فرم والدین مقیاس اسنپ درمقایسه با تشخیص متخصص اطفال، ۷۲۶۳ کودک بیشتر از شش سال از سراسر اسپانیا، بدون سابقهٔ هیچ تشخیصی از دارابودن ADHD حضور داشتند. در این پژوهش بین درجه‌بندی‌های والدین از این مقیاس و تشخیص متخصص اطفال درجهٔ توافق ۰/۶۵ به‌دست آمد. اندازه‌های حساسیت به میزان پذیرفتنی و ویژگی بین ۸۲/۳ و ۸۲/۴ بود؛ بنابراین روایی تشخیصی این مقیاس به تأیید رسید (۱۱)؛ همچنین در پژوهش کاستا و همکاران، ویژگی‌های روان‌سنجی فرم والدین مقیاس اسنپ‌ـ۴ ازقبیل پایایی بازآزمایی و روایی تشخیصی حمایت شد؛ همچنین حساسیت این مقیاس به تأثیر درمان‌های دارویی و رفتاری در این مطالعات نشان داده شد (۱۲).

اختلال ADHD دارای فرایند ارزیابی واحدی نیست و طبق نظر متخصصان برای انجام تشخیص صحیح و دقیق این اختلال باید به استفاده از روش‌های مختلفی روی آورد که یکی از آن‌ها مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی روایی تفکیکی[9] و توان تشخیصی[10] دو نمونه از مقیاس‌های پرکاربردتر درجه‌بندی والدین یعنی فرم کوتاه و تجدیدنظرشدهٔ مقیاس کانرز و اسنپ‌ـ۴ بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی و روان‌سنجی بود. جامعهٔ مطالعه‌شده را دانش‌آموزان پسر منطقهٔ چهار شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۴ـ۱۳۹۳ تشکیل دادند. بعد از کسب مجوز از آموزش‌وپرورش شهر مشهد، با رعایت ملاحظات اخلاقی (اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی از والدین برای شرکت فرزندشان در پژوهش) و بیان اهداف پژوهش، آگاه‌سازی مسئولان مدرسه و کسب اجازه از آن‌ها و جلب رضایت دانش‌آموزان و والدینشان برای شرکت در این پژوهش صورت گرفت. از بین ۳۷۸ دانش‌آموز پایهٔ اول تا ششم ابتدایی انتخاب‌شده با روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد بیست دانش‌آموز که طبق تشخیص روان‌پزشک تشخیص نارسایی توجه/فزون‌کنشی گرفتند و داروی ریتالین مصرف می‌کردند، شناسایی شدند؛ همچنین بعد از مصاحبهٔ بالینی نیمه‌ساختاریافته با والدین دانش‌آموزان توسط

1. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)
2. Inattention
3. Hyperactivity
4. Impulsivity
5. Conners Rating Scale
6. Swanson, Nolan & Pelham
7. Discriminant validity
8. Reliability
9. Discriminnant validity
10. Diagnostic power

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

مصاحبه‌گران آموزش‌دیده، تشخیص ADHD در این بیست دانش‌آموز تأیید شد. بیست دانش‌آموز دیگر نیز ازطریق مصاحبهٔ بالینی نیمه‌ساختاریافته با والدین آن‌ها توسط مصاحبه‌گران مذکور و نداشتن سابقه‌ای از مشکلات تحصیلی و رفتاری طبق پروندهٔ تحصیلی‌شان به‌منزلهٔ کودکان عادی شناسایی شدند و به‌عنوان گروه همتا انتخاب شدند. اجرای فرم کوتاه و بازنگری‌شدهٔ سه خرده‌آزمون از آزمون تجدیدنظرشدهٔ هوش کودکان وکسلر (۱۳) روی تمام چهل شرکت‌کننده نشان داد، آن‌ها در بازهٔ ناتوانی ذهنی قرار ندارند و میانگین هوشبهر در دو گروه دارای تفاوت معناداری نیست. در انتها والدین هر دو گروه ADHD و عادی برحسب آشنایی با رفتار کودک خویش نسخهٔ والدین مقیاس‌های درجه‌بندی کانرز و اسنپ‌ـ۴ را تکمیل کردند.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌های گروه ADHD به پژوهش عبارت بود از: دریافت تشخیص اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی؛ نداشتن اختلالات همراه شدید همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک[1]، اختلالات یادگیری[2] و افسردگی[3]؛ قرارداشتن در بازهٔ سنی مدرسهٔ ابتدایی (یعنی ۷تا۱۲ سال)؛ هوشبهر کلی بیشتر از ۸۵ اندازه‌گیری‌شده با استفاده از فرم کوتاه سه خرده‌آزمون از آزمون تجدیدنظرشدهٔ هوش کودکان وکسلر (۱۳)؛ دریافت‌نکردن دارو در روز مصاحبهٔ اول و نیز در روز مصاحبهٔ دوم انجام‌شده با فاصلهٔ زمانی یک ماه؛ پسربودن؛ نداشتن نوعی بیماری پزشکی وادارکنندهٔ کودک جهت جست‌وجوی فوری درمان. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه سه خرده‌آزمون از آزمون تجدیدنظرشدهٔ هوش کودکان وکسلر[4]: وکسلر در سال ۱۹۴۹ آزمونی برای کودکان تهیه کرد. این مقیاس در سال ۱۹۷۴ تجدیدنظر شد و با عنوان فرم تجدیدنظرشدهٔ مقیاس هوش وکسلر برای کودکان معروف شد (۱۳). مقیاس هوش وکسلر در دو بخش کلامی و عملی دارای دوازده خرده‌مقیاس است که علاوه‌بر هوش کلی شش خرده‌مقیاس کلامی (واژگان، شباهت‌ها، فراخنای ارقام، اطلاعات عمومی، حساب، درک مطلب) و شش خرده‌مقیاس غیرکلامی (طراحی با مکعب‌ها، تکمیل تصاویر، تنظیم تصاویر، رمزنویسی، مازها، الحاق قطعات) را در بر می‌گیرد (۱۳). شهیم اعتبار کل این مقیاس را ازطریق بازآزمایی ۰/۷۹تا۰/۹۶ گزارش کرد. از فرم‌های بهتر سه خرده‌آزمونی در مطالعهٔ شهیم آزمون واژه‌ها (با ۳۰ سؤال و نمرهٔ حداکثر ۳۰)، اطلاعات (با ۳۰ سؤال و نمرهٔ حداکثر ۳۰) و تکمیل تصاویر (با ۲۶ سؤال و نمرهٔ حداکثر ۲۶) با ضرایب اعتبار به‌ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱ و ۰/۷۳ بود (۱۴) که به همین دلیل در پژوهش حاضر از این فرم‌ها استفاده شد. در پژوهش شهیم ضرایب همبستگی تمامی خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. برای محاسبهٔ هوشبهر کلی ابتدا نمرات خام هریک از خرده‌مقیاس‌های واژه‌ها، اطلاعات و تکمیل تصاویر به‌دست آمد و بعد از تبدیل نمرات این سه خرده‌مقیاس به نمرات معیار و محاسبهٔ مجموع آن‌ها هوشبهر کلی مشخص شد. برای محاسبهٔ روایی نیز روش همبستگی متقابل بین خرده‌مقیاس‌ها به‌کار رفت (۱۴).

ـ فرم کوتاه و تجدیدنظرشدهٔ مقیاس درجه‌بندی والدین کانرز[5]: ساخت فرم والدین پرسشنامهٔ کانرز توسط کیت کانرز و همکاران به‌منظور ارزیابی مشکلات رفتاری مرتبط با اختلال ADHD آغاز شد. فرم کوتاه این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط کانرز و همکاران ارائه شد (۱۵). این فرم ۲۷ سؤال دارد که دارای چهار زیرمقیاس شناختی (نارسایی توجه) (با ۶ سؤال)، فزون‌کنشی (با ۶ سؤال)، نافرمانی مقابله‌ای (با ۶ سؤال) و شاخص (با ۹ سؤال) است و براساس آن والدین میزان و شدت هر رفتار را روی طیفی چهاردرجه‌ای از ۱تا۴ درجه‌بندی می‌کنند. میانگین نمرات هر سؤال در این مقیاس به‌عنوان نمرهٔ کل در نظر گرفته می‌شود. باتوجه به تعداد سؤالات آزمون نمرهٔ کل آزمون در دامنه‌ای از ۲۷تا۱۰۸ است. در این آزمون به‌دست‌آوردن نمرهٔ برش ۱/۵ یا بیشتر برای هر سؤال دلالت بر وجود اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارد (۱۵). هنجاریابی پرسشنامهٔ کانرز والدین در ایران توسط شهائیان و همکاران روی کودکان دبستانی شهر شیراز صورت گرفت. در این پژوهش ضریب پایایی به دو مفهوم بازآزمایی و همسانی درونی (با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ) برای کل مقیاس به‌ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۷۳ به‌دست آمد. برای بررسی روایی مقیاس ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها یا نمرهٔ کل محاسبه شد. اندازهٔ این ضرایب بین ۰/۷۶تا۰/۹۰ متغیر بود (۱۶).

ـ مقیاس سوانسون، نولان و پلهام‌ـ۴ فرم والدین[6] (اسنپ‌ـ۴): مقیاس سوانسون، نولان و پلهام براساس توصیف‌های رفتاری اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سومین ویرایش این مقیاس برای اولین‌بار در سال ۱۹۸۰ به‌کوشش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[7] ساخته شد؛ همچنین با حروف اول اسامی سازندگان آزمون به نام SNAP شناخته شد. هم‌زمان با تجدیدنظر در ملاک‌های DSM و تدوین DSM-IV مقیاس مذکور نیز بازنویسی شد و در سال ۲۰۰۱ منتشر شد (۱۷). فرم کوتاه این مقیاس شامل ۲۶ سؤال است که هر سؤال روی طیفی چهاردرجه‌ای از صفرتا۳ (هرگز تا خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات ۱تا۹ مربوط به شناسایی ریخت غالباً بی‌توجه، سؤالات ۱۰تا۱۸ مربوط به شناسایی ریخت غالباً فزون‌کنش/تکانشگر و سؤالات ۱۹تا۲۶ مربوط به شناسایی ریخت نافرمانی مقابله‌ای است. مجموع سؤالات ۱تا۱۸ نیز در شناسایی ریخت ترکیبی استفاده می‌شود. میانگین نمرات هر سؤال در مقیاس اسنپ به‌عنوان نمرهٔ کل مقیاس برای هر آزمودنی در نظر گرفته می‌شود. نمرهٔ برش بیشتر از ۱/۷۸ برای هر سؤال در خرده‌مقیاس نارسایی توجه، نمرهٔ بیشتر از ۱/۴۴ برای هر سؤال در خرده‌مقیاس فزون‌کنشی، نمرهٔ بیشتر از ۱/۸۸ برای هر سؤال در خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای و نمرهٔ بیشتر از ۱/۶۷ برای هر سؤال در مقیاس ترکیبی دلالت بر وجود اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دارد (۱۸). هنجاریابی فرم والدین

1. Conduct disorder
2. Learning disability
3. Depression
4. Short Form of Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised
5. Conners Parent Rating Scale-Revised Short Form (CPRS-R)
6. Swanson, Nolan, and Pelham-4 Rating Scale (Parent Form)
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

مقیاس اسنپ–۴ در سال ۱۳۸۵ توسط صدرالسادات و همکاران روی کودکان ۷تا۱۲ سالهٔ شهر تهران صورت گرفت. در مطالعهٔ آن‌ها روایی ملاکی این مقیاس برابر با ۰/۴۸ (ضرایب روایی بین ۰/۳۰تا۰/۴۰ ضرایب نسبتاً زیادی به‌شمار می‌آیند)، ضریب پایایی با روش آزمون–بازآزمون آن ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آمد. یافته‌های پژوهش آن‌ها در کل نشان داد، این آزمون از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی برخوردار است (۱۹). در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامهٔ SNAP-IV یعنی سؤالات ۱تا۱۸ استفاده شد.

در این پژوهش برای توصیف داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. همچنین در سطح آمار استنباطی برای تعیین روایی تشخیصی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و آلفای کرونباخ، به‌منظور تعیین پایایی در طول زمان به‌روش آزمون–بازآزمون به فاصلهٔ چهار هفته از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای داده‌های به‌دست‌آمده از خرده‌مقیاس‌های اسنپ و کانرز و برای تعیین حساسیت (نسبت تشخیص صحیح کودکان ADHD) و ویژگی (نسبت متمایزسازی صحیح کودکان بهنجار از کودکان ADHD) و درنهایت تعیین نقطهٔ برش بهینه (نقطهٔ برش نقطه‌ای است که بهترین تعادل را بین حساسیت و ویژگی برقرار می‌سازد) از روش منحنی ROC استفاده شد. منحنی راک (ROC)، نمودار یا شمای گرافیکی است که از ترسیم نسبت حساسیت (نسبت تشخیص‌های مثبت واقعی) روی محور X و ترسیم نسبت مثبت کاذب (ویژگی–۱) بر محور Y برای نقاط برش متفاوت به‌دست می‌آید.

سطح زیر منحنی راک: منحنی راک نمایی گرافیکی از میزان حساسیت یا پیش‌بینی درست درمقابل پیش‌بینی غلط در یک سیستم طبقه‌بندی دودویی است که آستانهٔ تفکیک در آن متغیر است. این منحنی با رسم مثبت‌های درست پیش‌بینی‌شده درمقابل مثبت‌های غلط پیش‌بینی‌شده نشان داده می‌شود. در این حالت سطح زیر منحنی راک عددی است که یک جنبه از کارایی را می‌سنجد. مقدار ۰/۵ برابر پیش‌بینی تصادفی و مقدار ۱ برابر پیش‌بینی عالی است. این سطح می‌تواند توسط بسیاری از نرم‌افزارهای آماری محاسبه شود. براساس یک‌سیستم طبقه‌بندی قراردادی سطح زیر منحنی راک را می‌توان به‌شرح زیر دسته‌بندی و تفسیر کرد: ۹۰تا۱۰۰=عالی؛ ۸۰تا۹۰=خوب؛ ۷۰تا۸۰=نسبتاً خوب؛ ۶۰تا۷۰=ضعیف؛ ۵۰تا۶۰ =بی‌فایده (۲۰).

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل آلفای کرونباخ، همبستگی پیرسون، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری و تحلیل راک در سطح معناداری ۰/۰۵ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نتایج حاصل از اجرای فرم والدین پرسشنامه‌های اسنپ–۴ و کانرز در بین اعضای نمونهٔ پژوهش آورده شده است. باتوجه به داده‌های جدول به‌نظر می‌رسد کودکان ADHD درمقایسه با کودکان عادی در تمامی خرده‌مقیاس‌های این دو پرسشنامه نمرهٔ بیشتری کسب کردند که معناداری این اختلاف به‌کمک تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی شد.

جدول ۱. مقایسهٔ میانگین متغیرهای مطالعه‌شده در دو گروه کودکان ADHD و کودکان عادی به‌همراه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

گروه	کودکان ADHD		کودکان عادی		نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری		
خرده‌مقیاس	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
نارسایی توجه اسنپ	۱۳/۸۰	۸/۰۳	۵/۲۵	۴/۴۸	۱۷/۲۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
فزون‌کنشی اسنپ	۱۴/۳۵	۶/۲۲	۵/۲۰	۴/۴۳	۲۸/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳
شناختی کانرز	۱۰/۲۰	۶/۲۰	۲/۱۵	۳/۰۸	۲۷/۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۱
فزون‌کنشی کانرز	۹/۰۵	۵/۴۲	۳/۳۵	۲/۷۹	۱۷/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
نافرمانی مقابله‌ای کانرز	۸/۹۵	۵/۰۴	۳/۸۰	۲/۲۳	۱۷/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۱

برای بررسی روایی تشخیصی مقیاس اسنپ–۴ در ابعاد نارسایی توجه/فزون‌کنشی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، آزمون باکس به‌کار رفت. براساس آزمون باکس که برای هر دو متغیر نارسایی توجه/فزون‌کنشی اجرا شد (p=۰/۰۶)، نتایج آزمون معنادار نبود؛ به این معنا که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس برقرار بود؛ بنابراین برای گزارش نتیجهٔ آزمون نیازی به استفاده از آزمون‌های تصحیحی وجود نداشت. برای بررسی تفاوت میانگین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های نارسایی توجه اسنپ و فزون‌کنشی اسنپ از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج حاصل وجود تفاوت معنادار را در میانگین خرده‌مقیاس‌های نارسایی توجه (p<۰/۰۰۱) و فزون‌کنشی اسنپ (p<۰/۰۰۱) نشان داد؛ به این معنا که کودکان ADHD میانگین بیشتری در نمرات مربوط به خرده‌مقیاس‌های نارسایی توجه و فزون‌کنشی اسنپ درمقایسه با کودکان عادی داشتند و باتوجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس این تفاوت معنادار بود (جدول ۱).

برای تعیین روایی تشخیصی مقیاس کانرز در ابعاد شناختی، نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی نیز از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون باکس حاکی‌از معناداربودن برای هر سه متغیر شناختی، فزون‌کنشی و نافرمانی مقابله‌ای بود که نشان داد فرض همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس برقرار نیست (p=۰/۰۲۰)؛ به این معنا که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس به‌درستی رعایت نشده است؛ بنابراین برای جبران آن می‌توان از آزمون اثر پیلایی استفاده کرد.

برای بررسی تفاوت میانگین دو گروه در خرده‌مقیاس‌های شناختی، فزون‌کنشی و نافرمانی مقابله‌ای از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهندهٔ وجود تفاوت معنادار در میانگین خرده‌مقیاس‌های شناختی ($p<۰/۰۰۱$)، فزون‌کنشی ($p<۰/۰۰۱$) و نافرمانی مقابله‌ای کانرز ($p<۰/۰۰۱$) بود؛ به این معنا که کودکان ADHD میانگین بیشتری در نمرات مربوط به خرده‌مقیاس‌های شناختی، فزون‌کنشی و نافرمانی مقابله‌ای کانرز درمقایسه با کودکان عادی داشتند و باتوجه به نتایج آزمون تحلیل واریانس این تفاوت معنادار بود.

تعیین نقطهٔ برش به‌روش منحنی راک برای فرم والدین پرسشنامهٔ کانرز در جدول ۲ اندازه‌های حساسیت و ویژگی و نسبت‌های FPR[1] و FNR[2] حاصل از اجرای مقیاس فرم والدین پرسشنامه‌های کانرز و اسنپ آورده شده است؛ همان‌طورکه در این جدول مشاهده می‌شود روی نقاط برش بهینه برای خرده‌مقیاس‌های هر دو پرسشنامهٔ کانرز و اسنپ تمامی سطوح منحنی بیشتر از ۰/۸۰ است که قدرت تشخیص زیاد این دو پرسشنامه را نشان می‌دهد. مراجعه به اندازه‌های حساسیت و ویژگی که برای تمامی خرده‌مقیاس‌های اسنپ‌ـ۴ و کانرز بیشتر از۰/۷۰ است، نتیجه‌گیری مذکور را تأیید می‌کند.

جدول ۲. حساسیت و ویژگی نمرات کودکان مبتلا به ADHD و کودکان فاقد این اختلال

خرده‌مقیاس	نقطهٔ برش	حساسیت	ویژگی	سطح زیر منحنی (AUC)[3]
ترکیبی اسنپ	۱۴/۵	۰/۸۵	۰/۸۰	۰/۸۹
نارسایی توجه اسنپ	۹/۵	۰/۷۰	۰/۸۵	۰/۸۰
فزون‌کنشی اسنپ	۱۰/۵	۰/۷۰	۰/۸۰	۰/۸۸
شناختی کانرز	۴	۰/۸۰	۰/۸۵	۰/۸۵
فزون‌کنشی کانرز	۴/۵	۰/۷۰	۰/۷۰	۰/۸۱
نافرمانی مقابله‌ای کانرز	۶/۵	۰/۷۰	۰/۹۵	۰/۸۳
شاخص کانرز	۹/۵	۰/۷۵	۰/۹۰	۰/۸۶

پایایی آزمون: به‌منظور به‌دست‌آوردن پایایی مقیاس‌های کانرز و اسنپ از دو مفهوم همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شد. برای به‌دست‌آوردن پایایی در مفهوم اول (همسانی درونی)، ضریب آلفای کرونباخ به‌کار رفت. مقادیر این ضریب برای خرده‌مقیاس شناختی کانرز با ۶ سؤال ۰/۹۵، خرده‌مقیاس فزون‌کنشی کانرز با ۶ سؤال ۰/۸۹، خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای کانرز با ۶ سؤال ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس شاخص کانرز با ۹ سؤال ۰/۹۰ به‌دست آمد. این مقادیر برای خرده‌مقیاس نارسایی توجه اسنپ با ۹ سؤال ۰/۹۷، خرده‌مقیاس فزون‌کنشی اسنپ با ۹ سؤال ۰/۹۸ و برای مقیاس ترکیبی اسنپ با ۱۸ سؤال ۰/۹۹ بود؛ چنان‌که مشاهده می‌شود تمامی ضرایب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۸ است و حاکی‌از همسانی درونی مناسب گویه‌های این دو پرسشنامه است.

به‌منظور به‌دست‌آوردن پایایی در مفهوم دوم (بازآزمایی) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج تکمیل پرسشنامه‌های کانرز و اسنپ‌ـ۴ توسط والدین با فاصلهٔ زمانی چهار هفته به‌ترتیب برای خرده‌مقیاس شناختی کانرز ۰/۹۴، خرده‌مقیاس فزون‌کنشی کانرز ۰/۷۴، خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای کانرز ۰/۷۷ و خرده‌مقیاس شاخص کانرز ۰/۸۶ به‌دست آمد. این مقادیر برای خرده‌مقیاس نارسایی توجه اسنپ ۰/۷۷، خرده‌مقیاس فزون‌کنشی اسنپ ۰/۶۸ و مقیاس ترکیبی اسنپ ۰/۷۲ بود؛ همان‌طورکه مشاهده می‌شود تمامی ضرایب پایایی بیشتر از ۰/۶۸ است.

۴ بحث

در این پژوهش به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم‌های والدین پرسشنامهٔ تجدیدنظرشدهٔ کانرز و پرسشنامهٔ اسنپ‌ـ۴ جهت تشخیص اختلال ADHD در کودکان ۶تا۱۱ سالهٔ شهر مشهد پرداخته شد. به‌منظور ارزیابی پایایی آزمون‌ـ بازآزمون، نسخهٔ فارسی دو پرسشنامهٔ کانرز و اسنپ با فاصلهٔ زمانی چهار هفته توسط چهل نفر از والدین جمعیت هدف (کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی) تکمیل شد. برای مقایسهٔ پایایی آزمون‌ـ بازآزمون، ضریب همسانی درونی و همبستگی پیرسون به‌کار رفت که این ضرایب برای هریک از خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه‌ها به‌طور جداگانه به‌دست آمد. برای گزارش مقدار همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامهٔ کانرز بین ۰/۸۸ برای خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای تا ۰/۹۵ برای خرده‌مقیاس شناختی به‌دست آمد که باتوجه به بیشتربودن از مقدار پذیرفتنی یعنی ۰/۷ حاکی‌از سطح زیاد همسانی درونی سؤالات این پرسشنامه بود. مقادیر ضریب همبستگی پیرسون برای پرسشنامهٔ کانرز در دامنه‌ای بین ۰/۷۴ برای خرده‌مقیاس فزون‌کنشی تا ۰/۸۶ برای خرده‌مقیاس شاخص متغیر بود که این مقدار نشان از قابل قبول تا زیادبودن پایایی زمانی یا قابلیت تکرارپذیری این مقیاس داشت. نتایج حاصل برای پایایی مقیاس کانرز با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش فومکس و همکاران همسوست. در پژوهش آن‌ها مقدار ضریب پایایی این مقیاس در حد رضایت‌بخشی بود (۹). ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اسنپ نیز بین ۰/۹۷ برای خرده‌مقیاس نارسایی توجه تا ۰/۹۹ برای مقیاس ترکیبی بود که این میزان نیز به روشنی سطح زیاد همسانی درونی سؤالات این پرسشنامه را نشان داد. ضرایب همبستگی پیرسون برای پرسشنامهٔ مذکور بین ۰/۶۸ برای خرده‌مقیاس فزون‌کنشی تا ۰/۷۷ برای خرده‌مقیاس نارسایی توجه بود که این مقدار نشان از پذیرفتنی‌بودن پایایی زمانی یا قابلیت تکرارپذیری مقیاس اسنپ

[1]. False positive rate
[2]. False negative rate
[3]. Area under the curve

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

داشت. نتایج به‌دست‌آمده از پایایی مقیاس اسنپ با یافته‌های پژوهش هال و همکاران همسوست. در پژوهش آن‌ها نیز مشخص شد فرم والدین مقیاس اسنپ ابزار پایایی برای تشخیص و غربالگری اختلال ADHD در موقعیت‌های بالینی است (۹).

به‌منظور بررسی روایی از مفهوم روایی تشخیصی استفاده شد. روایی مذکور با استفاده از اندازه‌های حساسیت و ویژگی و تحلیل‌های راک به‌دست آمد. در این پژوهش اندازه‌های حساسیت و ویژگی برای نقاط برش همهٔ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۵ محاسبه شد. سطوح زیر منحنی راک نیز برای تمامی خرده‌مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۸۰ بود که قدرت افتراق زیاد این دو ابزار را در بین کودکان ADHD از کودکان بدون این اختلال نشان داد.

نتایج مربوط به روایی به‌دست‌آمده در این پژوهش برای مقیاس کانرز همسو با فراتحلیلی است که توسط چانگ و همکاران در حیطهٔ ویژگی‌های روان‌سنجی فرم والدین مقیاس کانرز صورت گرفت. در پژوهش آن‌ها اندازه‌های حساسیت استخراج‌شده بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ و ویژگی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ بود (۸). این یافته‌ها حمایتی بر نتایج حاصل برای اندازه‌های حساسیت (از ۰/۷۰ برای خرده‌مقیاس‌های نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی تا ۰/۸۰ برای خرده‌مقیاس شناختی) و ویژگی (از ۰/۷۰ برای خرده‌مقیاس فزون‌کنشی تا ۰/۹۵ برای خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای) پرسشنامهٔ کانرز در این پژوهش است. همچنین یافته‌های این پژوهش با تحقیق صورت‌گرفته توسط فومکس و همکاران روی نسخهٔ فرانسوی مقیاس کانرز همسو است که در آن اعتبار تشخیصی مناسب این مقیاس تأیید شد. در نمرات نسخهٔ فرانسوی این مقیاس، کودکان دارای اختلال ADHD به‌طور معناداری نمرات بیشتری در سه بُعد شناختی، فزون‌کنشی و نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با گروه کنترل به‌دست آوردند (۹). همچنین نتایج مربوط به پایایی و روایی به‌دست‌آمده برای مقیاس کانرز در پژوهش حاضر با تحقیق شهائیان روی کودکان دبستانی در شیراز همسوست. در پژوهش شهائیان اندازه‌های پایایی بازآزمایی و همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۷۳ و اندازه‌های روایی نیز که از همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با نمرهٔ کل به‌دست آمد، بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ بود (۱۶).

نتایج حاصل برای روایی مقیاس اسنپ در این پژوهش هم‌جهت با پژوهش آلدا و سرانو–ترانکوسو است که روی روایی تشخیصی فرم والدین مقیاس اسنپ صورت گرفت. در پژوهش آن‌ها اندازه‌های حساسیت به میزان پذیرفتنی و اندازه‌های ویژگی بین ۸۲/۳درصد و ۸۲/۴درصد محاسبه شد (۱۱). این نتایج با یافته‌های به‌دست‌آمده برای اندازه‌های حساسیت (از ۰/۷۰ برای خرده‌مقیاس‌های نارسایی توجه و فزون‌کنشی تا ۰/۸۵ برای مقیاس ترکیبی) و ویژگی (از ۰/۸۰ برای مقیاس ترکیبی و فزون‌کنشی تا ۰/۸۵ برای خرده‌مقیاس نارسایی توجه) برای پرسشنامهٔ اسنپ در این پژوهش مشابه است (۱۱). در پژوهش هال و همکاران نیز مشخص شد، مقیاس اسنپ–۴ مقیاسی قوی و معتبر برای مطالعات تحقیقاتی و تشخیصی و همچنین تفسیر بالینی بهبود علائم ADHD در طول زمان است (۹) که حمایتی بر یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش است. علاوه‌براین در پژوهش هال و همکاران نشان داده شد که نمرات حاصل از فرم والدین مقیاس اسنپ درمقایسه با فرم معلم آن ارتباط بیشتری با تشخیص اختلال ADHD دارد و نیز ممکن است نمرات فزون‌کنشی و تکانشگری از نمرات نارسایی توجه از لحاظ بالینی مفیدتر باشند (۹). نتایج پژوهش حاضر در زمینهٔ پایایی و روایی مقیاس اسنپ با یافته‌های پژوهش صدرالسادات و همکاران بر کودکان ۷تا۱۲سالهٔ شهر تهران، مشابه است. در پژوهش ایشان نیز مناسب‌بودن ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان داده شد (۱۹).

در پژوهش حاضر برخی از محدودیت‌ها وجود داشت؛ ازجمله کوچک‌بودن اندازهٔ نمونه، اجرانشدن پرسشنامه‌ها روی کودکان جنس مؤنث و شرکت‌کردن فقط کودکان دبستانی در این پژوهش که این موارد تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها محدود می‌کند؛ بنابراین در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌شود پژوهش روی گروه نمونهٔ بزرگ‌تری اجرا شود و فرم‌های بلند دو پرسشنامهٔ اسنپ و کانرز برای جنس مؤنث و همچنین سایر گروه‌های سنی ۳تا۶ سال و ۱۳تا۱۶ سال به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ بررسی توان تشخیصی مقیاس‌های درجه‌بندی والدین، حاکی‌از روایی تشخیصی مطلوب نسخه‌های فارسی فرم والدین پرسشنامهٔ کانرز با ۲۷ سؤال و چهار خرده‌مقیاس و مقیاس اسنپ با ۱۸ سؤال و دو خرده‌مقیاس است؛ به این معنا که دو پرسشنامهٔ مذکور توان تمایز را بین دو گروه کودکان دارای ADHD از کودکان بدون این اختلال دارند. همین‌طور نتایج حاصل از پایایی مطلوب به‌دست‌آمده از هر دو پرسشنامهٔ کانرز و اسنپ در این پژوهش نشان‌دهندهٔ قابلیت تکرارپذیری و ثبات نتایج این دو پرسشنامه در زمان‌های متفاوت است؛ بنابراین از این دو ابزار می‌توان به‌طور مناسبی در تشخیص‌های مبتنی‌بر اختلال ADHD در حوزه‌های بالینی و پژوهشی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از مسئولان آموزش‌وپرورش، مسئولان مدرسه، والدین و دانش‌آموزان مقطع ابتدایی منطقهٔ چهار شهر مشهد که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: این مقاله از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه سمنان استخراج شده است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از سازمان آموزش‌وپرورش شهر مشهد اخذ شده است. در هنگام تصویب پروپوزال، این پژوهش از لحاظ رعایت معیارهای اخلاقی به تأیید کمیتهٔ اخلاق گروه آموزشی روان‌شناسی عمومی دانشگاه سمنان رسید. در این پژوهش رضایت‌نامهٔ کتبی از والدین برای شرکت فرزندشان در پژوهش گرفته شد و همچنین رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش جلب شد.

رضایت برای انتشار: این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

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):e994-1001. doi: 10.1542/peds.2014-3482
2. Moradian Z, Mashhadi A, Aghamohammadian H, Asghari Nekah M. The effectiveness of narrative therapy based on executive functions on the improvement of inhibition and planning/organizing performance of student with ADHD. Journal of School Psychology. 2014;3(2):186–204. [Persian] http://jsp.uma.ac.ir/article_210_980c0d29c762b989ce10ab297506ee63.pdf
3. Powell L, Parker J, Harpin V. What is the level of evidence for the use of currently available technologies in facilitating the self-management of difficulties associated with ADHD in children and young people? A systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018;27(11):1391–412. doi: 10.1007/s00787-017-1092-x
4. Anastopoulos AD, Shelton TL. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2006, pp:1–265.
5. Rosenberg MD, Finn ES, Scheinost D, Papademetris X, Shen X, Constable RT, et al. A neuromarker of sustained attention from whole-brain functional connectivity. Nat Neurosci. 2016;19(1):165–71. doi: 10.1038/nn.4179
6. Conners CK. Conners Early Childhood: Manual. North Tonawanda, NJ: Multi-Health Systems Incorporated; 2009.
7. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(2):168–79. doi: 10.1097/00004583-200102000-00011
8. Chang L-Y, Wang M-Y, Tsai P-S. Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016;137(3):e20152749. doi: 10.1542/peds.2015-2749
9. Fumeaux P, Mercier C, Roche S, Iwaz J, Stéphan P, Revol O. Validation of the French version of Conners' parent rating scale-revised, short form in ADHD-diagnosed children and comparison with control children. J Atten Disord. 2018;1087054718763908. doi: 10.1177/1087054718763908
10. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the SNAP-IV in children displaying ADHD symptoms. Assessment. 2020;27(6):1258–71. doi: 10.1177/1073191119842255
11. Alda JA, Serrano-Troncoso E. Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(2):76–83.
12. Costa DS, de Paula JJ, Malloy-Diniz LF, Romano-Silva MA, Miranda DM. Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. J Pediatr. 2019;95(6):736–43. doi: 10.1016/j.jped.2018.06.014
13. Wechsler D. Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children -Revised. San Antonio: The Psychological Corporation; 1974.
14. Shahim S. Barrasi form–haye kootah meghyas Wechsler koodakan baray estefade dar Iran [Examination of short forms of Wechsler intelligence scale for children for use in Iran. Journal of Social and Humanities of Shiraz University. 1994;9(2):67–9. [Persian]
15. Conners CK. Conners Rating Scales-Revised: CRS–R. North Tonawanda: Multi–Health Systems, 1997.
16. Shahaieyan A, Shahim S, Bashah L, Yousefi F. Hanjaryabi, tahlil ameli va payaiei form kootah vijeh valedeyn meghyas darjeh bandi Conners baraye koodakan 6–11 sal dar shahr Shiraz [Standardization, factor analysis, and reliability of short-form, especially for parents of Conner's rating scale for children 6 to 11 years old in Shiraz]. Journal of Psychological Studies. 2007;3(3):97–120. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1704_d7ec1f606af2bc184d233a2cc33756ef.pdf?lang=en
17. 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. Int J Educ Psychol Assess. 2012;10(1):51–70.
18. Zhou J, Guo L, Chen Y. Reliability and validity of the Chinese version of Swanson, Nolan, and PelhamVersion IV Rating Scale-Parent Form for attention-deficit/hyperactivity disorder. Chinese Ment Heal J. 2013;27:424–8.
19. Sadrosadat SJ, Houshyari Z, Zamani R, Sadrosadat L. Determinatio of psychometrics index of SNAP-IV rating scale in parents execution. Archives of Rehabilitation. 2008;8(4):59–65. [Persian] http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-183-en.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]

20. Safari S, Baratloo A. Evidence Based medicine; receiver operating characteristic curve and area under the curve. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2016;3(3):119–21. [Persian] doi: 10.22037/ijem.v3i3.13944

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.124.3]