



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی

گروه روانسنجی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانسنجی (سنجش و اندازه گیری)
هنجار یابی و بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس وندربیلت برای تشخیص
اختلال کاستی توجه بیش فعالی در میان دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر

اصفهان

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر نورعلی فرخی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر یحیی مهاجر

استاد داور:

جناب آقای دکتر محمد رضا فلسفی نژاد

پژوهشگر:

مجتبی رحیمی

تابستان ۱۳۹۱

از تو همی که در دستان ساختند عکسین مباش

چه بسا کفتارهایی که بر روی اجساد جنجلی سبز شادی کردند، رقصیدند و خود را بزرگ

پنداشتند اما نمی دانستند که شیر، شیر می ماند و کفتار، کفتار

تقدیم به:

روح بلند پدرم

و مادر مهربان و فداکارم

به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از کلمه‌ی ایثار

خواهران و برادران خوبم

به پاس عاطفه‌ی سرشار و گرمای امید بخش وجودشان

بر خود لازم می‌دانم از زحمات استاد بزرگوارم جناب آقای دکتر فرخی که استاد راهنمای من در این پژوهش بودند تشکر کنم

همچنین استاد عزیزم جناب آقای دکتر مهاجر که در این پژوهش در نقش استاد مشاور من بودند نیز کمال تقدیر و تشکر را دارم

همچنین استاد ارجمندم جناب آقای دکتر فلسفی نژاد که زحمات و اوری این پایان نامه بر عهده ایشان بود کمال تقدیر و تشکر

را دارم

در ضمن از دوست عزیز و همکار ارجمندم سرکار خانم صفازاده که در انجام این پژوهش به‌موازه مرایاری دادند نیز تقدیر و تشکر

ویژه دارم

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر هنجاریابی و بررسی ویژگیهای روان سنجی مقیاس وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی در میان دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر اصفهان بود. روش پژوهش حاضر، توصیفی و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ بود. حجم نمونه برای فرم ویژه معلم ۱۰۵۱ نفر و برای فرم ویژه والدین ۱۰۱۱ نفر بود؛ که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس درجه بندی وندربیلت، فرم ویژه معلم و فرم ویژه والدین و همچنین پرسشنامه علائم مرضی کودک، فرم ویژه معلم و فرم ویژه والدین بود. داده های حاصله با استفاده از روش های آماری مختلف از جمله تحلیل عاملی تاییدی، ضریب همبستگی، آلفای کرونباخ و آزمون باز آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج بدست آمده مقیاس درجه بندی وندربیلت را تایید نمود. ضرایب پایایی با روش آزمون باز آزمون برای عوامل بی توجهی، بیش فعالی و تکانشگری به ترتیب ۰.۸۷۸، ۰.۸۷۲ و بدست آمد. نتایج پایایی عوامل نیز بوسیله آلفای کرونباخ برای عامل بی توجهی ۰.۸۹۰، برای عامل بیش فعالی ۰.۸۱۰ بدست آمد. حساسیت، ویژگی و همچنین نمرات تراز Z و T و نقاط برش نیز بدست آمد.

نتایج بدست آمده برای فرم ویژه والدین نشانگر تایید مفهومی مقیاس درجه بندی وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی بود.

نتایج پایایی با روش آزمون باز آزمون برای عامل بی توجهی ۰.۷۲۰ و برای عامل بیش فعالی ۰.۶۱۲ بدست آمد. نتایج پایایی عوامل بوسیله آلفای کرونباخ برای عامل بی توجهی ۰.۸۲۱ و برای عامل بیش فعالی ۰.۸۲۸ بود. همچنین برای این فرم پایایی با روش همبستگی بین ارزیابی نظر پدر و مادر نیز گرفته شد و ضرایب پایایی مطلوب بود. حساسیت و ویژگی و نمرات تراز Z و T نیز بدست آمد. در مجموع نتایج پژوهش نشان داد مقیاس درجه بندی وندربیلت، یک ابزار مناسب و مفید برای بررسی اختلال کاستی توجه بیش فعالی است.

شماره صفحه	عنوان
۱	فصل اول
۲	مقدمه
۳	بیان مساله
۴	اهمیت و ضرورت پژوهش
۶	اهداف پژوهش
۶	هدف کلی
۶	اهداف جزئی
۷	بیان سوالات پژوهش
۷	تعریف اصطلاحات
۷	تعریف نظری (مفهومی)
۷	اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۷	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع عمدتا بی توجه
۷	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع عمدتا بیش فعال تکانشگر
۸	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع ترکیبی
۸	اختلال نافرمانی مقابله ای
۹	اختلال سلوک
۹	افسردگی
۹	اضطراب
۱۰	روایی
۱۰	پایایی
۱۰	هنجاریایی

۱۱	تعریف عملیاتی متغیرها
۱۱	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع عمدتا بی توجه
۱۱	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع عمدتا بیش فعال تکانشگر
۱۱	اختلال کاستی توجه بیش فعالی نوع ترکیبی
۱۱	اختلال نافرمانی مقابله ای
۱۱	اختلال سلوک
۱۲	افسردگی و اضطراب
۱۳	فصل دوم
۱۴	مقدمه
۱۵	اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۱۸	تاریخچه اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۲۲	ملاک های تشخیص کنونی
۲۵	شیوع
۲۵	سبب شناسی و نگاه متداول به طبیعت اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۲۷	عوامل تکاملی
۲۷	عوامل ژنتیکی
۲۸	مطالعات ژنتیک ملکولی
۲۹	عوامل عصبی فیزیولوژیک
۲۹	سرشت، عوامل روانشناختی و عوامل اجتماعی
۲۹	تجارب سالهای اولیه کودکی
۲۹	عوامل رفتاری - خانوادگی
۳۰	شکل گیری اختلال کاستی توجه بیش فعالی

۳۰	فرایند تحول نشانه ها در دوران پیش دبستانی
۳۱	فرایند تحول نشانه ها در دوران دبستان
۳۱	فرایند تحول نشانه ها در دوران نوجوانی
۳۲	فرایند تحول نشانه ها در دوران بزرگسالی
۳۴	مقیاس های اندازه گیری اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۳۶	مقیاس اندازه گیری ADHD -IV
۳۶	پرسشنامه SNAP –IV
۳۶	مقیاس SKAMP
۳۶	مقیاس کانرز
۳۸	مقیاس وندریلیت
۳۹	مقیاس SWAN
۴۰	مقیاس IOWA
۴۱	مقیاس BADDs
۴۲	مقیاس CCPT
۴۳	مقیاس CPI – II
۴۴	آزمون IVA + PLUS
۴۴	سیستم تشخیصی گوردون
۴۵	محدودیت های آزمون های اجرایی مستمر کامپیوتری
۴۵	سایر روشهای ارزیابی علائم از طریق کلاس شبیه سازی
۴۶	بحث و تبادل نظر
۴۷	پژوهش های مرتبط با موضوع
۴۷	پژوهش های مرتبط با موضوع در داخل کشور

۴۷	پژوهش های مرتبط با موضوع در خارج کشور
۶۰	فصل سوم
۶۱	مقدمه
۶۱	طرح کلی پژوهش
۶۱	جامعه آماری
۶۲	نمونه و روش نمونه گیری
۶۳	حجم نمونه
۶۶	ابزار پژوهش
۶۹	پرسشنامه سلامت روان کودک و نوجوان
۶۹	پرسشنامه سلامت روان کودک و نوجوان فرم ویژه معلم
۶۹	پرسشنامه سلامت روان کودک و نوجوان فرم ویژه والدین
۶۹	مقیاس درجه بندی وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی
۷۰	مقیاس درجه بندی وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی فرم ویژه معلم
۷۰	مقیاس درجه بندی وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی فرم ویژه والدین
۷۱	روش گرد آوری اطلاعات
۷۲	روش گرد آوری اطلاعات فرم ویژه معلم
۷۲	روش گرد آوری اطلاعات فرم ویژه والدین
۷۳	روش تجزیه و تحلیل داده ها
۷۵	فصل چهارم
۷۶	مقدمه
۷۶	شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش
۸۱	سوالات پژوهش

۸۱	آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی و ندربیلت فرم ویژه معلم، دارای روایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
۸۱	روایی محتوا
۸۱	روایی سازه
۸۱	تحلیل عاملی تاییدی
۸۳	تحلیل عاملی اکتشافی
۸۵	استخراج عامل ها
۸۹	بررسی روایی ملاکی
۹۰	آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی و ندربیلت فرم ویژه معلم، دارای پایایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
۹۳	حساسیت و ویژگی
۹۳	نمرات تراز شده
۹۶	آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی و ندربیلت فرم ویژه والدین، دارای روایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
۹۶	روایی محتوا
۹۶	روایی سازه
۹۶	تحلیل عاملی تاییدی
۱۰۰	استخراج عامل ها
۱۰۴	بررسی روایی ملاکی
۱۰۵	آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه بیش فعالی و ندربیلت فرم ویژه والدین، دارای پایایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
۱۰۵	آزمون باز آزمون
۱۰۶	همسانی درونی
۱۱۰	پایایی بین ارزیابان مختلف
۱۱۱	حساسیت و ویژگی
۱۱۱	نمرات تراز شده

۱۱۴	نقاط برش
۱۱۵	فصل پنجم
۱۱۸	سوال اول
۱۱۹	سوال دوم
۱۲۰	سوال سوم
۱۲۱	سوال چهارم
۱۲۲	محدودیت های پژوهش
۱۲۲	پیشنهادات
۱۲۲	پیشنهادات پژوهشی
۱۲۲	پیشنهادات کاربردی
۱۲۴	فهرست منابع
۱۲۴	منابع فارسی
۱۲۶	منابع انگلیسی
۱۳۱	پیوست ها

۳۳	مقیاس های رایج اختلال کاستی توجه بیش فعالی	جدول شماره ۱-۲
۴۳	آزمون های اجرایی مستمر کامپیوتری در بررسی اختلال کاستی توجه بیش فعالی	جدول شماره ۲-۲
۶۲	جامعه آماری پژوهش به تفکیک ناحیه آموزشی، پایه تحصیلی و جنسیت	جدول شماره ۱-۳
۶۳	نمونه آماری پژوهش برای فرم ویژه معلم به تفکیک ناحیه، پایه و جنسیت	جدول شماره ۲-۳
۶۴	نمونه آماری پژوهش برای فرم والدین به تفکیک ناحیه، پایه و جنسیت	جدول شماره ۳-۳
۶۴	نمونه آماری پژوهش به تفکیک جنسیت برای فرم ویژه معلم و والدین	جدول شماره ۴-۳
۷۶	فراوانی اختلالات بر اساس نظر معلمان	جدول شماره ۱-۴
۷۷	نوع و میزان اختلالات رفتاری کودکان بر اساس نظر معلمان	جدول شماره ۲-۴
۷۸	میزان اختلال کاستی توجه بیش فعالی با توجه به موارد همبود	جدول شماره ۳-۴
۷۸	فراوانی شیوع اختلالات بر اساس نظر والدین	جدول شماره ۴-۴
۷۹	میزان و نوع اختلالات رفتاری دانش آموزان بر اساس نظر والدین	جدول شماره ۵-۴
۸۰	میزان اختلال کاستی توجه با توجه به موارد همبود بر اساس نظر والدین	جدول شماره ۶-۴
۸۰	میزان توافق نظر معلمان و والدین بر روی	جدول شماره ۷-۴
۸۴	مقدار KMO و نتیجه آزمون کرونر بارلت برای فرم ویژه معلم	جدول شماره ۸-۴
۸۵	میزان اشتراکات هر سوال با کل تست	جدول شماره ۹-۴
۸۸	واریانس تبیین شده کل	جدول شماره ۱۰-۴
۸۹	ماتریس شاخص آماری پس از چرخش در تحلیل عاملی اکتشافی	جدول شماره ۱۱-۴
۹۰	روایی ملاکی (همزمان) مقیاس وندربیلت با پرسشنامه سلامت روان	جدول شماره ۱۲-۴
۹۱	ضریب پایایی عوامل بدست آمده با روش آزمون باز آزمون	جدول شماره ۱۳-۴
۹۲	ضرایب پایایی عوامل در فرمویژه معلم به روش کودر ریچاردسون	جدول شماره ۱۴-۴
۹۲	شاخص های توصیفی تک تک سوالات پرسشنامه	جدول شماره ۱۵-۴
۹۴	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل بی توجهی	جدول شماره ۱۶-۴
۹۵	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل بیش فعالی	جدول شماره ۱۷-۴
۹۵	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل تکانشگری	جدول شماره ۱۸-۴
۹۶	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک	جدول شماره ۱۹-۴
۹۶	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل افسردگی و اضطراب	جدول شماره ۲۰-۴
۹۹	مقدار KMO و نتیجه آزمون کرونر بارلت برای فرم ویژه والدین	جدول شماره ۲۱-۴
۱۰۰	میزان اشتراکات هر سوال با کل تست	جدول شماره ۲۲-۴
۱۰۳	واریانس تبیین شده کل	جدول شماره ۲۳-۴
۱۰۴	ماتریس شاخص آماری پس از چرخش در تحلیل عاملی اکتشافی	جدول شماره ۲۴-۴
۱۰۶	روایی ملاکی فرم ویژه والدین با پرسشنامه سلامت روان	جدول شماره ۲۵-۴
۱۰۷	ضریب پایایی عوامل بدست آمده با روش آزمون باز آزمون	جدول شماره ۲۶-۴
۱۰۷	ضرایب پایایی فرم ویژه والدین به روش کودر ریچاردسون	جدول شماره ۲۷-۴
۱۰۸	شاخص های توصیفی تک تک سوالات پرسشنامه در عامل بی توجهی	جدول شماره ۲۸-۴
۱۰۸	شاخص های توصیفی تک تک سوالات در عامل مشکلات بی قراری	جدول شماره ۲۹-۴
۱۰۹	شاخص های توصیفی تک تک سوالات در عامل مشکلات اجتماعی	جدول شماره ۳۰-۴
۱۱۰	شاخص های توصیفی تک تک سوالات در عامل نافرمانی مقابله ای	جدول شماره ۳۱-۴

۱۱۰	شاخص های توصیفی تک تک سوالات در عامل اختلال سلوک	جدول شماره ۴-۳۲
۱۱۱	شاخص های توصیفی تک تک سوالات در عامل افسردگی و اضطراب	جدول شماره ۴-۳۳
۱۱۲	تعیین پایایی با روش همبستگی بین نظر پدر و مادر	جدول شماره ۴-۳۴
۱۱۲	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل بی توجهی فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۳۵
۱۱۳	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل مشکلات بی قراری فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۳۶
۱۱۳	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل مشکلات اجتماعی فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۳۷
۱۱۳	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل نافرمانی مقابله ای فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۳۸
۱۱۴	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل اختلال سلوک فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۳۹
۱۱۴	تبدیل نمرات خام به نمرات تراز شده در عامل افسردگی و اضطراب فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۴۰
۱۱۵	نقاط برش در فرم ویژه معلم	جدول شماره ۴-۴۱
۱۱۵	نقاط برش در فرم ویژه والدین	جدول شماره ۴-۴۲

فصل اول

کلیات پژوهش

اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی^۱ یکی از رایج‌ترین و عمومی‌ترین اختلال‌های رفتاری و مشکلات روان‌شناختی کودکان است (عابدی و قوام، ۱۳۸۸، ص ۱). این اختلال که تاثیر عمیقی بر زندگی هزاران کودک و خانواده آنها می‌گذارد، دارای علائم تحولی نامناسب (بیش‌فعالی^۲، بی‌توجهی^۳ و تکانشگری^۴) می‌باشد (بیدر من، فاراوان^۵، ۲۰۰۵). این اختلال بر عملکرد شناختی، هیجانی و خانوادگی کودکان و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و زناشویی آنها تاثیر می‌گذارد (گیلبرگ^۶، ۲۰۰۳). بر طبق ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۷ (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۲۰۰۰)، اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی مجموعه علائمی است، با محدودیت میدان توجه که با سطح رشد فرد نا هماهنگ بوده و به ضعف تمرکز، رفتار ناگهانی و بیش‌فعالی منجر می‌شود. به عبارت دیگر مشخصه اصلی این اختلال وجود الگوی پایدار از بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، شدیدتر است. نشانه‌های این اختلال باید در دو موقعیت (مانند خانه، مدرسه یا محیط کار) بروز نماید و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد مشکل ساز گردد (سادوک و سادوک^۹، ۲۰۰۳، ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۸۵، ص ۳۷۵؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و اوادیس یانس، ۱۳۸۱، ص ۱۶۹).

اگرچه در سال‌های گذشته این باور غلط وجود داشت که این اختلال از سال‌های بعد از نوجوانی بهبود می‌یابد ولی این واقعیت آشکار شده است که این اختلال در بیش از ۶۰ تا ۷۰ درصد موارد تا دوران بزرگسالی ادامه خواهد یافت (وندرد^{۱۰}، ۱۹۹۵، ترجمه فروشانی، ۱۳۸۷، ص ۲۰). سن شروع این اختلال را پیش از ۵ سالگی (سازمان بهداشت جهانی^{۱۱}، ۱۹۹۶) یا ۷ سالگی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) تعیین کرده‌اند. اما تعیین سن برای این اختلال کار دشواری است چرا که یافته‌های پژوهش نشان داده‌اند که گاهی ممکن است این اختلال بعد از سنین یاد شده تشخیص داده شود (اپلگیت^{۱۲}، ۱۹۹۷، به نقل از محمدی، ۱۳۸۹).

^۱ - attention deficit hyperactivity disorder

^۲ - hyperactivity

^۳ - inattention

^۴ - impulsivity

^۵ - Biederman, Faraon

^۶ - Gillberg

^۷ - Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, Fourth Edition

^۸ - American psychiatric Association (APA)

^۹ - Sadok & Sadok

^{۱۰} - Wender

^{۱۱} - World Health Organization

^{۱۲} - Applegate

۱-۲- بیان مسئله

اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی از اختلالات نسبتاً شایع دوران کودکی است (سلیمانی، ۱۳۸۶). امروزه از میان اختلالات دوران کودکی، توجه‌زیادی از طرف متخصصین، معلمان و والدین به اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی شده است. برای مثال در طی دهه‌ی گذشته این اختلال یکی از گسترده‌ترین اختلالات کودکی بوده که میزان مراجعه به مراکز درمانی از سایر اختلالات دیگر بیشتر بوده است. در خصوص توجه‌فراوان به این موضوع می‌توان گفت، اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی برای بسیاری از دانش‌آموزان مشکلات قابل توجهی را بر عملکرد تحصیلی، شناختی، اجتماعی، هیجانی و سپس در بزرگسالی بر عملکرد شغلی و خانوادگی آن‌ها ایجاد می‌کند. این اختلال تاکنون با نام‌های مختلفی معرفی شده است که از آن جمله می‌توان نام‌هایی چون سوء کارکرد جزئی مغز، آسیب خفیف مغزی، کنش بیش‌فعالی دوران کودکی و سندرم بیش‌فعال را نام برد. اما در آخرین راهنمای اختلالات روانی به نام اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی شناخته شده است (عابدی، ۱۳۸۸، ص ۶). بارکلی (۱۹۹۷) تعریف زیر را ارائه می‌دهد: اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی عبارت از اختلال رشدی در توجه، کنترل تکانش، بیقراری، و هدایت رفتار که به صورت طبیعی به وجود می‌آید و ناشی از اختلالات عصب‌شناختی، حسی، حرکتی یا هیجانی نیست (به نقل از محمدی، ۱۳۸۹). این اختلال معمولاً با سه رفتار اساسی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری توصیف شده است. بی‌توجهی که از علائم اصلی این اختلال است، توجه فرد جلب محرک‌های نامربوط می‌شود و از محرک‌های اصلی چشم‌پوشی می‌شود. بیش‌فعالی کودک با فعالیت حرکتی نمایان می‌شود و تکانشگری او با نداشتن کنترل در زمانی که نیاز به کنترل داشتن است و یا انجام رفتار بدون فکر کردن بروز داده می‌شود. این اختلال بر رشد کودکان از جمله در یادگیری، تکلم و زبان تأثیر زیادی داشته و با بسیاری از مشکلات از قبیل خواب، هیجانی، ارتباطی، رفتاری، تحصیلی و غیره در ارتباط است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۳، به نقل از محمدی، ۱۳۸۹). تشخیص و مداخله‌ی زود هنگام اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی به شناخت و درمان بسیاری دیگر از اختلالات همبود^۲، همچون اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳، اختلال سلوک^۴، ناتوانی‌های یادگیری^۵ و مشکلات تحصیلی کمک می‌کند (کازدین و وایتلی^۶، وایتلی^۶، ۲۰۰۶، نوک، کازدین، هیریپی، کسلر^۷، ۲۰۰۷). ارزیابی از کودکان برای شناسایی دقیق این اختلال، کاری مهم است. متأسفانه هیچ ابزار دقیقی برای آزمایش و تعیین وجود اختلال کاستی توجه

^۱- Kaplan & Sadok

^۲- comorbid

^۳- oppositional defiant disorder

^۴- conduct disorder

^۵- learning disability

^۶- Kazdin & Whitley

^۷- Nock, kazdin, hiripi, kessler

/ بیش فعالی وجود ندارد (علیزاده، ۱۳۸۳، ص ۶۹). پرسشنامه کانرز بیشتر بر جنبه بیش فعالی اختلال کاستی توجه / بیش فعالی، توجه دارد تا جنبه بی توجهی (شعبانی و یادگاری، ۱۳۸۴). اما مقیاس وندربیلت هم بر جنبه بیش فعالی و هم بر جنبه بی توجهی اختلال توجه لازم را دارد و در ضمن این مقیاس به لحاظ روان شناختی قوی می باشد (مادان، داقتون و لابرستد^۱، ۲۰۰۸).

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال کاستی توجه / بیش فعالی بیشترین مشکلات را در محیط های آموزشی تجربه می کنند (دوپل و استونر، ۲۰۰۳، ترجمه محمدخانی و امادی مجد، ص ۱۹). دانش آموزان دارای این اختلال، با مشکلات زیادی در زمینه های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون شکنی زیاد همراه هستند. به علاوه این اختلال، احتمال خطر همراه شدن با سایر اختلالات نظیر پرخاشگری در نوجوانی و یا اختلال لجبازی و نافرمانی را در بر دارد (گیلبرگ^۲، ۲۰۰۳). در اثر شکست های پیاپی، تنبیهات بدنی، سرزنش های والدین و تحقیر اطرافیان، حس اعتماد به نفس و احترام به خود در این کودکان کاهش پیدا می کند و این امر زمینه ساز بروز افسردگی در آن ها می شود. اعمال یک شیوه خشن و غلط تربیتی در برخورد با این کودکان، احتمال ابتلای آن ها به اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک و نیز اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی را افزایش خواهد داد (دادستان، ۱۳۷۸، به نقل از محمدی، ۱۳۸۸). تشخیص کودکان با اختلال کاستی توجه / بیش فعالی کار ساده ای نیست. برای تشخیص دقیق باید چند ارزیابی جداگانه صورت پذیرد و از معلم و والدین مصاحبه به عمل آید. در مصاحبه با والدین، رفتار کودک، تعاملات کودک با دیگر کودکان، مهارت های سازماندهی و عملکرد کودک در مدرسه و در کلاس مورد بررسی قرار می گیرد (ولاریخ و همکاران^۳، ۲۰۰۳). در سال ۲۰۱۰ مطالعه ای توسط فلوروز و مک داگل^۴ در دانشکده پزشکی اهایو با عنوان " پژوهشی در خصوص ابزارهای غربالگری اختلال کاستی توجه / بیش فعالی برای کودکان آفریقایی آمریکایی " انجام شد. این مطالعه در فاصله سالهای ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۹ در خصوص تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی در کودکان آفریقایی آمریکایی انجام شد. به گفته این پژوهشگران، اگر چه ابزارهای متعددی بر اساس اطلاعات دریافت شده از والدین، معلمان و خود گزارشی کودکان برای بررسی و شناخت اختلال کاستی توجه / بیش فعالی وجود دارد که توسط معیارهای راهنمای آماری و

¹ - Madaan , daughton & ludderstedt

² - Gillberg

³ - Wolraich et. al

⁴ - Flowers & Mcdougale

تشخیصی اختلال های روانی نیز توصیف شده است، اما با این وجود تشخیص این اختلال برای پزشکان، دشوار بوده است، چرا که ابزار قطعی برای تعیین آن وجود ندارد. علی رغم وجود تفاوت های مکتوب، مقیاس های اندازه گیری، کاربرد فراوانی در تسهیل ارتباط موثر در خصوص نگرانی های رفتاری در میان پزشکان، والدین و معلمان دارد. همچنین داده هایی وجود دارد که از استفاده از مقیاس وندربیلت برای تشخیص این اختلال در میان کودکان آفریقایی آمریکایی حمایت می کند. با این وجود مطالعات بیشتری برای توسعه و ارزیابی مقیاس های اندازه گیری برای این کودکان مورد نیاز است (فلوورز و مک داگل، ۲۰۱۰).

در این خصوص ابزارهای (فرم ویژه معلم و فرم ویژه والدین) ساخته شده توسط دانشگاه وندربیلت، در بسیاری از کشورهای دنیا به کار گرفته شده است. اما در ایران هنوز ترجمه و هنجاریابی نشده است و این در حالی است که به اعتقاد مادان و همکاران (۲۰۰۸)، مقیاس وندربیلت در مقایسه با سایر مقیاس ها بی نظیر است.

در این پایان نامه، هم فرم ویژه معلم و هم فرم ویژه والدین هنجاریابی می شود.

همچنین می توان گفت گروه های زیر می توانند از نتایج پژوهش استفاده کنند:

- کلینیک های روان شناختی آموزش و پرورش

- کلینیک های روانشناختی مرتبط با کودکان

- مدارس، معلمان و والدین

۴-۱ اهداف پژوهش

۴-۱-۱ هدف کلی:

به طور کلی هدف این پژوهش هنجاریابی و بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس وندربیلت برای تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی متناسب با جامعه ایرانی و همچنین در دسترس قرار دادن یک ابزار مهم برای روان شناسان و سایر حوزه های مرتبط برای انجام مداخلات درمانی و دیگر اقدامات می باشد.

۴-۱-۲ اهداف جزئی:

اهداف جزئی پژوهش متشکل از عوامل زیر است:

- ۱- بررسی میزان روایی فرم ویژه معلم با استفاده از روایی محتوایی
- ۲- بررسی ساختار عاملی فرم ویژه معلم با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی
- ۴- بررسی میزان روایی فرم ویژه معلم با استفاده از روایی همزمان
- ۵- بررسی میزان پایایی فرم ویژه معلم با استفاده از روش آزمون باز آزمون
- ۶- بررسی میزان پایایی فرم ویژه معلم با استفاده از روش همسانی درونی
- ۷- بدست آوردن حساسیت و ویژگی فرم ویژه معلم
- ۸- بدست آوردن هنجار های مربوط به عوامل بدست آمده در پژوهش مربوط به فرم ویژه معلم
- ۹- بررسی میزان روایی فرم ویژه والدین با استفاده از روایی محتوایی
- ۱۰- بررسی ساختار عاملی فرم ویژه والدین با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی
- ۱۱- بررسی میزان روایی فرم ویژه والدین با استفاده از روایی همزمان
- ۱۲- بررسی میزان پایایی فرم ویژه والدین با استفاده از روش آزمون باز آزمون
- ۱۳- بررسی میزان پایایی فرم ویژه والدین با استفاده از روش همسانی درونی
- ۱۴- بررسی میزان پایایی فرم ویژه والدین با استفاده از همبستگی بین نظر ارزیابان (پدر و مادر)

۵-۱ بیان سؤالهای پژوهش:

- ۱- آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی و ندربیلت فرم معلم دارای روایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
- ۲- آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی و ندربیلت فرم معلم دارای پایایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
- ۳- آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی و ندربیلت فرم والدین دارای روایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟
- ۴- آیا آزمون تشخیص اختلال کاستی توجه / بیش فعالی و ندربیلت فرم والدین دارای پایایی مناسب جهت استفاده در ایران می باشد؟

۶-۱ تعریف اصطلاحات

۱-۶-۱- تعریف نظری (مفهومی):

۱-۱-۶-۱ اختلال کاستی توجه / بیش فعالی:

اختلال کاستی توجه / بیش فعالی وجود الگوی پایدار از بی توجهی و یا بیش فعالی تکانشگری است که در مقایسه با افرادی که در همان سطح از رشد قرار دارند، شدیدتر است. نشانه های این اختلال باید در دو موقعیت (مانند خانه، مدرسه یا محیط کار) بروز نماید و در عملکرد اجتماعی و تحصیلی فرد مشکل ساز گردد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و اوادیس یانس، ۱۳۸۱، ص ۱۶۲). گرچه در بیشتر مواقع نشانه های بیش فعالی - تکانشگری و فقدان توجه، توأم با هم دیده می شوند، ولی در بعضی موارد یکی از الگوهای فرعی در بعضی از افراد بارزتر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ترجمه نیکخو و اوادیس یانس، ص ۱۶۵). سه نوع فرعی این اختلال عبارتند از:

۱-۱-۶-۱-۱ اختلال کاستی توجه / بیش فعالی نوع عمدتا بی توجه :

وجود بی توجهی نامتناسب با سن رشدی به مدت شش ماه که باعث اختلال در عملکرد کودک در خانه و مدرسه شده و با ناتوانی در توجه به جزئیات، عدم توجه مداوم به تکالیف و تکمیل نکردن تکلیف همراه است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از مهرابی، ۱۳۸۴).

۱-۱-۶-۱-۲ اختلال کاستی توجه / بیش فعالی نوع عمدتا بیش فعال تکانشگر :

وجود بی قراری مداوم دست ها و پاها، ترک مداوم صندلی یا محل مورد انتظار برای نشستن، پرحرفی زیاد و ناتوانی در انجام تفریحات آرام و بی سر و صدا که حداقل به مدت شش ماه ادامه داشته باشد و باعث ایجاد اختلال در عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از مهرابی، ۱۳۸۴).

۱-۱-۶-۱-۳ اختلال کاستی توجه / بیش فعالی نوع ترکیبی :

وجود بی توجهی نامتناسب با سن رشدی که با ناتوانی در توجه به جزئیات، عدم توجه مداوم به تکالیف و حواس پرتی مداوم به علاوه بیش فعالی که شامل وجود بی قراری مداوم دست ها و پاها، ترک مداوم صندلی یا محل مورد انتظار برای نشستن، پرحرفی زیاد و ناتوانی در انجام تفریحات آرام و بی سر و صدا است و حداقل به مدت شش ماه ادامه داشته و باعث ایجاد اختلال در عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از مهرابی، ۱۳۸۴).

۱-۱-۶-۱-۲ اختلال نافرمانی مقابله ای: