رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

مروری نظامند بر ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعال در کودکان پیش‌دبستانی

Systematic Review of the Tools Used for Diagnosis of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) in Preschoolers

مرضیه حقایقی
دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ایران.
دکتر کیوان صالحی (نویسنده مسئول)
استادیار رشته سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ایران.

Marzieh Haghayeghi
Ph.D. student, Department of Education, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Iran.
Dr. Keyvan Salehi*
Assistant Professor, Department of Education, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Iran.
keyvansalehi@ut.ac.ir

چکیده

با توجه به اهمیت تشخیص زودهنگام اختلال نقص‌توجه/بیش فعالی (ADHD) و از طرفی ناهمگنی این اختلال در میان کودکان پیش‌دبستان، این مطالعه به بررسی ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص نقص‌توجه/بیش فعالی در مطالعات مربوط به کودکان پیش‌دبستان پرداخته است. از این‌رو در یک مرور نظامند بر اساس دستورالعمل پریزما (PRISMA) مقالات فهرست‌بندی شده در پایگاه‌های اطلاعاتی Scopus، ProQuest، ScienceDirect و Sage در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۱، با استفاده از ترکیب کلیدواژه‌های ("ADHD" or "ADD" or "Attention Deficit Disorder") and ("preschooer" or "3-6-year-olds") and ("assessment" or " measurement") مورد بررسی قرار گرفتند و بعد از کنار گذاشتن موارد نامناسب، تعداد ۱۸ مقاله استخراج شد. ارزیابی کیفیت مطالعات در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول میزان توافق بین دو مرورگر بر اساس ضریب کاپای کوهن محاسبه شد. از انجایی که ضریب توافق ۰/۸۷ بود هیچ مقاله ای در این مرحله حذف نشد. در مرحله بعدی از ابزار ارزیابی کیفیت برای مطالعات مقطعی و گروهی استفاده شد و تمامی ۱۹ مطالعه از منظر (۱)سوگیری، (۲) تناقض، (۳) توان آماری و (۴)قدرت ارتباط بین مداخله و نتایج ارزیابی شدند.. یافته‌ها نشان داد که می‌توان ابزارهای این حیطه را به دو دسته کلی پرسشنامه‌های گزارشگری اطرافیان و و تکالیفی که به مشاهده‌ی کنش و رفتار کودکان می‌پردازند، تقسیم کرد. این تکالیف مشاهده کنش و رفتار کودک را نیز می‌توان به دو دسته آزمون‌های بازداری شناختی و بازداری رفتاری تقسیم کرد. به طور کلی، یافته‌ها نشان داد برای سنجش نقص‌توجه/بیش فعالی کودکان پیش دبستان نیاز به رویکردی چند روشی با اطلاعات چندگانه و مبتنی بر هر دو روش گزارشگری اطرافیان و عصب شناختی است.

واژه‌های کلیدی: *نقص توجه، بیش فعالی، ابزارهای تشخیصی، کودکان پیش دبستانی*

Abstract

Given the importance of early diagnosis of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) on the one hand and the heterogeneity of ADHD among preschoolers, on the other hand, this study aimed at examining the tools used to diagnose ADHD in preschoolers. According to PRISMA guidelines, we searched for articles indexed in the Scopus, ProQuest, ScienceDirect, and Sage databases from 2015 to 2021, using a combination of expressions including "ADHD" or "ADD" or "Attention" Deficit Disorder "(and" preschooler "or" 3-6-year-olds ") and (" assessment "or" measurement "). Eighteen empirical studies were identified as relevant to our research. The studies were evaluated in two stages: first, the agreement between the two reviewers was calculated using Cohen's Kappa coefficient (r=0.87), and none of the articles was removed. Secondly, each study was assessed based on bias, confounders, power, and strength of association between intervention and outcomes using the Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies. The findings demonstrated that the tools in this area can be divided into two general categories: questionnaires of reporting parents and teachers and observing children's actions and behavior. And tacks of observing children's actions and behavior are divided into two categories: cognitive inhibition and behavioral inhibition tests. In conclusion, the diagnosis of preschoolers with ADHD requires a multi-method approach with multiple information and must be based on both reporting and Nero-psychological methods.

Keywords: *Attention-Deficit /Hyperactivity Disorder, ADHD , Diagnostic Tools, Preschoolers*

نوع مقاله : مروری سیستماتیک | **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

مقدمه

اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی[1] از شایع ترین اختلال‌های رشدی_عصبی دوران کودکی و دارای سه زیرشاخه شامل نقص‌توجه[2]، بیش‌فعالی یا تکانش‌گری[3] و نوع ترکیبی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[4]، ۲۰۱۳). این اختلال ۵/۲۹ درصد کودکان سنین مدرسه و ۴ درصد بزرگسالان را مبتلا کرده و اغلب منجر به اختلال عملکردی در حوزه‌های مختلف و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود (شاو و همکاران[5]، ۲۰۱۲). کودکان مبتلا به این اختلال از مشکلات رفتاری گوناگون مانند اعتماد به نفس پایین، پرخاشگری و مشکلات آموزشی رنج می‌برند (بل[6]، ۲۰۱۱).

تداوم اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی ممکن است مربوط به شدت و تعداد علائم، زیرگروه علائم، وراثت، نارسایی روانی- اجتماعی، همبودی[7] با سایر بیماری‌های روان‌شناختی باشد (شاو و همکاران،۲۰۱۲). ۵۹ تا۸۷٪ کودکان با تشخیص اختلال نقص‌توجه / بیش‌فعالی، دارای حداقل یک همبودی و ٪۲۰ دارای ۳ یا بیشتر نشانه‌ی همبودی هستند. بیشترین میزان همبودی این اختلال با ناتوانایی‌های یادگیری ٪۲۵-۱۲، به ویژه در خواندن ۱۱٪ تا ۵۲٪ ، ریاضی ۵٪ تا ۳۰٪ و نوشتن ۵۹٪ تا ۶۵٪ است (کارتینا و همکاران[8]، ۲۰۱۹). سایراختلالاتی که با نقص‌توجه/ بیش‌فعالی همبودی دارند شامل: عدم کارکرد سازگار اجتماعی ۱۰٪، اختلال گفتاری ۳۰-۳۵٪ اختلال خلقی ۱۵_٪۲۰، اختلال اضطراب ۲۰-۲۵٪، چاقی و مشکلات خواب است. همچنین برآورد شده است که این افراد در زندگی آینده تا ٪۲۰ در معرض خطر بالقوه ابتلا به اختلال سلوک و تا ٪۱۵ در خطر گرایش به سوءمصرف مواد قرار دارند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). وجود مشکلات اولیه تحصیلی در کودکان با نقص‌توجه/بیش‌فعالی با طیف وسیعی از پیامدهای ثانویه ناگوار مانند پایین بودن سطح تحصیلات و دست‌آوردهای شغلی و نهایتاً پایین بودن سطح اجتماعی و اقتصادی در نوجوانی و بزرگسالی همراه است (کارتینا و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع شیوع گسترده پیامدهای رفتاری و وجود اختلال‌های همبود و مشکلات ثانویه‌ای همچون افت تحصیلی و مهارت های بین فردی ضعیف، تشخیص و درمان این کودکان را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه می‌سازد و بر ابعاد مختلف کارکرد و تحول بهنجار اثر می‌گذارد (بانفورد، برنت، گلدن، دیکسترا و سر و اونز[9]، ۲۰۱۵).

از یک طرف، تشخیص زودهنگام و درمان مناسب اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی، بخش مهمی از مدیریت این اختلال به شمار می‌رود و مدیریت اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی به جبران ناتوانی‌ها و ایجاد مهارتهای تاثیرگذار در کودکان مبتلا به این اختلال منجر می‌گردد (ویلر[10]، ۲۰۰۴). از طرفی دیگر، حالت‌های شیدایی در کودکان گاهی اختلال بیش‌فعالی یا کم توجهی نام می‌گیرد. به این ترتیب تشخیص غلط این اختلال باعث می‌شود، داروهای محرک نه تنها کودک را درمان نکند، بلکه بر وخامت بیماری او بیفزاید و دوره‌های تند چرخ دو قطبی را در کودک سبب شود (اسدی، یزدخواستی و حسینی‌رضی، ۱۳۹۴). بنابراین، موفقیت در تشخیص و درمان اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی درکودکی امری بسیار با اهمیت و چالش‌برانگیز است چرا که با توجه به همبودی این اختلال با سایر اختلال‌های عصب‌شناختی تشخیص آن دشوار است و گاهی اوقات دامنه وسیعی از رفتارهایی که به علل متعددی ایجاد می‌شوند به اشتباه به عنوان اختلال کم توجهی- بیش‌فعالی تشخیص داده می‌شوند. بنابراین ارزیابی بالینی این اختلال باید جامع و چندبعدی باشد و اگر به درستی در کودکی تشخیص و درمان نشود، در بزرگسالی به صورت مکانیسم‌های جبرانی و ناامیدی مزمن ثانویه مانند سلوک (پلیزکا[11]،۲۰۰۰)، اضطراب و حتی افسردگی (پریمیک و ایناکو[12]، ۲۰۱۲) بروز می‌کند.

دوران کودکی یک دوره حساس برای فرایند رشد عصبی-مغزی است، چرا که از یک طرف در طول این دوره شکل‌پذیری و تغییرات مغزی بیشتر از هر دوره دیگری پویا و پر قوت است و از طرف دیگر در این دوران ظهور رفتاری این تغییرات عصب-شناختی بیشتر

1 Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)
2 inattention
3 hyperactivity, and/or impulsivity
4 American Psychiatric Association
5 Shaw, Hodgkins, Caci, Young, Kahle, Woods & Arnold
6 Bell
7 Comorbid or Comorbidity
8 Catrina ,Calub, Mark , Rapport, Lauren, Friedman & Samuel
9 Bunford, Brandt, Golden, Dykstra, Suhr & Owens.
10 Voeller
11 Pliszka
12 Primich & Iennaco

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

مستعد مداخله است، چرا که هنوز الگوهای رفتاری تلفیق نشده است (برون و جنیگان[1]، ۲۰۱۲). تشخیص اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستانی معمولاً قبل از شش سالگی آشکار می‌شود. با این حال بیشتر موارد در مدرسه تشخیص داده می‌شود، جایی که نقص‌توجه بیش‌فعالی با عملکرد تحصیلی کودک و ساختارهای محیط مدرسه تداخل دارد (دیلی و بیرچوود[2]، ۲۰۱۰). این پافشاری روی کودکان بزرگتر به احتمال زیاد ناشی از دلایل عملی است، چرا که از یک طرف، نشانه‌های پیامد این اختلال مشهودتر است (مانند عملکرد ضعیف تحصیلی و اختلال در روند یادگیری)، از طرف دیگر تشخیص نقص‌توجه و بیش‌فعالی در پیش‌دبستانی‌ها، سالهاست که یک چالش است (آریتولی[3]، ۲۰۱۸).

تشخیص اینکه کدام کودک پیش‌دبستانی نیاز به نظارت و بررسی از جهت علایم نقص‌توجه و بیش‌فعالی دارد، کار بسیار مشکلی است چرا که **: الف)** سطح بالایی از فعالیت و تکانش در کودکان پیش‌دبستانی امری غیر رایج نیست، به عبارتی بالا بودن فعالیت و تکانش می‌تواند جزئی از روند رشد عادی کودک باشد (هاردوی، یانگ ویرف، تاکر و فرازوز[4]، ۲۰۰۹) و تمایز سطح بالای تکانشگری و تحریک پذیری از رفتارهای مورد انتظار رشدی در کودکان، حتی توسط والدین و یا مربی‌های مهد، مشکل است (اونیل، اسچیدرمن، راژیندرَن، مارکس و هالپرین[5]، ۲۰۱۴). **ب)** تنوع در ساختارهای حیطه پیش‌دبستان مانع از ارزیابی‌های چندگانه اطلاعات می‌شود (اونیل، اسچیدرمن، راژیندرَن، مارکس و هالپرین ، ۲۰۱۴). **ج)** ساختار نشانه‌ها (نیلسون، جامس و اسپی[6]،۲۰۱۴) و نم ود بالینی(کُرچَک لیکتین، کاکو و هالپِرین[7]، ۲۰۱۴) نقص‌توجه/بیش‌فعالی که در کودکی دیده می‌شود، از نشانه‌های آن در چند سال بعد متفاوت است. **د)** به‌رغم این تفاوت در نشانه‌ها در سنین مختلف، علائم نقص‌توجه/بیش‌فعالی تشخیص داده شده در دی‌اس‌ام_۵ بر اساس اطلاعات جمع آوری شده از کودکان سن مدرسه تدوین شده است (لاهی[8] و همکاران ۲۰۱۶). لذا برخی از پژوهش‌ها بیان کرده‌اند که علائم تشخیصی دی‌اس‌ام_۵ مناسب برای تشخیص این اختلال در کودکان پیش‌دبستانی نیست (هالپرین، مارکس[9]،۲۰۱۹).

مطالعات طولی نشان داده‌اند که میزان بیش‌فعالی و تکانشگری در پیش‌دبستانی‌های با نقص‌توجه/بیش‌فعالی به مرور زمان کاهش پیدا می‌کند و چندین مطالعه بیان کرده‌اند که میزان نقص‌توجه در کودکانی که وارد ساختار مدرسه می‌شود افزایش و یا حداقل آشکارتر می‌شود (هالپرین، مارکس[10]،۲۰۱۹). میزان بالای زیرگروه بیش‌فعالی-تکانشگری[11] نسبت به زیرگروه نقص‌توجه[12] در تمام مطالعات مربوط به اختلال نقص‌توجه /بیش‌فعالی پیش‌دبستانی‌ها مشهود است (هالپرین، مارکس[13]،۲۰۱۹).

لائی و همکاران[14] (۲۰۱۶) نیز در مطالعات خود بی ثباتی انواع اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی را در طول دوره انتقال از پیش‌دبستان به دبستان را نشان داده‌اند. آنها در مطالعات خود نشان دادند که علائم انواع اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در طول زمان خصوصاً در طول دوره گذر از پیش‌دبستان و دبستان بی‌ثبات است. مطالعه دیگری در سال(۲۰۱۴) توسط چک لیچتین[15] و همکاران نشان داد که یک سری تغییرات نظامند در نسبت کودکان مبتلا به انواع اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در طول یک دوره سه ساله گذر از پیش‌دبستان به دبستان شکل گرفته است. به گونه ای که در خلال این سال‌ها، اختلال نوع پیش‌فعالی/تکانشگری کاهش یافته و بر نوع نقص‌توجه افزوده می‌شود. نوع ترکیبی این اختلال نیز در گذر این سال‌ها افزایش پیدا می‌کند. آنها افزایش ۲۷ درصدی در بروز علائم نقص‌توجه بیش‌فعالی در دوره گذر از پیش‌دبستان به دبستان مشاهده کردند. بولفرد[16] و همکاران(۲۰۱۲) نیز دریافتند که ۲.۴ درصد نمونه جامعه در حال

1 Brown, & Jernigan
2 Daley & Birchwood
3 Aretouli
4 Harvey, Youngwirth, Thakar, & Errazuriz
5 O'Neill, Schneiderman, Rajendran, Marks, & Halperin
6 Nelson, James, & Espy
7 Curchack-Lichtin, Chacko, & Halperin
8 Lahey
9 Halperin,& Marks
10 Halperin,& Marks
11 .HI :Hyperactivity/ impulsivity disorder
12 .ADD :Attention Deficit Disorder
13 Halperin,& Marks
14 Lahey ,et al
15 Chack Lichtin
16 Bufferd

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

بررسی خود علائم نقص‌توجه/بیش‌فعالی را در سه سالگی نشان دادند. در حالی که بروز این علائم در نمونه کودکان شش سال همان جامعه به بیش از دو برابر یعنی حدود ۵.۴ رسید (به نقل از (هالپرین، مارکس،۲۰۱۹).

همگام با رشد نه تنها شدت علائم نقص شناختی تغییر می‌کند، بلکه الگوی نقص نیز همگام با رشد و تغییر در ساختارهای مغزی تغییر می‌کند(آریتولی[1]، ۲۰۱۸) و مطالعات موجود بر این تصور تاکید می‌کند که پیش‌دبستانی‌ها با نقص‌توجه/بیش‌فعالی نقص‌های شناختی دارند، درحالی آنها یک گروه ناهمگن عصب شناختی را تشکیل می‌دهند (هالپرین، مارکس،۲۰۱۹).

به نظر می‌رسد که میزان اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستان در معرض خطر ابتلاء با افزایش سن و ورود به مدرسه افزایش می‌یابد و این پدیده یک دلیل قانع کننده برای شناسایی و شاید مداخله زود هنگام برا پیش‌دبستانی‌هایی است که علائمی‌از این اختلال را دارد، حتی اگر تمام معیارهای تشخیصی را نداشته باشند (هالپرین، مارکس[2]،۲۰۱۹).

میزان اختلال نقص‌توجه /بیش‌فعالی با حرکت از پیش‌دبستان به دبستان افزایش می‌یابد چرا که: اولاًعلائم نقص‌توجه/بیش‌فعالی با بزرگ شدن کودک شدت می‌گیرد. این امر قابل تصور است، که نشانه‌های ثابت منجر به افزایش میزان تشخیص می‌شود، چرا که انتظارات افزایش می‌یابد. به عبارتی رفتارها و کارکردهایی که در دوران پیش‌دبستانی به صورت آسیب جدی در نظر گرفته نمی‌شود در دوران مدرسه آسیب‌زاتر می‌شود و ناتوانی در عملکرد کودک بارزتر می‌شود. ثانیا تغییرات ظاهر شده در میزان کودکان مبتلا به اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی ممکن محصول تصنعی سیستم تشخیصی باشد که مناسب این سن نیست. همانطور که قبلاً گفته شد نشانه‌های دی‌اس‌ام_۵ برای نقص‌توجه بیش‌فعالی کاربرد تشخیصی ضعیف برای سال‌های پیش‌دبستان دارد. برآورده شدن آستانه شش‌گانه علائم نقص‌توجه بیش‌فعالی برای کودکان پیش‌دبستان چالش برانگیز است(هالپرین، مارکس،۲۰۱۹).

با نظر به چالش‌های پیش رو برای اندازه‌گیری و تشخیص اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در جامعه پیش دبستانی‌ها و این واقعیت که تشخیص زودهنگام (و بالطبع مداخله زودهنگام) به طرز مطلوبی مسیرهای آسیب دوران نوجوانی را بهبود می‌بخشد (هالپرین، مارکس، ۲۰۱۹)، این مطالعه با مروری نظامند به بررسی ابزارها و شیوه‌های به کار رفته در مطالعاتی که به شناسایی اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در کودکان پیش دبستان بوده، پرداخته‌شده‌است. به عبارت دیگر مسئله اصلی در این مطالعه، مرور ویژگی‌های فنی ابزارها و شیوه‌های به کار رفته در مطالعاتی است که به شناسایی اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی در کودکان پیش دبستانی پرداخته‌اند.

روش

فرآیند انتخاب و جمع‌آوری داده‌ها

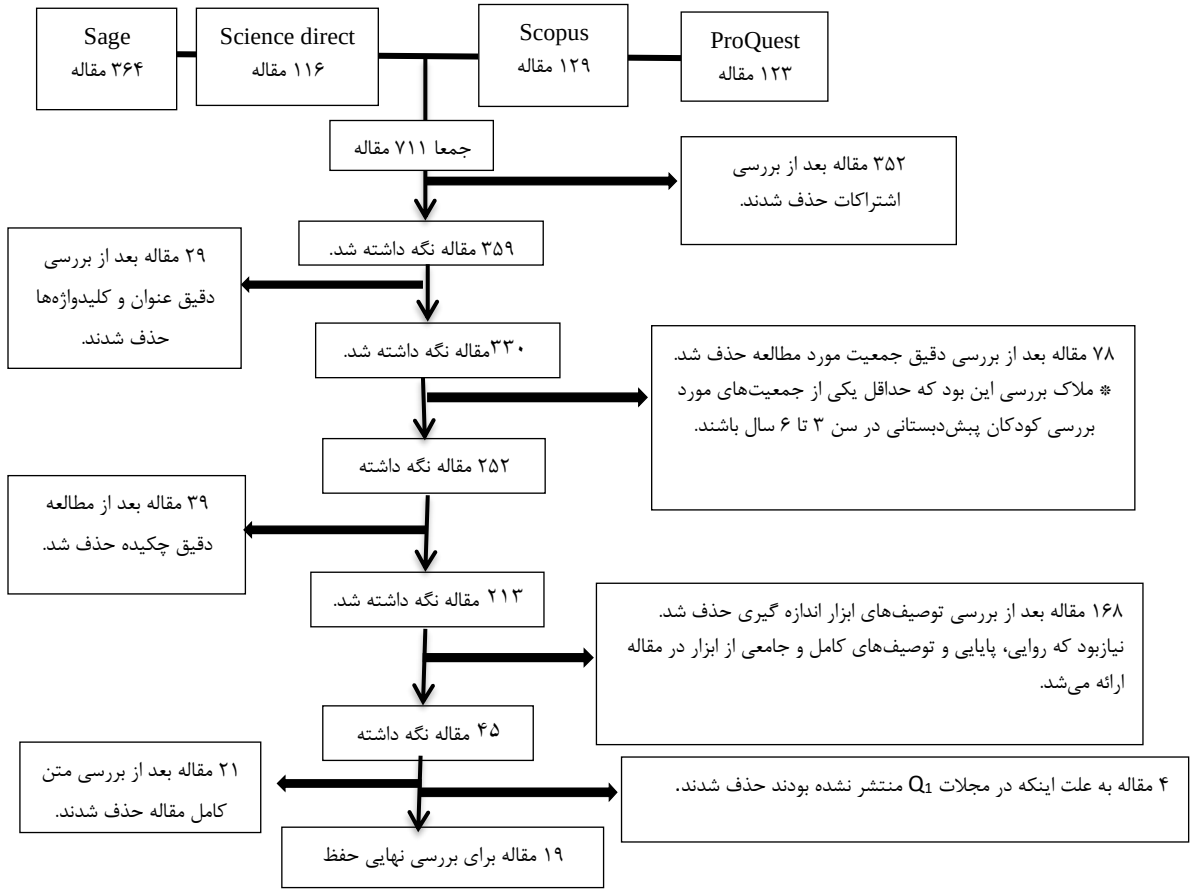
این پژوهش یک مطالعه مروری نظامند است که در آن فرایند انتخاب و جمع آوری داده‌ها بر اساس دستورالعمل پریزما (PRISMA) انجام شده است. بررسی پیشینه پژوهشی در پایگاه های تحقیقات فارسی و انگلیسی زبان نشان داد که اخیراً هیچ بررسی جامعی در مورد ابزارهای تشخیصی برای اختلال نقص‌توجه و بیش فعالی در کودکان پیش دبستان صورت نگرفته است. تمامی مقالات انگلیسی چاپ شده مرتبط با کلیدواژه‌های: ((”preschooler” or “3-6 year olds“) and(“ measurement”or “assessment”)) and ((”ADHD” or “ADD” or “Attention Deficit Disorder“)

در بازه زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۱ مورد بررسی قرار گرفتند، بدین منظور پایگاه‌های داده‌های ProQuest, Scopus, ScienceDirect, Sage مورد بررسی قرار گرفتند. در هر پایگاه فقط مقالات تحقیقی[3] حفظ شدند و سایر انواع تحقیق مانند مقالات مروری، آرشیوها، پایان نامه‌ها از چرخه بررسی حذف شدند. فقط مقالاتی که در مجلات Q1 بر اساس رده بندی سایت JCR در نظر گرفته شدند و سایر مقالات از چرخه بررسی حذف شدند. در قسمت موضوع فقط مطالعاتی که متمرکز روی اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی بودند، نگه داشته شد و سایر اختلالات مانند اوتیسم ، افسردگی، مشکلات یادگیری و غیره از چرخه بررسی حذف شدند (در پایگاه ProQuest فقط مقالات Peer review مورد بررسی قرار گرفت). حاصل این بررسی اولیه ۷۱۱ مقاله بود که به شرح زیر مورد بررسی و پالایش قرار گرفت. در این فرایند، مقالاتی که به وضوح و روشنی ابزار مورد استفاده برای تشخیص نقص‌توجه و بیش فعالی را

1 Aretouli
2 Halperin,& Marks
3 research articles

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

توضیح نداده بودند، از روند بررسی حذف شدند. مقالاتی که به زبان انگلیسی نبود نیز حذف شدند. همچنین مقالاتی که نمونه مورد بررسی کودکان پیش‌دبستان نبود نیز از روند بررسی کنار گذاشته شدند. مقالات مروری و کیفی که در آن از ابزاری برای برای تشخیص نقص‌توجه و بیش فعالی استفاده نشده بود، و همچنین مقالاتی که روش مورد مطالعه را کامل گزارش نداده بود، نیز از روند بررسی حذف شدند. معیارهای ورود مقالات به مطالعه شامل مقالات اصیل پژوهشی کمی که از ابزاری برای تشخیص نقص توجه و بیش فعالی در کودکان پیش‌دبستان استفاده کرده باشد همچنین از مقالات استفاده شد که نمونه آنها کودکان پیش دبستانی در بازه سنی ۳ تا ۶ سال هستند. نهایتا ۱۹ مقاله از از نظر ابزار مورد استفاده برای شناسایی اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در پیش‌دبستانی‌ها مورد مطالعه و بررسی دقیق قرار گرفت.



شکل ۱: فرآیند بازبینی و انتخاب مطالعات در پژوهش بر اساس فرمت پریزما[1]

ارزیابی کیفیت مطالعات

برای صحت و قابل اعتماد بودن مطالعات استخراج شده، از فهرست تحقیقات کیفی برنامه‌ی مهارتهای ارزیابی اساسی (CASP) و توصیه‌های کوکرین[2] (۲۰۱۳) برای بررسی تحقیقات کیفی استفاده شد(کارگو[3] و همکاران؛ ۲۰۱۸). ابتدا نویسنده خصوصیات ویژه مطالعه را با استفاده از این فرم استاندارد استخراج کرد. این فرم شامل نام نویسندگان، محل مطالعه، سال مطالعه، هدف مطالعه، نوع مطالعه، گروه هدف،اندازه جمعیت مورد مطالعه و مهم ترین نتایج مقالات منتخب بود. مرورگرها به شکل کاملا مستقل بر اساس معیارهای ورود داده‌ها را بررسی کردند و در صورت عدم توافق بین نویسندگان از داور سوم استفاده شد. به این مطالعات بر اساس هر ملاک نمره داده شد. هدف از امتیازدهی به هر مطالعه، افزایش اعتبار مطالعه با ابزار مناسب فهرست وارسی و خروج مطالعات با کیفیت پایین از فرآیند

1 PRISMA
2 Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group (CQIMG)
3 Cargo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

تحلیل می باشد. اگر مطالعه‌ای ملاک مورد نظر را داشته باشد، نمره ۱ در مورد آن می گرد، اگر این ملاک را نداشته باشد، نمره ۰ به آن داده می‌شود. و اگر تا حدودی ملاک مد نظر را داشته به آن نمره ۰/۵ داده می‌شد. در این مطالعه، برای سنجش میزان توافق بین دو مرورگر یا رتبه دهنده از ضریب کاپا استفاده شد. مقدار کاپا بین صفر تا یک نوسان دارد. هرچه مقدار این سنجه به عدد یک نزدیک تر باشد نشان می‌دهد که توافق بیشتری بین مرورگران وجود دارد. اما زمانی که مقدار کاپا به عدد صفر نزدیک تر باشد، توافق کم بین مرورگرها وجود دارد. در این مطالعه شاخص کاپا بین دو مرورگر ۰/۷۸ بود. از این رو تمامی ۱۹ مطالعه استخراج شده از منظر کیفیت تایید شدند.

علاوه بر ضریب کاپا بین مرورگرها، برای ارزیابی تک تک مطالعه‌های استخراج شده، از ابزار ارزیابی کیفیت برای مطالعات مقطعی و گروهی استفاده شد. این ابزار توسط کارگروه ارزیابی ریسک خدمات بهداشتی و انسانی در موسسه ملی بهداشت ایالات متحده آمریکا توسعه یافته است (موسسه خون و بهداشت ملی[1]، ۲۰۱۶). این ابزار شامل چهار سوال است و مطالعات را از منظر (۱)سوگیری، (۲) تناقض، (۳) توان آماری و (۴) قدرت ارتباط بین مداخله و نتایج ارزیابی می‌کند. دو داور به صورت مستقل هر مطالعه را ارزیابی می‌کند و در صورت وجود سوگیری و تناقض به دو سوال اول نمره ۱ تعلق می‌گیرد و اگر سوگیری و تناقض وجود نداشته باشد نمره ۲ تعلق می‌گیرد. دو سوال دوم، توان آماری و قدرت ارتباط بین مداخله و نتایج را ارزیابی می‌کند و اگر توان آماری و قدرت ارتباط در مطالعه بالا باشد، نمره ۲ با آن تعلق می‌گیرد و اگر پایین باشد نمره ی۱ به آن تعلق می‌گیرد. در صورتی که بین داورها اختلاف نظر وجود داشته باشد، از نظر داور سوم استفاده می‌شود. اگر نمره کل حاصل کمتر از ۵ باشد مطالعه به صورت ضعیف ارزیابی می‌شود. اگر امتیاز حاصله بین ۶ تا ۷ باشد، مطالعه نسبتاً خوب ارزیابی می‌شود و نهایتاً اگر نمره ۸ باشد مطالعه خوب ارزیابی می شود. در مطالعه حاضر از بین ۱۹ مطالعه منتخب تعداد ۶ مطالعه ارزیابی خوب دریافت کردند و و تعداد ۱۲ مطالعه نسبتاً خوب بودند. یکی از مطالعات از منظره ارتباط بین مداخله و نتایج و همچنین تناقض ضعیف بود و در نتیجه از دوره بررسی حذف شد. نهایتا ۱۸ مطالعه وارد مرحله تحلیل شدند.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی و شیوه جمع‌آوری داده‌ها در مطالعات مورد بررسی

جامعه مطالعات مورد بررسی کودکان پیش دبستان در بازه سنی ۳ تا ۶ سال بودند، البته در دو مورد از مطالعات کودکان بین ۳ تا ۸ سال در نمونه حضور داشتند. به طور متوسط میانگین سنی کودکان در ۱۸ مطالعه مورد بررسی (SD=۱/۹۱) ۵.۶۵۴ بود.

به طور کلی، مطالعاتی که بررسی نقص توجه بیش فعالی کودکان می پردازند را می‌توان از منظر جامعه مورد بررسی به سه دسته تقسیم کرد: (۱) مطالعاتی که از اطلاعات والدین و اطرافیان استفاده می‌کنند (۶۸/۴۲٪ ، n=۱۳)، (۲) مطالعاتی که صرفاً با مشاهده مستقیم و بررسی رفتار و کنش کودکان در خلال یک تکلیف می‌پردازند (۱۰/۵۳٪ ، n=۲) و (۳) مطالعاتی که برای جمع‌آوری اطلاعات از هر دو شیوه استفاده می‌کنند، به عبارتی علاوه بر مشاهده مستقیم رفتار و کنش کودک، اطلاعاتی را از والدین و اطرافیان نیز جمع‌آوری می‌کند (۳۶/۸۵٪ ، n=۷). یکی از مطالعات برای جمع‌وری داده‌ها علاوه بر اطلاعات والدین و اطرافیان از طول امواج مغزی کودک استفاده کرده بود. نمونه مورد بررسی در ۱۷ مطالعه‌ای که از اطلاعات والدین و اطرافیان استفاده کرده بودند، مجموعاً عبارت بود از: ۹۸۶ والد (۸۶۴ زن ۸۸٪) با میانگین سنی (SD=۴/۶۹) ۳۷/۶۸ سال و مجموعاً ۲۰۸ مربی مهدکودک(۱۸۶ زن ۸۹٪) با میانگین سنی (SD=۲/۶۸) ۳۱/۳۲.

فهرست ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص نقص توجه/ بیش فعالی در پیش دبستانی‌ها

بعد از بررسی و مطالعه دقیق ۱۸ مقاله منتخب، ابزارها و شیوه‌های بکار برده شده برای سنجش و تشخیص کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به نقص‌توجه/ بیش‌فعالی استخراج شد. ابزارهای به کار برده شده در مطالعات مورد بررسی در جدول ۱ فهرست بندی شده‌اند و توضیحات هر ابزار در این جدل ارائه شده است.

1 National Heart & Blood Institute

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

جدول ۱: ابزارها و شیوه‌های تشخیص اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستان

ابزار	مشخصات
	پرسشنامه‌های گزارشگری والدین و مربی
The Conners Parent Rating Scale	درجه‌بندی کانرز[1](۱۹۹۰) در دو فرم نظرسنجی معلم و والدین برای ارزیابی رفتار کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. دو نسخه کوتاه و بلند دارد که برای سنین ۲ - ۶ سال نرم شده است. این مقیاس نمراتی ابعادی برای طیف وسیعی از مشکلات رفتاری ، اجتماعی و عاطفی فراهم می کند و به سنجش اینکه آیا کودک به طور مناسب در مراحل مهم رشدی را پشت سر گذاشته یا نه ، کمک می کند.
CBCL: Child Behavior Checklist	سیاهه رفتاری کودکان(سی بی سی ال) یک چک لیست بر اساس علائم بیش فعالی در دی‌اس‌ام_۵ است که توسط آچنباخ و ریسکرلا[2] (۲۰۰۱) طراحی شده و باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد و از او مراقبت میکند و یا هر کسی که با کودک در محیطهای شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ‌دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگیها ی (توانمندیهای) کودک را می‌سنجند و همچنین تعدادی سئوال باز _ پاسخ را که به بیماریها و ناتوانیهای کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگیها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل میکند .در ادامهٔ این فرم، پاسخ‌دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخدهنده براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به‌صورت ۰ =نادرست ؛ ۱ =تاحدی یا گاهی درست؛ و ۲ =کاملاً یا غالباً درست، درجهبندی میکند
SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire	پرسشنامه سنجش نقاط قوت و ضعف کودک(SDQ) : این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط گودمن[3] در انگلیس و بر مبنای ملاک های تشخیصی آی‌سی‌دی-۱۰[4] ساخته شده است و برای سنین ۱۶-۳ سال به کار می رود . دارای پنج خرده مقیاس نشانه های هیجانی، مشکلات سلوک، بیش فعالی –کمبود توجه ، مشکلات ارتباطی با همسالان و رفتارهای جامعه پسند(نقاط قوت کودک) است. البته ۵ سوال اضافی نیز برای سنجش طول مدت مشکلات و میزان پریشانی حاصل از آن ها ، اثرات آن ها بر روی کارکرد کودک و نوجوان در ارتباط با زندگی خانوادگی، روابط دوستان، یادگیری در کلاس درس و فعالیتهای تفریحی و یک سوال نیز برای سنجش اثر احتمالی مشکل یا مشکلات رفتاری سنجش شده بر زندگی اطافیان در نظر گرفته شده است.
Mothers and Child Cohort Study (MoBa)	پرسشنامه moba شامل ۱۱ آیتم است که ۶تای آن از چک لیست مربوط به رفتار کودکان است و ۵ تا بر اساس معیارهای دی‌اس‌ام-۵ مربوط به کودکان ADHDنوشته شده است. این پرسشنامه توسط مادر کودک پر می شود.
	ابزارهای مبتنی بر مشاهده کنش و رفتار کودکان
Delay-related behaviors	رفتارهای تاخیری: در این سری آزمونها آزمونگر به دنبال بررسی این نکته است که آیا کودک قادر به مهار رفتاری خود در یک موقعیت هیجان‌زده است یا نه؟ به کودک گفته می شود که قراراست به او یک هدیه بدهند. فقط باید یک دقیقه صبر کند و پشت اش به مربی باشد تا هدیه را کادو پیچ کنند. سپس آزمونگر با سر و صدای زیاد شروغ به پیچیدن هدیه می‌کند و سپس به کودک می‌گوید که باید برای کاری اتاق را ترک کند و لازم است در این مدت کودک به هدیه دست نزند تا آزمونگر برگردد. سپس آزمونگر اتاق را برای ۳۰ثانیه ترک میکند و رفتارهای کودک تحت نظر است. اگر کودک هیچ عکس العملی در طول دوره انتظارانجام ندهد به وی نمره ۰ می دهند یعنی فاقد تحریک پذیری. اگر روی صندلی بشیند و سعی کند که حواس خودش را پرت کند مثلا صورتش را فورا برگرداند نمره۱ می گیرد، یعنی تحریک پذیری کم. اما اگر نتواند تحمل کند و کادو را لمس کند نمره۲ میگیرد یعنی تحریک‌پذیری بالا. در آزمایشی دیگر به کودک یک شیرینی می‌دهند و از وی می خواهند که تا زمانی که صدای زنگ را نشنیده است به شیرینی دست نزند و نوع رفتار کودک را ثبت می کنند.
go/no-go task	مهار حرکتی توسط تکلیف برو/نرو که در مطالعات برلین و بولین[5](۲۰۰۲) طراحی شده است، اندازه گیری می‌شود. از کودک خواسته می‌شود که هر وقت یک شکل آبی رنگ را دید کلید را فشار دهد.

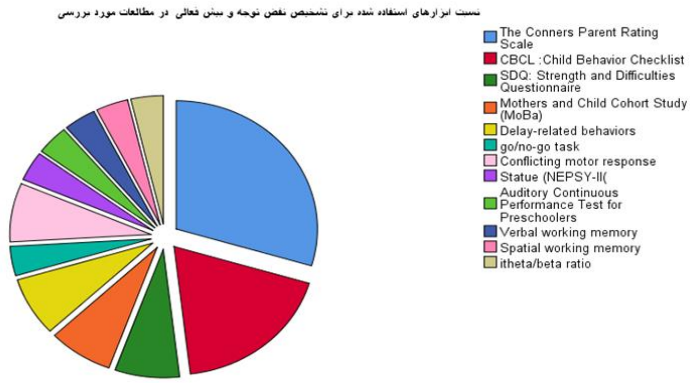
1 Conners
2 Achenbach & Rescorla
3 Goodman
4 International Classification of Diseases : ICD-10
5 berlin&bolin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

	در تمرین دوم باید کلید را زمانی فشار می‌داد که شکل مکعب را بدون توجه به رنگ آن ببیند. تعداد اشتباهات کودک به عنوان نمره مهار حرکتی در نظر گرفته می‌شد. تغییر پذیری زمان واکنش به عنوان انحراف استاندارد زمان واکنش شرکت کننده برای پاسخ درست ، اندازه گیری شد.
Conflicting motor response	پاسخ های حرکتی متضاد: این تست مهار حرکتی را در کودکان پیش دبستان بررسی می‌کند و برگرفته از کارهای لوریا و کریستن[1](۱۹۷۵) است. به کودک گفته می‌شود هر وقت من به تو مشتم را نشان دادم تو به من انگشت ات را نشان بده و بالعکس.(هر کدام ۱۲ بار در مجموع ۲۴ بار تکرار می شود). زمان صرف شده و درستی پاسخ‌ها ثبت می‌شود.
Statue (NEPSY-II)	تست وضعیت که پایداری مهار و حرکت را در کودک اندازه گیری می‌کند توسط کرکمن، کرک و کمپ[2] (۲۰۰۷). از کودک خواسته می‌شود در یک وضعیت بدنی ثابت با چشمان بسته به مدت ۷۵ ثانیه ثابت بماند در حالی که صدا هایی به عنوان حواس پرت کن پخش می‌شود و از کودک خواسته می‌شود که به صدا ها بی توجه باشد.
Auditory Continuous Performance Test for Preschoolers	در آزمون عملکرد شنیداری پیوسته برای پیش‌دبستانی‌ها که توسط ماهونی، پلیین و هیمنز[3] (۲۰۰۱) طراحی شده است، از کودک خواسته می‌شود که به یک صدای هدف (مثلا صدای سگ)پاسخ دهد. و سرعت عملکرد کودک در صدم ثانیه اندازه گیری می‌شود.
Verbal working memory	حافظه کاری شفایی: به وسیله نمره زیرمولفه‌ی فراخنای ارقام در سری تست هوش وکسلر اندازه‌گیری می‌شود. فهرستی از ارقام از سه تا نه‌تایی را با آرامش و با صدای بلند ارائه می‌شود و آزمودنی پس از گوش دادن به هر فهرست باید به همان ترتیب آن‌ها را بازگو کند. این آزمون مستلزم آن است که آزمودنی بعضی از فهرست‌های ارقام خوانده‌شده را به همان ترتیب و بعضی دیگر را به صورت وارونه بازگو کند. در حالت اول، حافظه برای ارقام مستقیم و در حالت دوم، حافظه برای ارقام وارونه اندازه‌گیری می‌شود. این خرده‌آزمون، حافظه شنیداری کوتاه‌مدت را اندازه‌گیری می‌کند. اما باید دانست میزان دقت و تمرکز و یا حواس‌پرتی و اضطراب آزمودنی نمره او را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
Spatial working memory	برای اندازه‌گیری حافظه کاری ویژه از تکلیف تلفن را پیدا کن استفاده می‌شود. این تکلیف در ۲۰۱۳ در کارهای اسجوول[4] استفاده شده است و بسیار شبیه تمرینهای حافظه کاری ویژه در سری آزمون های CANTAB است که توسط دانشگاه کمبریج طراحی شده اند. در صفحه کامپیوتر چندین تلفن است و از کودک خواسته می شود که تشخیص دهد کدام یک از تلفن ها اخیرا زنگ زده است.
طول امواج مغزی	
itheta/beta ratio	افزایش طول موج بتا در نوار مغزی EEG نشان دهنده اختلال نقص توجه و بیش فعالی است.

نسبت استفاده از ابزارها در مطالعات مورد بررسی

بررسی‌ها نشان داد که پرسشنامه درجه‌بندی کانرز در دو فرم نظرسنجی والدین و معلم محبوب‌ترین ابزار در بین مطالعات بوده‌است و ۴۲/۱ درصد از مطالعات مورد بررسی از این ابزار برای سنجش و تشخیص نقص‌توجه و بیش فعالی در کودکان پیش‌دبستان استفاده



نمودار۱: نسبت استفاده از ابزارهای توضیح داده‌شده در جدول ۱

1 Luria Christensen
2 Korkman, Kirk, & Kemp
3 Mahone, Pillion, & Hiemenz
4 sjowall

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

کرده‌اند. دومین ابزار محبوب در بین مطالعات مورد بررسی، سیاهه رفتاری کودکان(CBCL) است (۴۶/۳٪). هر دوی این ابزارها بر اساس علائم نقص توجه/ بیش فعالی در دی‌اس‌ام_۵ در طراحی شده‌اند. در بین ابزارهای مشاهده کنش و رفتار کودکان که با آن ها ابزارهای عصب‌شناختی نیز گفته می‌شود، تکلیف رفتارهای تاخیری و تکلیف پاسخ های حرکتی متضاد بیشترین استفاده را داشته اند (۱۰٪/۳). نسبت استفاده از هر یک از ابزارهای جدول ۱ در مطالعات مورد بررسی در نمودار ۱ قابل رویت و بررسی است.

طبقه بندی ابزارها

بررسی‌ها نشان داد که می‌توان ابزارها را به دو دسته کلی پرسشنامه‌های گزارشگری اطرافیان و تکالیفی که به مشاهده‌ی کنش و رفتار کودکان می‌پردازند تقسیم کرد. تکالیف مشاهده رفتار و کنش کودکان، آزمون‌های عصب شناختی نامیده می‌شوند چرا که این تکالیف در واقع کارکرد اجرایی مغز را می‌سنجند. این آزمون‌های عصب‌شناختی برای سنجش و تشخیص نقص توجه کودکان را نیز می‌توان به دو دسته آزمون‌های بازداری شناختی[1] و بازداری رفتاری[2] تقسیم کرد. بعضی از مطالعات بررسی شده از اندازه‌گیری طول موج بتا برای سنجش نقص‌توجه/بیش فعالی در کودکان پیش دبستان استفاده کرده‌اند. به طور کلی ابزارهای جدول ۱ را می‌توان به صورت زیر طبقه بندی کرد(جدول ۲).

جدول۲: طبقه بندی ابزارهای سنجش و تشخیص نقص توجه در کودکان بیش‌دبستان

طبقه‌بندی	ابزار	معادل فارسی ابزار
پرسشنامه‌های گزارشگری اطرافیان	The Conners Parent Rating Scale	درجه‌بندی کانرز (۱۹۹۰) در دو فرم نظرسنجی معلم و والدین
	CBCL: Child Behavior Checklist	سیاهه رفتاری کودکان(سی بی سی ال)
	SDQ: Strength and Difficulties Questionnaire	پرسشنامه سنجش نقاط قوت و ضعف کودک(SDQ)
	Mothers and Child Cohort Study (MoBa)	پرسشنامه moba: مطالعه کوهورت مادر کودک
آزمونهای عصب‌شناختی (بازداری رفتاری)	Delay-related behaviors	آزمون رفتارهای تاخیری
	go/no-go task	آزمون مهار حرکتی توسط تکلیف برو/نرو
	Conflicting motor response	آزمون پاسخ های حرکتی متضاد
	Statue (NEPSY-II)	آزمون وضعیت
آزمونهای عصب‌شناختی (بازداری شناختی)	Auditory Continuous Performance Test for Preschoolers	آزمون عملکرد شنیداری پوسته برای پیش‌دبستانی‌ها
	Verbal working memory	حافظه کاری شفایی
	Spatial working memory	حافظه کاری ویژه

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در قسمت یافته ها مشخص شده است می‌توان از یک نگاه ابزارها و روش‌های مورد استفاده برای سنجش و ارزیابی نقص‌توجه/بیش فعالی را به دو دسته کلی پرسشنامه‌های گزارشگری اطرافیان و آزمون‌های عصب‌شناختی تقسیم کرد. آزمون‌های عصب‌شناختی نیز به دو دسته‌ی آزمون‌های بازداری شناختی و آزمون‌های بازداری رفتاری تقسیم می‌شوند.

این طبقه بندی با مبانی نظری و پیشینه پژوهشی موجود مطابقت دارد چرا که مبانی نظری موجود در این حیطه نشان داده‌است که در کودکان با اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی همزمان با فرایند رشد، مشکلاتی در حوزهٔ شناخت و کارکردهای اجرایی[3] ظاهر می‌شود. کارکردهای اجرایی شامل همهٔ فرایندهای شناختی پیچیده‌ای است که در تکالیف مشکل یا اجرای تکالیف جدید مورد نیاز است (آلارز و اِمُری[4]، ۲۰۰۶)، همچین احساسات و اعمال را تنظیم می‌کند و آن‌ها را به یک رفتار مناسب و هدفمند از نظر اجتماعی

1 Cognitive inhibition
2 Behavioral inhibition
3 Executive function (EF)
4 Alvarez, Emory

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

هدایت می‌کند (زیلزو، کِرلسون و کسیک[1]، ۲۰۰۸ به نقل از جنیفر، برتُلا و یرس[2]،۲۰۱۹). از مهم‌ترین مؤلفه‌های شناختی و کارکردهای اجرایی، بازداری شناختی و بازداری رفتاری است. بازداری شناختی، فرایند جلوگیری از ورود اطلاعات نامربوط به حافظهٔ کاری است و در بازداری رفتار، هدف کنترل رفتارهای حرکتی به ویژه جلوگیری از رفتارهای ناخواسته و واکنشی است (معمارمقدم، طاهری و کاشی، ۱۳۹۷). بازداری که از نقص‌های اصلی در اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی به شمار می‌رود، یک مفهوم کلیدی در روان‌شناسی است چرا که رفتارهای موفقیت‌آمیز افراد به آن وابسته است.

هر کدام از این روش‌ها محدودیت ها و قابلیت های خودشان را دارند. مطالعات نشان داده‌اند که بسیاری از کودکانی که با ابزارهای مصاحبه و گزارشگری والدین و مربی دارای اختلال نقص‌توجه/بیش فعالی تشخیص داده شده‌اند، هنگام استفاده از ابزارهای عصب‌شناختی، در این گروه قرار داده نمی‌شوند، چرا که به بیان تاپلک[3] و همکاران (۲۰۱۳) یکی از محدودیت‌های استفاده از آزمون‌های عصب‌شناختی این است که کودکان در محیط‌های آزمایشی و تحت نظر آزمونگر بهترین عملکرد خود را در حفظ توجه و تمرکز نشان می دهد ولی زمانی که در زندگی روزمره خود و بدون نظارت قرار دارد، نقص‌های عملکردی جدی در توجه و تمرکز بروز می‌دهند. از طرفی دیگر اسجوول و ثورل[4](۲۰۱۸) بیان می‌کنند که این تناقض می‌تواند به عنوان نشانه‌ای از این واقعیت باشد که اطرافیان کودک هنگام نمره‌دهی به فهرست‌وارسی رفتاری کودکان، تحت تاثیر دیدگاه خود نسبت به کودک به عنوان کودکی دردسرساز هستند و در نتیجه اطرافیان کودک صلاحیت کافی برای نمره‌دهی به نقص‌های عصب‌شناسی را ندارند. هرچند یافته‌های این پژوهش نشان داد که اقبال مطالعات به استفاده از ابزاهای گزارشگری والدین و اطرافیان بیشتر است. علت این امر می‌تواند استفاده آسان‌تر این نوع ابزارها باشد. بررسی‌ها همچنین نشان دادند که اکثر پرسشنامه‌های گزارشگری والدین و مربی بر اساس علائم نقص‌توجه/بیش‌فعالی موجود در دی‌اس‌ام_۵ طراحی شده‌اند و همانطور که جفری و همکاران (۲۱۰۸) اظهار کرده‌اند و در قسمت مقدمه این مقاله نیز توضیح داده شد، این علائم در نمونه کودکان دبستان، هنجار شده است و مناسب پیش‌دبستانی‌ها نیست. بارکلی و مورفی[5] (۲۰۱۰) بیان می‌کند که گزارش‌های والدین مربی‌ها دارای اعتبار بالایی است و اکثر مطالعات از این روش استفاده کرده‌اند که یک دلیل برای این امر احتمالا این است که این پرسشنامه‌ها در دسترس‌تر و قابلیت اجرایی آسان تری دارد. اسجوول و هثورل (۲۰۱۸) همچنین در مطالعات خود بیان می‌کنند که آزمون‌های عصب‌شناختی نمی‌تواند تفاوت های فردی در اختلال عملکردی در میان کودکان با نقص توجه بیش فعالی را توضیح دهد.

این تناقض‌ها در سنجش نقص‌توجه/بیش‌فعال در کودکان پیش‌دبستانی حاکی از آن است که رویکردی چند روشی با اطلاعات چندگلنه که عملکرد رفتاری را در حیطه‌های مختلف ارزشیابی می‌کنند و مبتنی بر اطلاعات از هر دو روش گزارشگری اطرافیان و عصب‌شناختی لازم است. فراتر از رتبه‌بندی‌ها، مصاحبه با والدین برای شناسایی شرایط محیط خانه و مدرسه، تاریخچه خانوادگی و رشد کودک و همچنین سطح و ماهیت اختلال ضروری است. با توجه به بالا بودن میزان همبودی روان‌شناختی در ارتباط با نقص‌توجه/بیش‌فعالی، مصاحبه نیز باید برای روشن کردن شرایط احتمالی همبودی، انجام شود. در صورت امکان، تماس مستقیم با معلم کودک یا مشاهده کلاس درسی بسیار مفید است. علاوه بر این، همان‌طور که در بالا توضیح داده شد، مشاهده مستقیم کودک پیش‌دبستانی در محیط بالینی می‌تواند بسیار مفید باشد، به خصوص هنگامی که گزارش‌های معلم در دسترس نیست یا کودک در یک محیط پیش‌دبستانی بدون ساختار است. تأیید علائم از دو گزارشگر بزرگسال در محیط‌های مختلف، احتمال ثبات نقص‌توجه/ بیش‌فعالی تشخیص داده‌شده را تا دو سال نسبت به زمانی که فقط بر گزارش‌های والدین اکتفا شود، افزایش می‌دهد (اونیل[6] و همکاران ، ۲۰۱۴).

پیشنهادات پژوهشی: همان طور که در قسمت بحث و نتیجه‌گیری مطرح شد، در نتایج حاصل از هرکدام از ابزارهای مطرح شده برای سنجش نقص‌توجه و بیش‌فعالی در کودکان پیش‌دبستان تناقض‌هایی وجود دارد، از این‌رو لازم است مطالعاتی گسترده و طولی در حوزه سنجش نقص‌توجه/بیش‌فعالی در جهت پاسخگویی به تناقض‌های موجود شامل دقت اندک در تشخیص تفاوت های فردی در

1 Zelazo, Carlson & Kesek
2 Jennifer , Bertollo & Yerys
3 Toplak
4 Sjöwall & Lisa B. Thorell
5 Barkley & Murphy
6 O'Neill

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

اختلال عملکردی در میان کودکان، دقت ناکافی در تشخیص و سنجش حفظ توجه و تمرکز در محیط‌های طبیعی و به ویژه برای بررسی پایداری و اعتبار آزمون‌های عصب‌شناختی (کارکرد اجرایی مغز) صورت بگیرد.

منابع

اسدی ، ح؛ یزدخواستی، ف؛ حسینی‌رضی، ث(۱۳۹۴)، روش‌های ارزیابی و درمان کودکان و نوجوانان با اختلال کم توجهی- بیش فعالی، *تعلیم و تربیت استثنایی، ۷(۱۵):۶۳-۷۱.*

پرورش، ن؛ ضیاءالدینی، ح؛ عرفانی، ر و شکوهی، م، (۱۳۹۳)، فراوانی اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی و ارتباط آن با افسردگی در دانشجویان، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۱۶(۱)، ۹۸-۹۴.

قادری ا.ح ، نظری م.ع، شفیعی کندجانی ع.ر(۱۳۹۴)، ناهنجاریهای کوهرنس در نواحی فرونتال و تمپورال درکودکان ADHD نوع مختلط - :یک مقایسه با کودکان ADHD نوع کم توجه، *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۶(۴)،۱-۱۴.

معمارمقدم، م؛ طاهری تربتی، ح.ر؛ کاشی، ع (۱۳۹۷) اثر مداخلهٔ تمرین بدنی بر عملکرد شناختی و فاکتور نوروتروفیک مشتق از مغز در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی، *رشد و یادگیری حرکتی* ،۱۰(۲)، ۲۲۷-۲۴۲.

Alvarez JA, Emory E. (2006). Executive function and the frontal lobes:A meta-analytic review. *Neuropsychology Review*.;16-25. DOI: 10.1007/s11065-006-9002-x

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bell, A. S. (2011). "A critical review of ADHD diagnosticcriteria: What to address in the DSM-V". *Journal of Attention Disorders*, 15(1): 3-10. doi.org/10.1177/1087054710365982.

Bunford, N.; Brandt, N. E.; Golden, C.; Dykstra, J. B.; Suhr, J.A. and Owens, J. S. (2015). "Attention-deficit/hyperactivitydisorder symptoms mediate the association between deficitsin executive functioning and social impairment in children". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43: 133-147.

Cargo M, Harris J, Pantoja T, Booth A, Harden A, Hannes K, Thomas J, Flemming K, Garside R, Noyes J, (2018), Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group Guidance Paper 3: Methods for Assessing Evidence on Intervention Implementation, *Journal of Clinical Epidemiology* (2018), doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.11.028.

Castellanos FX1, Giedd JN, Marsh WL, Hamburger SD, Vaituzis AC, Dickstein DP, Sarfatti SE, Vauss YC, Snell JW, Lange N, Kaysen D, Krain AL, Ritchie GF, Rajapakse JC, Rapoport JL(1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(7):607–616 . DOI:10.1001/archpsyc.1996.01830070053009.

Catrina A. Calub1 & Mark D. Rapport1 & Lauren M. Friedman2 & Samuel J. (2019), IQ and Academic Achievement in Children with ADHD: the Differential Effects of Specific Cognitive Functions, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* . https://doi.org/10.1007/s10862-019-09728-z.

Dillon Daniel G, Pizzagalli Diego A, (2007) . Inhibition of action, thought and emotion: A selective neurobiological review. *Appl Prevent Psychol. 2007;12:99-114.* doi:10.1016/j.appsy.2007.09.004..

Hooven, F.T., Fogel, B.N., Waxmonsky, J.G., & Sekhar, D.L. (2018). Exploratory study of barriers to successful office contacts for attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 10, 237–243. https://doi.org/10.1007/s10802-018-0491-x. *intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Jennifer R. Bertollo and Benjamin E. Yerys (2019), More Than IQ: Executive Function Explains Adaptive Behavior Above and Beyond Nonverbal IQ in Youth With Autism and Lower IQ, *American Journal On Intellectual And Developmental Disabilities*, 2019, Vol. 124, No. 3, 191–205, DOI: 10.1352/1944-7558-124.3.191

Kasparek T, Theiner P, Filova A(2015). Neurobiology of ADHD From Childhood to Adulthood: Findings of Imaging Methods. *J Atten Disord.* Nov;19(11):931-43. 2013 Oct 4. DOI: 10.1177/1087054713505322.

National Heart, L, & Blood Institute (2016). *Assessing cardiovascular risk.* Bethesda, MD, USA: Systematic Evidence Review from the Risk Assessment Work Group. Patterson, G. R. (2002). *The early development of coercive family process. Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and the oregon model for*

Pliszka SR.(2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.; 9(3) 525–540. doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30105-6.

Primich C, Iennaco J (2012). Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life contexts for symptoms and impairments. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 May;19(4):362-73 DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01845.x.

Qiu A1, Crocetti D, Adler M, Mahone EM, Denckla MB, Miller MI, Mostofsky SH. (2009). Basal ganglia volume and shape in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*;166(1):74–82. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08030426

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]

Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med*. Sep 4;10:99. DOI: 10.1186/1741-7015-10-99.

Toplak, M., West, M., & Stanovich, R. (2013). Practitioner review do performance-based measures and ratings of executive function assess the same construct?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 131–143.

Voeller KS (2004). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Child Neurol*.;19:798-814. doi.org/10.1177/08830738040190100901.

Yann B, Prakash K. Thomas(2009). Lewis's child and adolescent psychiatry review.1st ed. *USA: Williams & Wilkins*; p115-20.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.5.7]