



ارزش تشخیصی و اعتبار افتراقی مقیاس درجه‌بندی وندر – یوتا در شناسایی سنجه‌های مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز در نمونه‌ای از سارقان و افراد عادی

قائم صالح پور^۱، قاسم صالح پور^{۲*}، عذرا اکبری^۳، ثریا باقری مرودیج^۳

۱- گروه حقوق جزا و جرم‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

مقاله پژوهشی اصیل

مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD) می‌تواند به رفتارهای پرخطر بیانجامد و به‌کارگیری ابزاری که از توان تشخیصی مناسبی برای گزینش علائم ADHD در جمعیت‌های بزهکار برخوردار باشد، امری اجتناب‌ناپذیر است. ازاین‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی ارزش تشخیصی و اعتبار افتراقی مقیاس درجه‌بندی وندر-یوتا (WURS-۲۵) در گروهی از سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD براساس مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان کانرز بود.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه اعتبارسنجی در زندان مرکزی رشت در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴، ۱۰۰ زندانی مرتکب سرقت و ۷۰ فرد عادی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارها شامل WURS-۲۵، مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان کانرز، مقیاس سازگاری اجتماعی و پرسشنامه استرس ادراک‌شده بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل تمیز، آزمون کای‌اسکوئر، تحلیل واریانس / کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنی‌دار فیشر تحلیل شدند.

یافته‌ها

تحلیل تمیز نشان داد که WURS-۲۵ توانست علائم ADHD سه گروه از سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی و افراد عادی را از یکدیگر تشخیص دهد و صحت طبقه‌بندی کلی آن معادل ۶۴/۱٪ می‌باشد؛ هر چند بخش عمده‌ای از سارقان فاقد نشانه‌شناسی را نادیده گرفت. پس از تحلیل‌های کنترل‌شده، میانگین نمرات مولفه‌های سازگاری اجتماعی در سارقان واجد، نسبت به سایر گروه‌ها و برای استرس در سارقان واجد، نسبت به افراد عادی با احتساب نقاط‌برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ به‌طور معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری

WURS-۲۵ عملکرد گزینشی قابل‌قبولی در سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD دارد. ازاین‌رو می‌تواند در شناسایی افراد مستعد اختلال و سنجش پیامد مداخلات درمانی در جمعیت‌های بزهکار به‌کار رود.

کلیدواژه‌ها

نقص توجه / بیش‌فعالی، اعتبار، سرقت، استرس روانی، سازگاری اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۴

*نویسنده مسئول: قاسم صالح‌پور،

شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده علوم

تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی

بالینی

تلفن: ۰۹۱۱۸۸۷۷۱۴۳

پست الکترونیک:

MSalehpour.ClinPsy@gmail.com



مقدمه

اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD)^۱ عمدتاً به واسطه نقص در توجه پایدار، تکانشگری و یا بیش‌فعالی توصیف می‌شود (۱). ADHD می‌تواند تقریباً در ۵٪ از کودکان سنین مدرسه یافت شود (۲). شواهد جاری برآمده از مطالعات پیگیرانه کودکان مبتلا به ADHD نشان داده است که این اختلال به میزان بالایی در بزرگسالی نیز تداوم یافته و شیوع آن در حدود ۴٪ است (۳، ۴). ADHD قادر است مشکلات بسیاری را برای افراد ایجاد کرده و موفقیت اجتماعی، تحصیلی و رشد عاطفی مبتلایان را تحت تاثیر قرار دهد، به‌طوری که می‌تواند به افزایش خطر سوء مصرف مواد، بزهکاری و زندانی شدن بیانجامد (۵). در این باره، پاره‌ای از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ADHD زمینه‌ساز گرایش به رفتارهای پرخطر می‌باشد (۶)، هالینگدال^۲ و همکاران نیز با ارزیابی مجرمین زن واجد اختلال رفتاری دریافتند که تقریباً یک سوم از این زنان (۲۸٪) به طور مثبتی برای ابتلا به ADHD غربال می‌شوند که عمدتاً نیز از خرده تیپ‌های بیش‌فعالی/ تکانشی و ترکیبی می‌باشند (۷). یانگ^۳ و همکاران به واسطه سنجش علائم افراد زندانی در بریتانیا نشان دادند که ۴۳٪ از جوانان ۱۴ ساله علائم نقص توجه بیش‌فعالی تکانشگری را تظاهر می‌دهند (۸) و در مطالعه دیگری هم گزارش شد که ۲۴٪ از بزرگسالان مرد بطور مثبتی به واسطه وجود تاریخچه‌ای از علائم نقص توجه بیش‌فعالی تکانشگری در کودکی گزینش شده و در ۱۴٪ از کسانی که واجد این علائم در کودکی بودند، نشانه‌ها تداوم یافته است (۹)؛ بنابراین استفاده از یک ابزار خودگزارشی برای سنجش ADHD که سوای سرعت و سهولت در استفاده، از دقت تشخیصی و تفکیکی مناسبی در جمعیت-

های مستعد تظاهرات بالینی مختلف برخوردار باشد، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است؛ چرا که علائم خودگزارشی ADHD همبستگی بالایی با نتایج مصاحبه‌های تشخیصی دارد (۱۰).

در این میان، مقیاس درجه‌بندی وندنر-یوتا (WURS)^۴ نوعی ابزار خودگزارشی بوده که با هدف ارزیابی گذشته‌نگر علائم ADHD کودکی، براساس معیارهای یوتا طراحی شده است. مقیاس اصلی WURS شامل ۶۱ گویه بود که بعدها به ۲۵ گویه کاهش یافت که بزرگترین تفاوت میانگین بین بیماران مبتلا به ADHD و گروه کنترل را نشان داد. در اعتباریابی اصلی WURS-۲۵ به منظور ارزیابی قابلیت تشخیصی، وارد^۵ و همکاران حساسیت و ویژگی ۹۶٪ را برای نمره برش ۳۶ و حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۹۹٪ را برای نمره برش ۴۶ گزارش نمودند (۱۱). WURS به چندین زبان ترجمه شده است و مطالعات اعتباریابی، ویژگی‌های روانسنجی مشابه‌ای را که توسط وارد و همکاران گزارش شده بود را نشان دادند. با این حال، این نتایج همواره همسو نبوده و تناقض‌های بسیاری را نیز به خود دیده است. به‌طوری که اعتبار افتراقی WURS در مطالعه اصلی Ward^۵ و همکاران با نمونه‌ای از بزرگسالان معرفی شده برای ارزیابی ADHD ناشناخته باقی ماند (۱۷-۱۲) و در پژوهش دیگری هم، WURS-۲۵ تقریباً نیمی از افرادی را که فاقد ADHD بودند را به اشتباه طبقه‌بندی نمود (۱۸). در یک مطالعه، ارزش تشخیصی ۲۵- WURS مغایر با پیش‌بینی‌های مرسوم بدست آمد (۱۹) و در تحقیق فوساتی و همکاران نیز افتراق بیماران دچار اختلالات شخصیت و گروه کنترل مستلزم دستیابی به نمرات بالاتر از نمره برش بود (۲۰).

4-Wender Utah Rating Scale
5-Ward

1-Attention Deficit/Hyperactivity Disorder
2-Hollingsdale
3-Young



مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی و از نوع اعتبارسنجی بوده که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در زندان مرکزی رشت واقع در استان گیلان انجام گرفت. جامعه آماری این مطالعه نیز متشکل از کلیه سارقان زن و مرد بود که در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در زندان مرکزی رشت در استان گیلان در حال تحمل کیفر بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، ۱۰۰ نفر از سارقان بند سرقت و از طریق روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، ۱۰۰ نفر از افراد عادی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای سارقان نیز شامل سن برابر یا بالاتر از ۱۸ سال، محکومیت کیفری ناشی از ارتکاب سرقت، گذشت حداقل ۶ ماه از حضور فرد در زندان مرکزی و برخورداری از حداقل سواد لازم (۵ سال تحصیلی) به منظور تکمیل ابزارهای پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه هم عبارت بود از: اعمال مجرمانه‌ای غیر از ارتکاب سرقت و محکومیت کیفری ناشی از آن؛ وجود سابقه‌ای از هرگونه بیماری جسمانی همراه در گذشته و تا قبل از اجرای پژوهش. در این میان، معیار گزینش افراد در گروه عادی شامل سن برابر یا بالاتر از ۱۸ سال، فقدان وجود پیشینه‌ای از انجام هرگونه درگیری قانونی در گذشته و حال، کسب همزمان نمره T کمتر از ۵۵ در مقیاس کانرز و نمره کمتر از ۳۶ در WURS-۲۵ و همچنین برخورداری از حداقل سواد لازم (۵ سال تحصیلی) به منظور تکمیل ابزارهای پژوهش بود. معیار خروج از مطالعه هم، وجود سابقه‌ای از هرگونه بیماری جسمانی همراه در طول زندگی فرد و تا قبل از انجام پژوهش بود. براساس معیارهای موجود برای افراد عادی، از مجموع ۱۰۰ آزمودنی شرکت‌کننده در مطالعه، ۳۰ نفر به دلیل کسب نمرات بالاتر از نقطه برش در مقیاس کانرز و WURS-۲۵ و ظن وجود علائم ADHD در آنها از مطالعه خارج شده و

به‌طور کلی، ترجمه فارسی WURS قابل دسترس بوده و به کرات در مطالعات داخلی، بدون توجه به جامعه مورد مطالعه، مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال، هیچ مطالعه‌ای به ارزیابی ارزش تشخیصی و افتراقی آن در جمعیت‌های زندانی که مشکلات و تظاهرات رفتاری در بین آنها متنوع بوده و در نتیجه خطر تشخیص‌های گمراه‌کننده در آنها بالا می‌باشد، نپرداخته است. در جمعیت‌های بزهکار مستعد، سیمای متنوع بالینی، تشابه تظاهرات رفتاری و برخی از اختلالات شخصیتی و بالینی (نظیر مرزی و دوقطبی)، خطر چشم‌پوشی از علائم یکی از اختلالات دیگر را افزایش می‌دهد. از این رو، لزوم انجام پژوهش حاضر از چند جهت قابل بررسی است: نخست اینکه، در موقعیت‌های سنجش بالینی و در افرادی که خطر حضور سایر مشکلات به ویژه اختلال‌های شخصیتی و ایدزایی - رفتاری در آنها وجود دارد، نیاز به ابزارهای تشخیصی با اعتبار افتراقی مناسب ضرورت می‌یابد تا به‌توان غربالگری دقیقی از بزرگسالان مظنون به ADHD و تفکیک آنها از تشخیص‌های دیگر انجام داد. در ثانی، وقتی به واسطه مصاحبه بالینی شواهدی دو پهلوی وجود ADHD حاصل می‌شود، نمره بالا در WURS می‌تواند تردید بالینگر را برای تشخیص قطعی ADHD کاهش دهد و بالعکس، نمره پایین در آن قادر است احتمال رد تشخیص ADHD را تقویت نماید. سرانجام اینکه برای نخستین بار است که اجرای ارزشیابی‌های تشخیصی و افتراقی WURS-۲۵ در یک جمعیت بزهکار با تظاهرات رفتاری مختلف انجام می‌گیرد که می‌تواند منبعی برای مقایسه و هدایت پژوهش‌های بعدی گردد. با این وصف، هدف از مطالعه حاضر ارزیابی ارزش تشخیصی و اعتبار افتراقی مقیاس وندنر یوتا در نمونه‌ای از سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی بدون علائم ADHD براساس مقیاس نقص توجه بیش‌فعالی کانرز می‌باشد.



حجم نمونه نهایی در افراد عادی ۷۰ نفر در نظر گرفته شد. در فرآیند جمع آوری و ارزیابی نمونه ها، پس از هماهنگی با زندان مرکزی رشت، پژوهشگر جهت انجام نمونه گیری، طی روزهای معینی از هفته به مکان مربوطه مراجعه نموده و نمونه ها جمع آوری می گردید. در این خصوص، ابتدا به توضیح دلایل و نحوه انجام پژوهش برای آزمودنی ها پرداخته می شد، به آنها اطمینان داده می شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و به طور ویژه نیز اعلام شد که امتناع آنها از شرکت در مطالعه نیز تاثیری در روند گذراندن دوران محکومیت آنان نخواهد داشت و سرانجام پس از اخذ رضایت از آزمودنی ها، فرآیند ارزیابی آنها آغاز می گردید.

چک لیست خودگزارشی متغیرهای حقوقی و جمعیتی-شناختی: در این مطالعه ارزیابی و گردآوری اطلاعاتی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، محل سکونت، حکم دریافتی، میزان کیفرسپری شده و سابقه محکومیت زندان توسط یک سیاهه محقق ساخته از متغیرهای حقوقی و جمعیتی صورت گرفت.

مقیاس درجه بندی وندنر-یوتا (WURS): این مقیاس در قالب یک رویکرد گذشته نگر توسط وارد، وندنر و ریمهر^۱ در سال ۱۹۹۳ به منظور ارزیابی علائم ADHD کودکان و با هدف تشخیص ADHD در بزرگسالان توسعه یافته بود (۱۱). WURS بر مبنای معیارهای یوتا که برای تشخیص ADHD در بزرگسالان ایجاد شده بود، استوار است و به صورت یک مقیاس ۲۵ سوالی با طیف لیکرت (پنج امتیازی) همراه با سوال هایی درباره ADHD در کودکی گسترش یافت. در این مقیاس به گزینه هرگز، امتیاز صفر؛ کمی، امتیاز ۱؛ متوسط، امتیاز ۲؛ زیاد، امتیاز ۳؛ خیلی زیاد، امتیاز ۴، اختصاص داده می شود و جمع امتیازات مربوط به پاسخ-

های علامت گذاری شده در هر گویه (امتیاز نهایی هر آزمودنی)، نشانگر ابتلا و یا عدم ابتلا به ADHD در کودکی است. در مطالعه اولیه، این مقیاس به طور مناسبی ۸۶٪ از بیماران واجد ADHD، ۹۹٪ از آزمودنی های بهنجار و ۸۱٪ از بیماران افسرده را شناسایی نمود. در پژوهشی، همسانی درونی ($\alpha = ۰/۸۸$) و پایایی آزمون - بازآزمون ($r = ۰/۸۱$) مقیاس وندنر - یوتا را با فاصله اجرایی یک ماهه، در میان دانشجویان دانشگاهی در آمریکا بالا گزارش کردند (۲۱). در ایران، ضریب پایایی ۰/۹۵ را برای این مقیاس بدست آوردند (۲۲) و در مطالعه دیگری نیز ضریب پایایی این مقیاس با حجم نمونه ۳۶۱ نفر، ۰/۹۰ گزارش شد (۲۳). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۹۱ بدست آمد.

مقیاس درجه بندی نقص توجه / بیش فعالی بزرگسالان کانرز - خودگزارشی - نسخه غربالگری (CAARS-S: SV): این مقیاس توسط کانرز، ارارت و اسپارو^۲ (۱۹۹۹) طراحی شده (۲۴) و تا کنون این مقیاس، به کرات برای ارزیابی ADHD در بزرگسالان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۵) و برشی مقطعی از علائم و رفتارهای مرتبط با ADHD را می سنجد (۲۶). در این مطالعه از نسخه غربالگری خودگزارشی مقیاس درجه بندی نقص توجه / بیش فعالی بزرگسالان کانرز که شامل ۳۰ آیتم درجه بندی شده در مقیاس لیکرت بوده استفاده شده است که حاوی سنجه های علائم ADHD بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی - ویرایش چهارم (شامل نقص توجه یا A که حاوی ۹ سوال است، بیش فعالی - تکانشگری یا B که حاوی ۹ سوال است و مجموع علائم نقص توجه و بیش فعالی تکانشگری یا C که از حاصل جمع A و B بدست می - آید) و شاخص نقص توجه / بیش فعالی (D که حاوی ۱۲

2-Conners' Adult ADHD Rating Scale-Self-Report: Screening Version
3-Conner, Erhardt & Sparrow

1-Reimherr



سوال است) می‌باشد. در این مقیاس، علائم به‌وسیله آزمودنی در قالب گزینه‌های اصلاً، هرگز (۰)، کمی، گاهی (۱)؛ زیاد، معمولاً (۲)؛ و خیلی زیاد، همیشه (۳)، انتخاب و نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶). ارزیابی نسخه غربالگری خودگزارشی مقیاس بزرگسالان کانرز در دو مرحله خط پایه و نقطه پایانی نشان داد که پایایی همسانی درونی در خط پایه برای نقص توجه ۰/۸۱، بیش‌فعالی تکانشگری ۰/۸۴، مجموع علائم نقص توجه بیش‌فعالی تکانشگری ۰/۹۰ و شاخص نقص توجه بیش‌فعالی ۰/۷۶ بوده و در نقطه پایانی نیز به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۹۵ و ۰/۸۷ است. همچنین یافته‌های آنها حاکی از اعتبار بالای پیش‌بین نسخه غربالگری خودگزارشی مقیاس درجه‌بندی نقص توجه / بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز بود، به طوری که خرده مقیاس‌های آن به‌خوبی تغییر در علائم روانپزشکی و کارکردی را پیش‌بینی نمودند (۲۷). در ایران نیز پایایی و اعتبار نسخه فارسی این مقیاس، مورد ارزیابی قرار داده شد که نتایج حاصله نشان داد، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای و آلفای کرونباخ برای کلیه مولفه‌ها به ترتیب بالاتر از ۰/۷۰ و ۰/۸۰ بوده و مقیاس خودگزارشی بزرگسالان کانرز می‌تواند به‌تنهایی به‌عنوان ابزار غربالگری در مطالعات جمعیت‌شناختی ADHD بزرگسالان در ایران به‌کار گرفته شود. باید خاطر نشان ساخت که نقطه برش بهینه (نمره T) در CAARS-S: SV برای شناسایی افراد واجد نشانه‌شناسی ADHD در جمعیت‌های ایرانی، ۵۵ گزارش شده است که در این مطالعه نیز مورد استفاده قرار گرفت (۲۸). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۹۰ بدست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی - خودگزارشی (SAS-SR)^۱
(ویسمن و پایکل، ۱۹۷۸): SAS یک مقیاس

خودگزارشی ۵۴ گویه‌ای برای سنجش کارکرد اجتماعی و شغلی است. این ابزار شش زیرمقیاس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که شامل کار، فعالیت‌های اجتماعی و اوقات فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری، نقش والدی و نقش در واحد خانواده نظیر ادراک درباره شرایط اقتصادی است. هر گویه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ امتیازی درجه‌بندی می‌شود که در آن نمرات پایین‌تر نشانگر افزایش سطح کارکرد و نمرات بالاتر حاکی از سازگاری اجتماعی نامطلوب می‌باشد (۲۹). پایایی همسانی درونی با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ برای SAS-SR ۰/۸۸ بدست آمد (۳۰) و در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ گزارش شد (۳۱). مکتبی، ساجدی و ویسی^۲ نیز پایایی همسانی درونی SAS-SR را با روش آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از سارقان ایرانی ۰/۹۲ گزارش نمودند (۲۹). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۹۰ بدست آمد و براساس شرایط افراد زندانی از پنج زیرمقیاس SAS-SR شامل فعالیت‌های اجتماعی و اوقات فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری، نقش والدی و نقش در واحد خانواده برای تفکیک سه گروه از افراد واجد فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD استفاده گردید.

فرم ۱۴ سوالی پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS):^۴
این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرملشتین^۵ تهیه شده و دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده به‌کار می‌رود (۳۲). پاسخ‌های داده شده به سؤالات که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت بوده، به صورت هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و بسیاری از اوقات=۴ نمره گذاری می‌شود و دامنه نمرات آن نیز بین ۰ تا ۵۶ می‌باشد.

3-Maktabi, Sajadi & Veisi

4-Perceived Stress Scale

5-Cohen, Kamarck & Mermelstein

1-Social Adjustment Scale-Self Report

2-Weissman & Paykel



(UNIANOVA)^۳، تحلیل کوواریانس تک متغیره (UNIANCOVA)^۴ و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنی دار فیشر (LSD)^۵ استفاده گردید. در این باره، وارد و همکاران در اعتباریابی اصلی WURS-۲۵، نمره برش ۳۶ را با حساسیت و ویژگی ۰/۹۶ و نمره برش ۴۶ را با حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۹۹ گزارش کردند (۱۱) که به عنوان منبع غربالگری در مطالعات بعدی نیز بکار گرفته شد (۳۵). نمره برش WURS-۲۵ برای نسخه فنلاندی نیز ۳۶ با حساسیت ۰/۸۹ و ویژگی ۰/۸۵ پیشنهاد شد (۱۴). با این حال در جدیدترین مطالعه انجام شده توسط کوروس و همکاران نمره برش بهینه ۳۹ با حساسیت ۰/۸۸ و ویژگی ۰/۷۰ بدست آمد (۱۹). از این رو، با توجه به برآوردهای گزارش شده و جهت دستیابی به نتایج دقیق تر، کلیه آزمودنی ها هر بار با در نظر گرفتن سه نمره برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS از یکدیگر تفکیک گردیدند. پس از تعیین گروه ها و به منظور شناسایی متغیرهای مخدوش کننده ای که می تواند اعتبار افتراقی WURS-۲۵ را تحت تاثیر قرار دهد، ارتباط هر یک از آنها با متغیرهای عامل (گروه های تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵) از طریق آزمون کای اسکوتر (χ^2)^۶ مورد بررسی قرار گرفت. متغیرهای مخدوش کننده احتمالی عبارت بودند از: سن (با کدگذاری ۰ = ۴۰ و ≤ 40 ، جنسیت (با کدگذاری ۰ = زنان و = مردان)، وضعیت تاهل (۰ = مجرد و ۱ = متاهل)، تحصیلات (۰ = ۹ سال تحصیل و ≥ 9 سال تحصیل) و محل سکونت (با کدگذاری ۰ = شهر و ۱ = روستا). در مرحله بعد نیز با استفاده از آزمون های آماری پیشتر اشاره شده، به مقایسه میانگین نمرات گروه های تفکیک شده از نظر پنج مولفه

نمرات بالاتر نشانگر استرس ادراک شده بیشتر است. باید خاطر نشان نمود که نمره بندی ۷ مورد از سؤالات این پرسشنامه (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳) نیز که مفهومی مثبت دارند به صورت معکوس می باشد (هرگز = ۴ تا بسیاری از اوقات = ۳۳). پایایی همسانی درونی هر سه نسخه پرسشنامه استرس ادراک شده را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۶-۰/۸۴ بدست آوردند. همچنین پایایی آزمون - بازآزمون این پرسشنامه نیز ۰/۸۵ گزارش شد و اعتبار آن هم از طریق محاسبه همبستگی پرسشنامه استرس ادراک شده و مقیاس های با علائم مشابه در دامنه ۰/۷۶ - ۰/۵۲ بدست آمد (۳۲). در ایران نیز طی پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ گزارش شد و ویژگی های روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفت (۳۴). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۷۱ بدست آمد. در مطالعه حاضر برای توصیف داده ها از شاخص های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. تحلیل تمایز نیز برای نشان دادن ارزش تشخیصی WURS به کار گرفته شد؛ برای این امر، ابتدا نمرات کلیه آزمودنی های ارزیابی شده از طریق CAARS-S: SV به نمره Z تبدیل شده و پس از آن با استفاده از فرمول $T = 10(Z) + 50$ به نمره T تبدیل گردیدند. در گام بعدی نیز با بهره گیری از نقطه برش بهینه ($T = 55$) در CAARS-S: SV (۲۸)، سه گروه از سارقان واجد نشانه شناسی ADHD ($n=42$)، فاقد نشانه - شناسی ADHD ($n=58$) و افراد عادی با فقدان قطعی ADHD ($n=70$) غربال گردیدند. در نهایت، به منظور تعیین اعتبار افتراقی WURS هم از آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA)^۱، تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA)^۲، تحلیل واریانس تک متغیره

3-Univariate Analyze of Variance

4-Univariate Analyze of Covariance

5-Fisher Least Significant Difference

6-Kouros

7-Chi Square

1-Multivariate Analyze of Variance

2-Multivariate Analyze of Covariance



معنی‌داری $P < 0/05$ و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

به طور کلی با احتساب معیارهای ورود به پژوهش و تفکیک گروه‌ها بر مبنای نمره T در مقیاس کانرز، ۵۸ زندانی فاقد نشانه‌شناسی ADHD، ۴۲ زندانی واجد نشانه‌شناسی ADHD و ۷۰ فرد عادی با فقدان قطعی ADHD به عنوان نمونه‌های مطالعه برای ورود به پژوهش حاضر برگزیده شدند. جدول ۱ بیانگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و حقوقی سارقان واجد ($n=42$) و فاقد ($n=58$) نشانه‌شناسی ADHD، کل سارقان ($n=100$) و افراد عادی ($n=70$) است.

سازگاری اجتماعی و میزان استرس ادراک شده با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده شناسایی شده پرداخته شد. ترتیب انجام تحلیل‌های چندمتغیره و تک متغیره نیز بدین صورت بود که ابتدا اثر خام تفاوت میانگین نمرات مولفه‌های سازگاری اجتماعی و استرس ادراک‌شده در بین گروه‌ها بدون حضور متغیرهای مخدوش‌کننده شناسایی شده با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس تک‌متغیره بدست آمد و در مرحله بعدی نیز اثر خالص تفاوت میانگین نمرات متغیرها در میان گروه‌های تفکیک شده با کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده شناسایی شده از طریق تحلیل کواریانس چندمتغیره و تحلیل کواریانس تک-متغیره محاسبه شد. تمامی تحلیل‌ها با بکارگیری سطح

جدول ۱- ویژگی‌های حقوقی و جمعیت‌شناختی هریک از گروه‌های واجد و فاقد نشانه‌شناسی، کل و افراد عادی

متغیرهای جمعیت شناختی و حقوقی	طبقات	سارقان واجد ADHD فراوانی (درصد)	سارقان فاقد ADHD فراوانی (درصد)	کل سارقان فراوانی (درصد)	افراد عادی فراوانی (درصد)
سن	≤ 40	۳۴ (۸۱)	۴۱ (۷۰/۷)	۷۵ (۷۵)	۶۱ (۸۷/۱)
	> 40	۸ (۱۹)	۱۷ (۲۹/۳)	۲۵ (۲۵)	۹ (۱۲/۹)
جنسیت	زن	۳۲ (۷۶/۲)	۱۸ (۳۱)	۵۰ (۵۰)	۳۷ (۵۲/۹)
	مرد	۱۰ (۲۳/۸)	۴۰ (۶۹)	۵۰ (۵۰)	۳۳ (۴۷/۱)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۸ (۴۲/۹)	۱۹ (۳۲/۸)	۳۷ (۳۷)	۳۳ (۴۷/۱)
	متاهل	۲۴ (۵۷/۱)	۳۹ (۶۷/۲)	۶۳ (۶۳)	۳۷ (۵۲/۹)
تحصیلات	≤ 9 سال	۳۸ (۹۰/۵)	۵۸ (۱۰۰)	۹۶ (۹۶)	۴۱ (۵۸/۶)
	> 9 سال	۴ (۹/۵)	۰ (۰)	۴ (۴)	۲۹ (۴۱/۴)
محل سکونت	شهر	۲۴ (۵۷/۱)	۴۷ (۸۱)	۷۱ (۷۱)	۵۳ (۷۵/۷)
	روستا	۱۸ (۴۲/۹)	۱۱ (۱۹)	۲۸ (۲۸)	۱۷ (۲۴/۳)
حکم دریافتی	< 5 سال	۸ (۱۹)	۳۶ (۶۲/۱)	۴۴ (۴۴)	-
	۵-۱۰ سال	۲۰ (۴۷/۶)	۱۷ (۲۹/۳)	۳۷ (۳۷)	-
میزان کیفر سپری شده	۱۱-۲۰ سال	۱۴ (۳۳/۳)	۵ (۸/۶)	۱۹ (۱۹)	-
	< 2 سال	۲۷ (۶۴/۳)	۴۰ (۶۹)	۶۷ (۶۷)	-
سابقه محکومیت زندان	۲-۵ سال	۱۲ (۲۸/۶)	۱۶ (۲۷/۶)	۲۸ (۲۸)	-
	۶-۱۰ سال	۳ (۷/۱)	۲ (۳/۴)	۵ (۵)	-
سابقه محکومیت زندان	۱ مرتبه	۱۵ (۳۵/۷)	۲۲ (۳۷/۹)	۳۷ (۳۷)	-
	۲ مرتبه	۱۵ (۳۵/۷)	۱۸ (۳۱)	۳۳ (۳۳)	-
	۳ مرتبه	۷ (۱۶/۷)	۵ (۸/۶)	۱۲ (۱۲)	-
	≥ 4 مرتبه	۵ (۱۱/۹)	۱۳ (۲۲/۴)	۱۸ (۱۸)	-



به منظور بررسی ارزش تشخیصی، داده‌های بدست آمده از WURS-۲۵ در سه گروه از افراد واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی ADHD توسط تحلیل تمایز مورد کاوش قرار گرفت. نتایج تحلیل تمایز گویای ضریب همبستگی کانونی ۰/۶۸۴ می‌باشد که این مقدار حکایت از رابطه نیرومندی بین نمرات تشخیصی هر یک از گروه‌ها (سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی و افراد ADHD و افراد عادی) می‌دهد و تابع مورد نظر توانسته است به میزان مناسبی علائم ADHD را در سه گروه واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی از یکدیگر تفکیک نماید؛ به عبارتی مدل اخیر توانسته ۴۶/۸ درصد ($0/684^2$) از تغییرات متغیر وابسته ADHD وندنر یوتا را تبیین کند.

معادله تشخیصی: نتایج حاصل از تحلیل تمایز به منظور پیش‌بینی عضویت گروهی (وجود ADHD)، نشانگر ضریب

تابع تشخیصی کانونی $+0/074$ و مقدار ثابت $-2/403$ بود. میانگین نمرات ممیز گروه واجد نشانه‌شناسی ADHD در WURS-۲۵ برابر با $+1/252$ ، برای گروه فاقد نشانه‌شناسی ADHD $+0/340$ و برای افراد عادی با فقدان قطعی ADHD $-1/033$ محاسبه شد. بنابراین، معادله تشخیصی به صورت زیر به دست آمد:

(WURS-۲۵ $+0/074$ (عدد ثابت) $-2/403$ = معادله تشخیصی مطابق این تابع، اگر نمره کل WURS-۲۵ یک فرد در معادله پیش‌رو، قرار گرفت و حاصل آن عددی مثبت بود، فرد با احتمال زیاد در گروه واجد نشانه‌شناسی ADHD و اگر منفی بود در گروه افراد عادی با فقدان قطعی ADHD پیش‌بینی می‌شود. در ادامه، جدول ۲ نتایج طبقه‌بندی و میزان صحت پیش‌بینی تمایز بین این دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۲- نتایج طبقه‌بندی و میزان صحت پیش‌بینی تمایز

احتمال عضویت گروهی					
گروه‌ها	سارقان واجد ADHD	سارقان فاقد ADHD	افراد عادی	کل	
سارقان واجد ADHD	n	۷	۳	۴۲	
سارقان فاقد ADHD	n	۱۶	۲۱	۵۸	
افراد عادی	n	۹	۶۱	۷۰	
سارقان واجد ADHD	%	۱۶/۷	۷/۱	۱۰۰	
سارقان فاقد ADHD	%	۲۷/۶	۳۶/۲	۱۰۰	
افراد عادی	%	۱۲/۹	۸۷/۱	۱۰۰	

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌گردد، ۳۲ نفر (معادل ۷۶/۲٪) از سارقان واجد ADHD به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. همچنین از این گروه، ۱۰ نفر از اشخاص واجد ADHD (۲۳/۸٪) به اشتباه در گروه سارقان فاقد ADHD (۱۶/۷٪) و افراد عادی (۷/۱٪) طبقه‌بندی شده‌اند. از گروه سارقان فاقد ADHD نیز، ۱۶ نفر (معادل ۲۷/۶٪) به درستی در گروه خود طبقه‌بندی شده‌اند. اما در مقابل، ۲۱

نفر از این گروه (۳۶/۲٪) به اشتباه در گروه سارقان واجد ADHD و ۲۱ نفر (۳۶/۲٪) نیز در گروه عادی طبقه‌بندی شده‌اند. در گروه عادی با فقدان قطعی ADHD هم، ۶۱ نفر (۸۷/۱٪) به درستی در طبقه خود قرار گرفتند و تنها ۹ نفر (۱۲/۹٪) به اشتباه در گروه سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD طبقه‌بندی شدند. در این میان هیچ‌یک از افراد عادی به اشتباه در گروه سارقان واجد ADHD قرار نگرفتند.



بنابراین مشاهده می‌شود که دقت طبقه‌بندی گروه عادی با فقدان قطعی ADHD (۸۷/۱٪) بیش‌تر از دو گروه سارقان واجد ADHD (۷۶/۲٪) و سارقان فاقد ADHD (۶۳/۸٪) است. در مجموع براساس نتایج جدول فوق، دقت طبقه‌بندی کلی برای سه گروه ۶۴/۱٪ می‌باشد و مابقی آزمودنی‌های این طبقه‌بندی (۳۵/۹٪) به اشتباه صورت گرفته است. جهت مقایسه فراوانی متغیرهای مقوله‌ای سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و محل سکونت در گروه‌های مختلف تفکیک‌شده براساس نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. بر این اساس نتایج نشان داد که در گروه تفکیک‌شده با نمره برش ۳۶ در WURS-۲۵ تفاوت‌های معنی‌داری بین سه گروه از سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی ADHD از نظر جنسیت ($P=0/020$)، وضعیت تحصیلات ($P<0/0001$) و محل سکونت ($P=0/018$) وجود دارد. به طوری که درصد بیشتری از سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD را زنان (۴۶٪ در مقابل ۱۱/۵٪ و ۴۲/۵٪ به ترتیب برای سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی) و طبقه تحصیلی ≤ 9 سال (۴۷/۴٪ در مقابل ۲۲/۶٪ و ۲۹/۹٪ به ترتیب برای سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی) تشکیل داده و درصد بالاتری از افراد عادی نیز شامل شهرنشینان بوده‌اند (۴۲/۷٪ در مقابل ۳۳/۹٪ و ۲۳/۴٪ به ترتیب برای سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی

ADHD). در گروه تفکیک‌شده با نمره برش ۳۹ در WURS-۲۵ تفاوت‌های معنی‌داری بین این سه گروه از نظر وضعیت تحصیلات ($P<0/0001$) و محل سکونت ($P=0/009$) وجود دارد. به نحوی که درصد بیشتری از سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD شامل طبقه تحصیلی ≤ 9 سال بوده (۴۶٪ در مقابل ۲۴/۱٪ و ۲۹/۹٪ به ترتیب برای سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی) و درصد بالاتری از افراد عادی را نیز شهرنشینان تشکیل داده‌اند (۴۲/۷٪ در مقابل ۳۲/۳٪ و ۲۵٪ به ترتیب برای سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD). سرانجام، در گروه تفکیک‌شده با نمره برش ۴۶ در WURS-۲۵ تفاوت‌های معنی‌داری بین سه گروه از نظر وضعیت تحصیلات ($P<0/0001$) و محل سکونت ($P=0/007$) نشان داده شد. به صورتی که درصد بیشتری از سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD در طبقه تحصیلی ≤ 9 سال قرار داشته (۳۵/۸٪ در مقابل ۳۴/۳٪ و ۲۹/۹٪ به ترتیب برای سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی) و درصد بالاتری از افراد عادی نیز شامل شهرنشینان بوده‌اند (۴۲/۷٪ در مقابل ۲۲/۶٪ و ۳۴/۷٪ به ترتیب برای سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD). جدول ۳ نمایانگر میانگین و انحراف معیار مولفه‌های سازگاری اجتماعی و میزان استرس ادراک‌شده در گروه‌های مختلف تفکیک‌شده بر مبنای سه نمره برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ است.



جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مولفه های سازگاری اجتماعی و استرس در گروه های تفکیک شده با سه نمره برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در ۲۵-
WURS

نقاط برش	گروه ها	آماره	اوقات فراغت	روابط خانوادگی	نقش همسری	نقش والدی	واحد خانواده	استرس
نمره ۳۶	واجد	M±SD	۳۳/۱۰ ± ۸/۹۹	۲۰/۹۴ ± ۶/۰۱	۲۱/۸۹ ± ۵/۷۰	۹/۳۵ ± ۳/۳۸	۸/۵۷ ± ۳/۵۲	۳۰/۱۲ ± ۶/۷۴
		تعداد	۶۷	۶۷	۶۷	۶۷	۶۷	۶۷
	فاقد	M±SD	۲۷/۸۳ ± ۷/۲۹	۱۷/۵۲ ± ۵/۷۰	۱۸/۲۸ ± ۴/۴۸	۷/۸۶ ± ۲/۹۳	۷/۴۸ ± ۲/۴۱	۳۰/۶۴ ± ۷/۲۴
		تعداد	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳	۳۳
	عادی	M±SD	۲۳/۹۲ ± ۴/۹۱	۱۳/۱۹ ± ۳/۸۱	۱۷/۱۲ ± ۳/۳۵	۶/۴۶ ± ۱/۸۹	۶/۳۱ ± ۱/۸۳	۲۲/۱۳ ± ۵/۸۱
		تعداد	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰
نمره ۳۹	واجد	M±SD	۳۳/۰۶ ± ۹/۱۲	۲۱/۱۱ ± ۵/۹۸	۲۱/۸۶ ± ۵/۶۹	۹/۳۸ ± ۳/۳۵	۸/۶۴ ± ۳/۵۵	۳۰/۳۲ ± ۶/۷۴
		تعداد	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵	۶۵
	فاقد	M±SD	۲۸/۲۰ ± ۷/۲۵	۱۷/۳۹ ± ۵/۶۳	۱۸/۵۴ ± ۴/۶۹	۷/۸۸ ± ۳/۰۱	۷/۴۱ ± ۲/۳۶	۳۰/۲۳ ± ۷/۲۲
		تعداد	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵	۳۵
	عادی	M±SD	۲۳/۹۲ ± ۴/۹۱	۱۳/۱۹ ± ۳/۸۱	۱۷/۱۲ ± ۳/۳۵	۶/۴۶ ± ۱/۸۹	۶/۳۱ ± ۱/۸۳	۲۲/۱۳ ± ۵/۸۱
		تعداد	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰
نمره ۴۶	واجد	M±SD	۳۴/۴۶ ± ۹/۰۹	۲۲/۲۷ ± ۵/۶۵	۲۲/۲۵ ± ۶/۰۴	۹/۶۳ ± ۳/۴۵	۹/۲۳ ± ۳/۶۸	۳۰/۵۳ ± ۶/۲۶
		تعداد	۴۹	۴۹	۴۹	۴۹	۴۹	۴۹
	فاقد	M±SD	۲۸/۳۸ ± ۷/۴۲	۱۷/۴۵ ± ۵/۶۰	۱۹/۲۰ ± ۴/۶۷	۸/۱۱ ± ۳	۷/۲۳ ± ۲/۳۷	۳۰/۰۶ ± ۷/۴۸
		تعداد	۵۱	۵۱	۵۱	۵۱	۵۱	۵۱
	عادی	M±SD	۲۳/۹۲ ± ۴/۹۱	۱۳/۱۹ ± ۳/۸۱	۱۷/۱۲ ± ۳/۳۵	۶/۴۶ ± ۱/۸۹	۶/۳۱ ± ۱/۸۳	۲۲/۱۳ ± ۵/۸۱
		تعداد	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰	۷۰

جدول ۳ نشان می دهد که به استثنای متغیر استرس در گروه فاقد نشانه شناسی ADHD بر مبنای نمره برش ۳۶، میانگین مابقی متغیرهای مورد بررسی اعم از فعالیت های اجتماعی و اوقات فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری، نقش والدی، نقش در واحد خانواده و استرس در سارقان واجد نشانه شناسی ADHD بیشتر از سایر گروه ها بود. به منظور تعیین اعتبار افتراقی WURS با استفاده از پنج مولفه سازگاری اجتماعی از آزمون های تحلیل واریانس- چندمتغیره (MANOVA) و تحلیل کواریانس چندمتغیره

(MANCOVA) استفاده شد. نتایج آماره ام باکس نشان داد که ماتریس های کواریانس مشاهده شده پنج مولفه سازگاری اجتماعی در هر سه گروه تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ متفاوت می باشد. همچنین با هدف بررسی برابری واریانس های خطا برای متغیرهای وابسته نیز از آزمون لون^۱ استفاده شد که اطلاعات حاصل از آن نشان داد به جز متغیرهای روابط خانوادگی ($P=0/090$ ؛ $F_{(2, 167)} = 0/92$) و نقش همسری ($P=0/072$ ؛ $F_{(2, 167)} = 0/84$) در گروه

1-Leven's Test



همسری ($F_{(2, 167)} = 7/09$ ؛ $P=0/001$)، نقش والدی ($F_{(2, 167)} = 12/60$ ؛ $P<0/0001$) و نقش در واحد خانواده ($F_{(2, 167)} = 22/13$ ؛ $P<0/0001$) برای گروه با نمره برش ۳۹ با یکدیگر متفاوت می باشد. در ادامه، جدول ۴ با هدف ارزیابی اعتبار افتراقی WURS-۲۵، به بررسی تفاوت میانگین مولفه های پنج گانه سازگاری اجتماعی در گروه های مختلف تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ می پردازد؛ بدین منظور، اثرات خام و اصلی عضویت گروهی بر پنج مولفه سازگاری اجتماعی پس از کنترل متغیرهای مخدوش-کننده شناسایی شده نشان داده شده است.

تفکیکی با نمره برش ۳۶، واریانس خطای متغیرهای اوقات فراغت ($F_{(2, 167)} = 0/92$ ؛ $P=0/37$)، نقش والدی ($F_{(2, 167)} = 2/05$ ؛ $P=0/13$) و نقش در واحد خانواده ($F_{(2, 167)} = 1/01$ ؛ $P<0/0001$) برای گروه با نمره برش ۳۶، متغیرهای اوقات فراغت ($F_{(2, 167)} = 6/16$ ؛ $P=0/003$)، روابط خانوادگی ($F_{(2, 167)} = 5/32$ ؛ $P=0/006$)، نقش همسری ($F_{(2, 167)} = 5/99$ ؛ $P=0/003$)، نقش والدی ($F_{(2, 167)} = 11/71$ ؛ $P<0/0001$) و نقش در واحد خانواده ($F_{(2, 167)} = 15/79$ ؛ $P<0/0001$) برای گروه با نمره برش ۳۹ و متغیرهای اوقات فراغت ($F_{(2, 167)} = 4/85$ ؛ $P=0/009$)، روابط خانوادگی ($F_{(2, 167)} = 4/35$ ؛ $P=0/014$)، نقش

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس/ کواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثرات خام و اصلی عضویت گروهی بر مولفه های پنج گانه سازگاری اجتماعی

گروه	متغیرها	SS	df	MS	F	P-value خام	P-value خالص
نمره ۳۶	اوقات فراغت	۱۸۷۲/۴۷۹	۲	۹۳۶/۲۳۹	۱۸/۶۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	روابط خانوادگی	۱۴۶۹/۲۸۴	۲	۷۳۴/۶۴۲	۲۸/۲۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش همسری	۶۰۶/۷۵۰	۲	۳۰۳/۳۷۵	۱۶/۰۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش والدی	۲۰۱/۹۶۱	۲	۱۰۰/۹۸۱	۱۳/۹۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	واحد خانواده	۷۹/۰۳۸	۲	۳۹/۵۱۹	۶/۰۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۳
نمره ۳۹	اوقات فراغت	۱۹۷۳/۷۵۹	۲	۹۸۶/۸۷۹	۱۸/۸۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	روابط خانوادگی	۱۵۸۸/۶۴۹	۲	۷۹۴/۳۲۵	۳۰/۲۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش همسری	۷۲۶/۰۲۳	۲	۳۶۳/۰۱۱	۱۶/۹۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش والدی	۲۲۸/۴۵۴	۲	۱۱۴/۲۲۷	۱۴/۸۲۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	واحد خانواده	۱۰۸/۲۳۲	۲	۵۴/۱۱۶	۷/۴۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
نمره ۴۶	اوقات فراغت	۲۳۲۳/۱۴۴	۲	۱۱۶۱/۵۷۲	۲۳/۱۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	روابط خانوادگی	۱۸۳۷/۴۰۶	۲	۹۱۸/۷۰۳	۳۷/۱۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش همسری	۷۰۸/۰۴۵	۲	۳۵۴/۰۲۲	۱۶/۴۱۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	نقش والدی	۲۳۴/۰۱۲	۲	۱۱۷/۰۰۶	۱۵/۲۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
	واحد خانواده	۱۷۸/۰۶۱	۲	۸۹/۰۳۱	۱۲/۹۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

SS: مجموع مجذورات؛ df: درجه آزادی؛ MS: میانگین مجذورات.

فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری، نقش والدی و نقش در واحد خانواده در گروه های مختلف تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ متفاوت می باشد. جدول ۵، پیگیری کیفیت تفاوت خالص بین میانگین گروه-

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، در تحلیل های کنترل شده اثر عضویت گروهی بر مولفه های پنج گانه سازگاری اجتماعی، معنی دار بدست آمد؛ به عبارت دیگر، میانگین نمرات مولفه های فعالیت های اجتماعی و اوقات



های مختلف تفکیک شده بر مبنای نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ سازگاری اجتماعی از طریق آزمون تعقیبی LSD نشان در WURS-۲۵ را برای هر یک از پنج مولفه معنی دار می دهد.

جدول ۵- پیگیری تفاوت خالص میانگین گروه های تفکیک شده با نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ برای مولفه های پنج گانه سازگاری اجتماعی

نقاط برش	متغیرها	گروه های افتراقی	تفاوت میانگین ها	P-value
نمره ۳۶	اوقات فراغت	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۱۶
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۶
	روابط خانوادگی	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۲۴
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
	نقش همسری	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۳
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
	نقش والدی	واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۵
نمره ۳۹	واحد خانواده	واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۴۳
	اوقات فراغت	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۷
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۸
	روابط خانوادگی	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۲
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
	نقش همسری	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۱
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
نمره ۴۶	نقش والدی	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۱۷
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۱۸
	واحد خانواده	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۳۳
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
	اوقات فراغت	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۱
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۳
	روابط خانوادگی	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۱
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
نمره ۴۶	نقش همسری	واجد ADHD	فاقد ADHD	۰/۰۰۰۱
		واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
	روابط خانوادگی	واجد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱
		فاقد ADHD	افراد عادی	۰/۰۰۰۱



۰/۰۱۱	۱/۴۶	فاقد ADHD	واجد ADHD	نقش والدی
۰/۰۰۰۱	۳/۱۵	افراد عادی	واجد ADHD	
۰/۰۰۳	۱/۶۸	افراد عادی	فاقد ADHD	
۰/۰۰۰۱	۲/۰۹	فاقد ADHD	واجد ADHD	واحد خانواده
۰/۰۰۰۱	۲/۶۱	افراد عادی	واجد ADHD	

اطلاعات برآمده از جدول ۵ حاکی از آن است که بین سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD و سایر گروه‌ها از نظر مولفه‌های فعالیت‌های اجتماعی و اوقات فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری، نقش والدی و نقش در واحد خانواده تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت‌ها به ضرر سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD در مقایسه با گروه‌های دیگر بدست آمده است. این موضوع نشان می‌دهد که سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD در کلیه متغیرهای معنی‌دار شناسایی شده از میانگین نمرات بالاتری برخوردار بوده‌اند. به منظور تعیین اعتبار افتراقی WURS با استفاده از میزان استرس ادراک شده از آزمون‌های تحلیل واریانس تک متغیره (UNIANOVA) و تحلیل کواریانس تک متغیره (UNIANCOVA) استفاده شد. جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا برای متغیرهای وابسته نیز از آزمون لون استفاده شد که بر مبنای اطلاعات حاصل از این آزمون

سطح معنی‌داری آماره F استرس ادراک شده در گروه تفکیکی با نمره برش ۳۶ ($F_{(2, 167)} = 0/417$; $P = 0/659$)، در گروه تفکیکی با نمره برش ۳۹ ($F_{(2, 167)} = 0/422$; $P = 0/657$) و در گروه تفکیکی با نمره برش ۴۶ ($F_{(2, 167)} = 0/526$; $P = 0/592$) بزرگتر از ۰/۰۵ بدست آمد. بنابراین واریانس خطای استرس ادراک شده در گروه‌های مختلف تفکیک شده با نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ با یکدیگر برابر بوده و تفاوت معنی‌داری از این نظر بین آنها وجود ندارد. جدول ۶ با هدف ارزیابی اعتبار افتراقی WURS-۲۵، به بررسی تفاوت میانگین استرس ادراک شده در گروه‌های مختلف تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ می‌پردازد؛ بدین منظور، اثرات خام و اصلی عضویت گروهی بر استرس ادراک شده پس از کنترل متغیرهای مخدوش-کننده شناسایی شده، نشان داده شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس/ کواریانس تک متغیره جهت بررسی اثرات خام و اصلی عضویت گروهی بر استرس ادراک شده

متغیرها	SS	Df	MS	F	P-value خام	P-value خالص
نمره ۳۶ استرس	۲۱۹۲/۰۴۷	۲	۱۰۹۶/۰۲۴	۲۶/۴۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
نمره ۳۹ استرس	۲۲۰۶/۰۳۹	۲	۱۱۰۳/۰۱۹	۲۶/۷۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
نمره ۴۶ استرس	۲۲۲۶/۷۳۲	۲	۱۱۱۳/۳۶۶	۲۷/۱۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱

جدول ۶ نشان می‌دهد که در تحلیل‌های کنترل شده اثر عضویت گروهی بر استرس ادراک شده معنی‌دار می‌باشد؛ به عبارتی، میانگین نمره استرس ادراک شده در گروه‌های مختلف تفکیک شده با نقاط برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ متفاوت است. به منظور پیگیری کیفیت تفاوت

خالص بین میانگین گروه‌های مختلف تفکیک شده بر مبنای نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ در WURS-۲۵ برای متغیر استرس ادراک شده نیز از آزمون تعقیبی LSD بهره گرفته شد که یافته‌های بدست آمده نمایانگر آن بود که برای هر سه گروه تفکیک شده با نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶، بین



سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD و بین سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD از نظر استرس ادراک شده تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت‌ها به ضرر سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD در مقایسه با افراد عادی بدست آمده است ($P < 0.001$). این موضوع نشان می‌دهد که سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD در مقایسه با افراد عادی در استرس ادراک شده از میانگین نمرات بالاتری برخوردار بوده‌اند. در این میان، بین سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD از نظر استرس ادراک شده تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

هدف از مطالعه حاضر ارزیابی ارزش تشخیصی و اعتبار افتراقی مقیاس درجه بندی وندنر-یوتا در گروهی از سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD برحسب مقیاس نقص توجه / بیش‌فعالی کانرز بود. نتایج تحلیل تمایز به منظور بررسی ارزش تشخیصی مقیاس وندنر-یوتا نشانگر آن بود که ۲۵- WURS می‌تواند به میزان زیادی علائم ADHD گروه واجد نشانه‌شناسی ADHD را از افراد فاقد نشانه‌شناسی و افراد عادی، تمایز دهد و ابزاری پایا برای تشخیص و غربال ADHD در افراد دچار ADHD و اشخاص عادی می‌باشد. نتایج طبقه‌بندی و میزان صحت پیش‌بینی تمایز در عضویت گروهی نشان داد که ۲۵- WURS قادر است علائم ADHD ۷۶/۲ درصد از سارقان واجد ADHD، ۲۷/۶ درصد از سارقان فاقد ADHD، ۸۷/۱ درصد از افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD و در مجموع ۶۴/۱ درصد از کل افراد را به صورت صحیح طبقه‌بندی نماید. بدین معنی که ADHD سارقان واجد نشانه‌شناسی در مقایسه با سارقان فاقد نشانه-

شناسی و افراد عادی توسط ۲۵- WURS به احتمال ۷۶/۲ درصد تشخیص داده می‌شود و میزان خطای آن ۲۳/۸ درصد است؛ در حالی که با ضریب احتمال ۲۷/۶ درصد، ۲۵- WURS می‌تواند نبود علائم ADHD یک زندانی فاقد نشانه‌شناسی ADHD را از علائم ADHD سارقان واجد نشانه‌شناسی و افراد عادی متمایز کند و ضریب خطای آن ۷۲/۴ درصد می‌باشد. در این میان، ۲۵- WURS قادر است با ضریب احتمال ۸۷/۱ درصد نیز عدم علائم ADHD افراد عادی با فقدان قطعی تشخیص ADHD را از سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD تمایز دهد و ضریب خطای آن ۱۲/۹ است، در حالی که هیچ یک از افراد عادی را نیز در طبقه سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD قرار نداد (جدول ۲). همسان با این یافته‌ها، مک‌کین^۱ و همکاران نیز از طریق یک روش‌شناسی یکسان با ارزیابی ۱۴۳ بزرگسالی متقاضی ارزیابی ADHD و تقسیم آنها به سه گروه تشخیص قطعی ADHD ($n=46$)، واجد نشانه‌شناسی ADHD ($n=51$) و فاقد ADHD ($n=48$) دریافتند که ۶۴/۵٪ از بیماران با تشخیص قطعی ADHD، ۵۷/۵٪ از افراد فاقد ADHD و ۷۲/۱٪ از اشخاص واجد نشانه‌شناسی ADHD به درستی طبقه‌بندی می‌شوند (۱۸). این نتایج حکایت از آن دارد که ۲۵- WURS نسبت به تشخیص ADHD حساس است، اما در طبقه‌بندی بخش عمده‌ای از سارقانی که فاقد نشانه‌شناسی ADHD هستند دچار اشتباه می‌گردد. قطع نظر از تفاوت در مبانی فرهنگی اجتماعی دو مطالعه، حساسیت پایین ۲۵- WURS در طبقه‌بندی صحیح سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD می‌تواند ناشی از سوگیری پاسخ‌دهی سارقان فاقد ADHD باشد. همچنین این موضوع در زمان استفاده از ۲۵- WURS جهت ارزیابی علائم ADHD (هم گذشته‌نگر و هم وضعیت جاری)، می‌تواند نمایانگر یکی از



محدودیت‌های این مطالعه و به عبارتی خودگزارشی بودن سنجش به کار رفته باشد. تشابه سارقان فاقد نشانه‌شناسی و افراد عادی در نبود علائم ADHD و همزمان، اشتراک محیطی و موقعیتی آنان با سارقان واجد نشانه‌شناسی نیز می‌توانسته بر حساسیت پایین WURS-۲۵ در تشخیص سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD بیافزاید؛ چه آنکه در تشخیص نهایی نیز هر یک از گروه‌های مربوط به سارقان واجد و افراد عادی سهمی برابر (۳۶/۲٪) از طبقه‌بندی اشتباه سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD را به خود اختصاص داده‌اند و سرانجام اینکه فقدان گروه کنترل سالم می‌توانست تفاوت‌های بزرگتری را در بین سارقان واجد و فاقد نشان داده و از ارزش تشخیصی WURS-۲۵ در طبقه‌بندی بندی صحیح سارقان فاقد نشانه‌شناسی ADHD حمایت بیشتری نماید که پیش از این نیز در برخی مطالعات اعتبار WURS-۲۵ را متأثر ساخته بود (۱۹)؛ هر چند که استفاده از گروه کنترل بر اعتبار داخلی پژوهش می‌افزاید.

در پژوهش حاضر به منظور تعیین اعتبار افتراقی WURS-۲۵، تحلیل واریانس / کواریانس چندمتغیره و تک-متغیره به کار گرفته شد که یافته‌های حاصله پس از اعمال کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده احتمالی گویای آن بود که با احتساب نمرات برش ۳۶، ۳۹ و ۴۶ سارقان واجد ADHD نسبت به سایر گروه‌ها میانگین نمرات بالاتری را از نظر مولفه‌های فعالیت اجتماعی و اوقات فراغت، روابط خانوادگی، نقش همسری و نقش والدی، نقش در واحد خانواده و استرس ادراک‌شده بدست آوردند (جداول ۴ و ۶)؛ با این وجود، پیگیری تفاوت خالص میانگین گروه‌های تفکیک‌شده نشان داد که نقطه برش ۴۶، تا اندازه‌ای می‌تواند افتراق دقیق‌تری را در میان گروه‌های تفکیک‌شده نمایان سازد؛ برای مثال، برخلاف نمره برش ۴۶، هیچ‌یک از دو نمره برش ۳۶ و ۳۹ قادر به افتراق دو گروه از سارقان فاقد نشانه-

شناسی ADHD و افراد عادی با فقدان تشخیص قطعی ADHD از نظر مولفه نقش همسری نبوده‌اند و نمره برش ۳۶ نیز توان تفکیک دو گروه از سارقان واجد و فاقد نشانه-شناسی ADHD را از نظر مولفه نقش والدی نداشته است. هر چند هیچ‌کدام از سه نمره ۳۶، ۳۹ و ۴۶ نیز نتوانستند هر سه گروه را به‌طور کامل از نظر مولفه نقش در واحد خانواده افتراق دهند؛ به‌طوری که دو نمره برش ۳۹ و ۴۶ در تفکیک دو گروه از سارقان واجد نشانه‌شناسی و افراد عادی و نمره برش ۳۶ در افتراق سارقان واجد و فاقد از یکدیگر در این مولفه شکست خورده‌اند (جدول ۵). در این میان، هیچ یک از سه نمره برش نیز قادر به تفکیک سارقان واجد و فاقد نشانه‌شناسی از نظر میزان استرس ادراک‌شده نبوده است. این یافته‌ها در چندین پژوهش با حمایت‌هایی هم همراه شده است. برای نمونه، کوروس و همکاران دریافتند که وقتی در حال انجام ارزشیابی‌های ADHD بزرگسالان در بیماران با تشخیص‌های متفاوت اما علائم مشابه هستیم، نمره برش ۳۹ نسبت به نمره برش ۳۶ ارجح می‌باشد (۱۹). در مطالعه دیگری با استفاده از نسخه ایتالیایی WURS-۲۵ نیز اکثر بیماران دچار اختلالات شخصیت مرزی به‌طور معنی‌داری نمره بالاتر از ۴۶ را در مقایسه با بیماران مبتلا به دیگر اختلالات شخصیتی و گروه کنترل بدست آوردند (۲۰) و در پژوهش جو^۱ و همکاران هم، بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی به‌طور معنی‌داری نمره بالاتری را در WURS نسبت به گروه کنترل کسب نمودند (۳۶). گذشته از این، نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های اخیر مبنی بر تایید اعتبار افتراقی WURS-۲۵ می‌باشد. در این زمینه، پاره‌ای از پژوهش‌ها با ارزیابی اعتبار افتراقی WURS-۲۵ نشان دادند که این ابزار می‌تواند بین گروه‌های مختلف ADHD، اختلال شخصیتی مرزی، اختلال دوقطبی،



تعمیم و بکارگیری نتایج این بررسی در دیگر گروه‌های بزهکار، جانب احتیاط را رعایت کنیم و سرانجام اینکه براساس جستجوهای انجام شده، مطالعاتی را که به‌توان یافته‌های آنها را با برخی نتایج حاصله از این پژوهش مقایسه کرد یافت نشده و یا از انسجام خوبی برخوردار نبود. بر این اساس، توصیه می‌گردد که مطالعات آتی مرتبط با مقیاس-های تشخیصی بالینی می‌تواند استفاده از اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت روانی و از جمله تشخیص قطعی ADHD بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-5 (SCID-5) را در دستور کار خود قرار دهند.

نتیجه‌گیری

فارغ از مواضع روانسنجی، یافته‌های حاصله حمایت قابل‌پذیرشی را برای کاربرد WURS-25 در زمینه‌گزینش و تشخیص نشانه‌شناسی ADHD در جمعیت‌های بزهکار فراهم ساختند. به‌علاوه، سارقان واجد نشانه‌شناسی ADHD با احتساب هر سه نقطه‌برش 36، 39 و 46 در 25-WURS، سازگاری اجتماعی ضعیف‌تر و استرس ادراک‌شده بیشتر را نشان دادند. این نتایج، منطق روانسنجی استفاده از WURS-25 را در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی مرتبط با جوامع بزهکار تقویت می‌کند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که با حضور خود در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

مطالعه حاضر بدون حمایت مالی خاصی انجام شده است و با منافع نویسندگان ارتباطی ندارد.

همزمانی اختلال شخصیتی مرزی و اختلال دوقطبی و در نهایت نمونه‌های خرده بالینی تفکیک قائل شود؛ بدین صورت که گروه ADHD در مقایسه با سایر گروه‌ها به‌طور معنی‌داری نمرات بالاتری را در سنجش‌های به عمل آمده (نظیر تکانشگری / مشکلات رفتاری، بی‌توجهی / مشکلات مدرسه، عزت نفس / خلق منفی و تعداد تشخیص‌های محور DSM I) کسب کرده‌اند (19). به نظر می‌رسد با توجه به ارزیابی‌های به عمل آمده از اعتبار افتراقی WURS-25 در برخی از گروه‌های مختلف تشخیصی و جمعیت‌های با تظاهرات رفتاری مشابه با ADHD، گویه‌های ایجاد شده در آن براساس معیارهای یوتا به اندازه کافی قادر به تفکیک گروه‌های واجد ADHD می‌باشند؛ هر چند استفاده از آن در تفکیک واجدین ADHD و بیماران دچار اختلالات ایذایی همچون اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، اختلال انفجاری متناوب و اختلال سلوک که تابلوی بالینی مشترکی دارند، می‌توان چالش‌برانگیز باشد.

از جمله محدودیت‌های حاضر فقدان انجام مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته برای تشخیص قطعی ADHD سارقان به دلیل محدودیت زمانی و عدم همکاری اداری و پرسنلی ناشی از حساسیت‌های سازمانی بود که ممکن است برآورد حقیقی موارد ADHD را تحت تاثیر قرار دهد. علاوه بر این، ماهیت خودگزارشی بودن داده‌ها نیز می‌تواند احتمال افزایش سوگیری و مخدوش‌شدن پاسخ‌ها را فراخوانی نماید. نبود نمونه‌گیری تصادفی نیز موجب می‌گردد که با دیدی

احتیاط‌آمیز به یافته‌های حاصله بنگریم. استفاده از نمونه‌های صرفاً سارق در استان گیلان باعث می‌شود که در



References

1. American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 942–8.
3. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4): 716–23.
4. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10): 980–9.
5. Silver LB. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult life. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2000; 9(3): 511–23.
6. Alizadeh GJ, Bayrami M, Hashemi T. Predicting Substance Abuse from Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adult. *Research on Addiction* 2013;7(27):93–106 [Persian].
7. Hollingdale J, Woodhouse E, Asherson P, Gudjonsson GH, Young S. A Pilot Study Examining ADHD and Behavioural Disturbance in Female Mentally Disordered Offenders. *AIMS Public Health*. 2014;1(2):100–8.
8. Young S, Gudjonsson G, Misch P, Collins P, Carter P, et al. Prevalence of ADHD symptoms among youth in a secure facility: the consistency and accuracy of self-and informant-report ratings. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2010;21(2):238–46.
9. Young S, Gudjonsson GH, Wells J, Asherson P, Theobald D, et al. Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population. *Pers Individ Dif*. 2009;46(3):265–9.
10. Magnusson P, Smari J, Sigurdardottir D, Baldursson G, Sigmundsson J, Kristjansson K, et al. Validity of self-report and informant rating scales of adult ADHD symptoms in comparison with a semistructured diagnostic interview. *J Atten Disord*. 2006; 9(3): 494–503.
11. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 885–90.
12. Oncu B, Olmez S, Senturk V. (Validity and reliability of the Turkish version of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults.). *Turk Psikiyatri Derg*. 2005;16(4):252–9.
13. Caci HM, Bouchez J, Bayle FJ. An aid for diagnosing attention-deficit/ hyperactivity disorder at adulthood: psychometric properties of the French versions of two Wender Utah Rating Scales (WURS-25 and WURS-K). *Compr Psychiatry*. 2010; 51(3): 325–31.
14. Kivisaari S, Laasonen M, Leppamaki S, Tani P, Hokkanen L. Retrospective assessment of ADHD symptoms in childhood: discriminatory validity of Finnish translation of the Wender Utah Rating Scale. *J Atten Disord*. 2012; 16(6): 449–59.
15. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Donati D, Donini M, Novella L, et al. The retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder in adults: reliability and validity of the Italian version of the Wender Utah Rating Scale. *Compr Psychiatry*. 2001;42(4):326–36.
16. Rodriguez-Jimenez R, Ponce G, Monasor R, Jimenez-Gimenez M, Perez-Royo JA, Rubio G, et al. (Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood.). *Rev Neurol*. 2001; 33(2): 138–44.



17. Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz RD, Georg T, Supprian T, et al. (Reliability and validity of the Wender-Utah- Rating-Scale short form. Retrospective assessment of symptoms for attention deficit/hyperactivity disorder). *Nervenarzt*. 2003;74(11): 987-93.
18. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000; 12(2): 240-5.
19. Kouros I, Hörberg N, Ekselius L, Ramklint M. Wender Utah Rating Scale-25 (WURS-25): psychometric properties and diagnostic accuracy of the Swedish translation. *Upsala J Med Sci*. 2018;123(4):230-6.
20. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry*. 2002;43(5):369-77.
21. Rossini ED, O'Connor MA. Retrospective self-reported symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: reliability of the Wender Utah Rating Scale. *Psychol Rep*. 1995;77(3 Pt 1):751-4.
22. Sarraimi-Foroushani P. Normalizing and evaluating the validity and reliability of the Wender Utah Rating Scale to diagnose ADHD in adults in Isfahan (Dissertation). Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2008. [Persian]
23. Bayrami M, Goradel JA, Hashemi T, Mahmood MA. Predicting a tendency to use drugs from child and adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults. *Int J High Risk Behav Addict*. 2012;1(3):104-8.
24. Conners CK, Erhardt D, Sparrow EP. Conners' adult ADHD rating scales (CAARS): technical manual. NewYork: Multi-Health System Inc; 1999.
25. Weiss M, Murray C. Assessment and management of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *CMAJ*. 2003;168(6):715-22.
26. Mozhdehi Fard M, Hakim Shoostari M, Najarzadegan MR, Khosravi T, Bidaki R, et al. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Suicide Attempters: A Case Control Study from Iran, West Asia. *Int J High Risk Behav Addict*. 2017;6(1): e29537.
27. Adler LA, Faraone SV, Spencer TJ, Michelson D, Reimherr FW, et al. The reliability and validity of selfand investigator ratings of ADHD in adults. *J Atten Disord* 2008;11(6):711-9.
28. Davari-Ashtiani R, Jazayeri F, Arabgol F, Razjouyan K, Khademi M. Psychometric Properties of Persian Version of Conners' Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale (Screening Form-Self Reporting). *Iran J Psychiatry*. 2014;20(3):243-51. [Persian]
29. Maktabi G, Sajadi SF, Veisi S. Emotional Intelligence and Identity Style as Risk Factors for High-Risk Behavior in Prisoners: The Mediating Role of Resiliency and Social Adjustment. *Jentashapir J Health Res*. 2016;7(1): e30378.
30. Gameroff MJ, Wickramaratne P, Weissman MM. Testing the Short and Screener versions of the Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2012;21(1):52-65.
31. Kuhsali M, Mirzamani SM, Karimlu M, Mirzamani MS. The comparison of social adjustment of mothers with her educable mentally retarded daughter. *J Behav Sci*. 2008;2(2):165-72. [Persian]
32. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
33. Bastani F, Hakimi Gilani T, Ghane-fard SH. Perceived stress and demographic characteristics of women with multiple sclerosis. *J Nurs Midwifery*. 2009;19(66):14-21.
34. Safaei1 M, Shokri O. Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *IJPN*. 2014;2(1):13-22. [Persian].



35. Shi M, Liu L, Sun X, Wang L. Associations between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. BMC Med Educ. 2018; 18(1): 164.
36. Joo EJ, Lee KY, Choi KS, Kim SH, Song JY, Bang YW, et al. Childhood attention deficit hyperactivity disorder features in adult mood disorders. Compr Psychiatry. 2012;53(3):217-23.2.



Diagnostic Value and Discriminant Validity of the Wender-Utah Rating Scale for the Identification of Conner's Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Rating Scale Measurements in a Sample of Thieves and Normal People

Ghaem Salehpour¹, Ghasem Salehpour^{2*}, Ozra Akbari³, Soraya Bagheri Marvdizaj³

1- Department of Criminal Law and Criminology, Guilan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

3- Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Original Article

Received: 12 Nov 2019

Accepted: 4 Jul 2020

*Corresponding Author:

Ghasem Salehpour, Shiraz,
Shiraz University, School of
Education and Psychology,
Department of Clinical
Psychology

TEL: 09118877143

Email:

MSalehpour.ClinPsy@gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) can lead to high-risk behaviors, and the use of a tool that is capable of diagnosing ADHD symptoms in delinquent populations is inevitable. Therefore, the purpose of the present study was to investigate the diagnostic value and discriminant validity of the Wender-Utah Rating Scale (WURS-25) in a group of thieves with and without ADHD symptomology and normal individuals with a definite lack of ADHD diagnosis based on Conner's Adult ADHD Rating Scale.

Materials and Methods

In a validation study in Rasht Central Prison, in 2015-2016, 100 prisoners committed theft, and 70 normal individuals were selected as the sample. Tools included WURS-25, Conner's Adult ADHD Rating Scale, Social Adjustment Scale, and Perceived Stress Questionnaire. Data were analyzed using discriminant analysis, chi-square test, multivariate and univariate analysis of variance/covariance, and Fisher's least significant difference test.

Results

Discriminant analysis showed that WURS-25 could distinguish symptoms of ADHD in three groups of thieves with and without ADHD symptomology and normal individuals from each other, and its overall classification accuracy is equal to 64.1%; although a large proportion of thieves without symptomology were ignored. Also, after controlled analyzes, the mean of scores social adjustment components was significantly greater in thieves with symptomology than in other groups, and for stress in thieves with symptomology than in normal individuals, with considering cut-off points of 36, 39 and 46.

Conclusion

WURS-25 has an acceptable screening performance in thieves with ADHD symptomology. Therefore, it can be used to identify susceptible individuals and evaluate the outcome of therapeutic interventions in delinquent populations.

Keywords

Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Validity, Theft, Psychological Stress, Social Adjustment

► **Please cite this article as:** Salehpour G, Salehpour G, Akbari O, Foadini M, Bagheri Marvdizaj S. Diagnostic Value and Discriminant Validity of the Wender-Utah Rating Scale for the Identification of Conner's Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Rating Scale Measurements in a Sample of Thieves and Normal People. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(1):131-150.