

سنجش و اولویت‌بندی نیازهای والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

عباس ابوالقاسمی^۱، فاطمه رهبر کرباسدهی^{۲*}، ابراهیم رهبر کرباسدهی^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۸/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی یک اختلال روان‌پزشکی است که در دوره کودکی ظاهر شده و از شایع‌ترین اختلال‌های دوران کودکی است. هدف از پژوهش حاضر سنجش و اولویت‌بندی نیازهای والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی است.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع پیمایشی است. جامعه آماری شامل تمامی والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود که نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس نیازهای خانواده برای خانواده‌های ایرانی (نصیری و سامانی، ۱۳۸۷) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون فریدمن در سطح گویه‌ها نشان داد که مهم‌ترین نیازهای والدین این دانش‌آموزان به ترتیب عبارت‌اند از: نیاز به امنیت و آرامش، دوست داشتن و اظهار عشق و علاقه اعضای خانواده به هم، رابطه خوب و سرشار از عشق و علاقه بین والدین و فرزندان، روابط گرم و صمیمانه بین اعضای خانواده. همچنین نتایج آزمون فریدمن نشان داد که به ترتیب مؤلفه‌های نیاز کل خانواده، نیازهای روانی-عاطفی، نیازهای تربیتی-آموزشی، نیازهای تفریحی-سرگرمی، نیازهای مادی-اقتصادی، و نیازهای سلامت جسمی دارای بیشترین اولویت بودند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی سطوح بالاتری از تنیدگی‌های روانی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند و با توجه به نتایج این پژوهش، طراحی برنامه مداخله‌ای مبتنی بر نیازهای شناسایی‌شده والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: سنجش نیازها، والدین، نارسایی توجه/ فزون‌کنشی

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. *نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
(Fatemeh.Rahbar.Karbasdehi@gmail.com)

۳. دانشجوی کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی^۱ از مهم‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی اطفال است (۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲ (۲) برای اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی سن شروع تعیین نمی‌کند، زیرا نگاه به گذشته و تعیین دقیق زمان شروع نشانگان کار بسیار دشواری است و صرفاً اعلام می‌کند که تعداد زیادی از معیارها باید قبل از ۱۲ سالگی وجود داشته باشند. میزان شیوع این اختلال در جوامع ۵ درصد تخمین زده شده است و فراوانی آن در پسران دو برابر دختران است (۱) و همچنین شیوع این اختلال در ایران نیز بالا است، به طوری که زارع بهرام‌آبادی و گنجی (۳) در پژوهش خود شیوع کلی این اختلال را ۸/۶۲ درصد، در پسران ۱۲/۵۵ درصد و در دختران ۴/۵۳ درصد اعلام نموده‌اند.

اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی الگوی ثابت نارسایبی توجه و فزون‌کنشی است، که فراوان‌تر و شدیدتر از آن چیزی است که در کودکان با سطح تحول مشابه دیده می‌شود (۱). کودکان مبتلا به اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی آستانه تحمل خشم پایینی دارند و زیاد قادر به پیروی از نصایح والدین و پیروی از قوانین خانواده نسبت به همسالان دیگر خود نیستند (۴) و اغلب از مشکلات سلامت روانی و یادگیری رنج می‌برند (۵) و در گفتار درونی هم مشکل دارند بدین معنی که برای حل مسائل نمی‌توانند به طور درونی با خودشان صحبت کنند و راه‌حل‌هایی را ارائه دهند (۲). اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی هیچ ارتباطی با هوش ندارد و کودکان در همه سطوح توانایی هوشی ممکن است، دچار این اختلال گردند (۶ و ۷).

اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی تأثیر منفی عمده‌ای بر زندگی کودک از نظر تجمع سرمایه انسانی (۸) روابط بین همسالان و اعتماد به خود دارد (۹). علاوه بر این، این اختلال روی خواهر یا برادر فرد مبتلا تأثیر منفی می‌گذارد (۵ و ۱۰). یک کودک مبتلا به این اختلال می‌تواند علاوه بر هزینه‌های

اقتصادی، هزینه‌های روان‌شناختی بالایی معروف به اندوه مزمن، را به والدین تحمیل (۹) و در نتیجه روابط آنها را مخدوش کند. اعتقاد بر این است که اعضای خانواده می‌توانند به هم نزدیک شوند، زیرا مراقبت از کودک به تلاش مشترک از سوی والدین نیاز دارد و تهدید مراقبت از کودک مبتلا به اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی به تنهایی می‌تواند روی خطر طلاق هم تأثیر بگذارد (۱۱).

بیشتر والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی می‌دانند که روش کنونی آنها در مهار کردن فرزندشان مؤثر نیست و بنابراین مشتاق یادگیری مهارت‌های جدید هستند. در این میان اگر درمان راهبردهای مدیریت رفتار کودک به والدین آموزش داده شود، مؤثر خواهد بود، جلسات می‌تواند فردی یا گروهی بوده، اما برای آن که روش‌های آموخته‌شده به طور مناسب به کار روند، ممکن است نیاز به جلسات انفرادی اضافی باشد (۱۲)، با این حال والدین می‌توانند با بهره‌گیری از روش‌های مؤثر به کودکان کمک کنند. نخستین نکته‌ای که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی باید بدانند این است که این مشکل هیچ ربطی به کمبودی از جانب والدین ندارد و نباید خود را از این بابت که احتمالاً چون والدین خوبی نیستند، سرزنش کنند و همچنین آنها به منظور اصلاح رفتار و توجه کودکان می‌توانند برخی روش‌های خاص جهت گفتگو کردن، بازی کردن و کار کردن با او را بیاموزند (۷).

رایان و همکاران (۱۳) در پژوهشی که بر روی ۱۷۲ نفر از والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایبی توجه/ فزون‌کنشی باهدف تأثیر وب‌سایت‌های آموزشی روی ادراک والدین انجام دادند، نشان دادند که می‌توان از وب‌سایت‌ها به صورت الحاقی و ضمیمه اطلاعات داده‌شده در کلینیک‌ها استفاده کرد. در تبیین این یافته می‌توان این مسئله اشاره کرده‌اند که با اینکه بیشتر والدین به اینترنت دسترسی دارند اما هنوز هم موانعی برای دسترسی به آنها وجود دارد مثل کمبود امکانات رفاهی.

1. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

2. American Psychiatric Association

دانش آموزان بهنجار هستند. بنابراین نیاز را بر این دیدیم که نیازهای والدین دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را بیشتر مورد بررسی قرار دهیم.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع پیمایشی است که در آن نیازهای والدین دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش، تمامی والدین (پدر و مادر) دانش آموزان مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی شهرستان رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ است. نمونه پژوهش ۱۲۰ نفر از والدین دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی بودند که بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و اطلاعات مندرج در پرونده تحصیلی آنها که پیش از این تشخیص اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را دریافت کرده بودند، به صورت در دسترس انتخاب شدند.

ب) ابزار پژوهش

۱. مقیاس نیازهای خانواده برای خانواده‌های ایرانی: این مقیاس ۲۶ گویه دارد که نصیری و سامانی (۱۳۸۷) آن را ساخته و اعتباریابی کرده‌اند و همچنین دارای ۶ بعد است که عبارت‌اند از: نیاز کل، نیازهای روانی- عاطفی^۱، نیازهای تربیتی- آموزشی^۲، نیازهای تفریحی- سرگرمی^۳، نیازهای مادی- اقتصادی^۴، و نیازهای سلامت جسمی^۵. این مقیاس برای سنجش و اولویت‌بندی نیازهای خانواده‌های ایرانی بر اساس عوامل فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جامعه ایران طراحی شده است. نمره پاسخ‌گویی به سؤالات با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = خیلی کم الی ۵ = خیلی زیاد) محاسبه می‌شود. البته نمره نیاز کل خانواده از طریق جمع نمرات ۲۶ گویه حاصل می‌شود.

مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات مکرری در خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی وجود دارد و نارسایی عملکرد والدین یک عامل سببی برای این بیماری نیست (۱۴).

در پژوهش یوسفی (۱۵) سطوح تنش والدین و عوامل مؤثر بر آن در مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی و مادران کودکان بهنجار مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی تنش بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار متحمل می‌شوند.

کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی اغلب به خاطر مشکلات زیست‌شناختی و خودنظم‌جویی^۱، روابط خانوادگی خودشان را با کشاکش مواجه می‌کنند، به همین دلیل، این کودکان می‌توانند تنیدگی خانوادگی بیشتری ایجاد کنند (۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند مادران عموماً مقتدرتر، درحالی‌که پدران مستبدتر هستند، از سویی، عدم تشابه سبک‌های تربیتی والدین در یک خانواده به تنیدگی تربیتی بیشتر منجر می‌شود. علاوه بر این، این تنیدگی والدین که دارای عدم قدرت و ناکفایتی هستند به تربیتی ناکارآمد منجر می‌شود و اغلب برای کودکان تبعات منفی به همراه دارد (۱۷).

باسینگ و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که بسیاری از والدین با توجه به دانش خود آموخته نسبتاً بالا، در مورد اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی تدابیر و برداشت‌های اشتباهی دارند (به نقل از ۱۸). اما این امر، نیاز به پژوهش در مورد عملکرد پویای خانواده کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی را رفع نمی‌کند. نتایج پژوهش‌های پیچ و همکاران (۱۹)، سان و همکاران (۲۰)، و دوگلاس و مهرا (۲۱) نیز در این زمینه نشان داد که والدین دانش آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی دارای نیازهای روانی- عاطفی و تربیتی- آموزشی بیشتری نسبت به والدین

4. Recreational needs
5. Financial/ Economical needs
6. Physical Health needs

1. Self- regulation
2. Psychological/ Emotional needs
3. Educational needs

گویند و تا حد امکان سؤالی را بی‌جواب نگذارند و از نظر اخلاقی این اطمینان به آنها داده شد که نامی از خودشان و فرزندانشان آورده نخواهد شد. سپس داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش آزمون فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر فراوانی فرزندان پسر (۷۵) و دختر (۴۵) نفر بود و میانگین سنی این کودکان ۹/۴۳ سال و دانش‌آموزان مقطع اول تا ششم ابتدایی بودند، شغل ۱۰۲ پدر، آزاد و ۱۸ نفر کارمند بودند؛ تحصیلات ۹۷ پدر زیر دیپلم، ۱۷ نفر، دیپلم، و ۶ نفر لیسانس بودند؛ شغل ۱۱۸ مادر، خانه‌دار و ۲ نفر آزاد بود؛ تحصیلات ۹۸ مادر زیر دیپلم، ۲۰ مادر، دیپلم، و ۲ نفر لیسانس بودند. برای اولویت‌بندی نیازهای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سطح گویه‌ها از آزمون فریدمن استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و با روش تصنیف ۰/۹ گزارش شده است که حاکی از اعتبار بالای مقیاس نیازهای خانواده است و همچنین روایی محتوایی این مقیاس مورد تأیید ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی قرار گرفته است و همچنین این مقیاس با مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی روایی واگرا دارد (۲۲).

ج) روش اجرا: در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه گیلان به آموزش و پرورش شهرستان رشت مراجعه شد و سپس با همکاری آموزش و پرورش و معرفی مدارس به پژوهشگر، دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از طرف مدارس مشخص شدند، و طی تعاملی که با والدین این دانش‌آموزان صورت گرفت، از آنها دعوتی در مدرسه به عمل آمد و اهداف پژوهش برای هریک از آزمودنی‌ها توضیح داده شد و پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد بر اساس نیازهای خود به این پرسشنامه پاسخ

جدول ۱: نتایج آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی مقیاس طبقه‌بندی نیازهای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بر حسب گویه‌ها

رتبه	میانگین رتبه	نیازها
۱	۲۰/۵۶	نیاز به امنیت و آرامش
۲	۲۰/۱۸	دوست داشتن و اظهار عشق و علاقه اعضای خانواده به هم
۳	۱۹/۸۲	رابطه خوب و سرشار از عشق و علاقه بین والدین و فرزندان
۴	۱۹/۷۴	روابط گرم و صمیمانه بین اعضای خانواده
۵	۱۸/۹۲	برقراری نظم و ترتیب در بین اعضای خانواده
۶	۱۶/۷۰	غذای مناسب و کافی
۷	۱۶/۳۸	خانه‌ای مناسب با امکانات لازم، فضای مناسب، نور کافی
۸	۱۵/۱۴	انجام فعالیت‌های مورد علاقه اعضا خانواده
۹	۱۵/۱۲	احساس تعلق داشتن به گروه و رفتار کردن بر اساس ارزش‌های گروهی
۱۰	۱۴/۵۷	استفاده از وسایل جمعی چون رادیو، تلویزیون، روزنامه، رایانه، و ماهواره
۱۱	۱۴/۴۳	فراهم نمودن امکانات برای ادامه تحصیل خانواده
۱۲	۱۴/۲۶	لباس‌های مناسب با هر فصل از سال، در حد شئونات خانواده
۱۳	۱۳/۳۶	آشنایی با شیوه‌های مقابله و سازش‌یافتگی با تنیدگی‌ها
۱۴	۱۳/۰۱	بودن با دیگران و سر زدن به دوستان، همکاران، و همسایه‌ها
۱۵	۱۲/۸۸	همکاری و تشریک مساعی با دیگران
۱۶	۱۲/۸۷	مهیا بودن فرصت و امکانات لازم برای رفت‌وآمد با اقوام، دوستان، و آشنایان

۱۷	۱۲/۴۲	تأمین درآمد لازم برای تأمین و حفظ سلامت روانی اعضای خانواده
۱۸	۱۱/۸۷	آشنایی با شیوه‌های برخورد صحیح با عواطف (مانند خشم، ترس، افسردگی، و...) و ابراز آنها
۱۹	۱۱/۳۰	پول کافی برای پرداخت هزینه‌های پزشکی، دندان‌پزشکی، و خرید دارو
۲۰	۹/۷۲	بردن بچه‌ها به پارک، شهر بازی، خوردن غذا در رستوران، و رفتن به سینما و تئاتر
۲۱	۹/۶۱	بودن درآمد مکفی برای پرداخت هزینه تحصیل و خرید مایحتاج تحصیلی
۲۲	۹/۰۲	پس‌انداز برای آینده
۲۳	۸/۴۱	رفتن به سفرهای تفریحی و گردش
۲۴	۷/۶۶	پرداخت هزینه کلاس‌های آموزشی مختلف
۲۵	۶/۷۶	پرداخت هزینه لازم برای مراجعه به روان‌شناس یا مشاور برای حل تعارض‌ها
۲۶	۶/۳۰	پرداخت هزینه لازم برای شرکت در دوره‌های آموزشی شیوه‌های والدگری

آزمون فریدمن

آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱/۱۱	۲۵	۰/۰۰۱

نظم و ترتیب در بین اعضای خانواده و کمترین نیاز به پرداخت هزینه لازم برای شرکت در دوره‌های آموزشی شیوه‌های والدگری، پرداخت هزینه لازم برای مراجعه به روان‌شناس یا مشاور برای حل تعارض‌ها، پرداخت هزینه کلاس‌های آموزشی مختلف، و رفتن به سفرهای تفریحی و گردش دارند. برای اولویت‌بندی نیازهای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در سطح مؤلفه‌ها از آزمون فریدمن استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۱، آماره خی دو فریدمن (۱/۱۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که میانگین رتبه نیازها در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. با توجه به جدول بالا والدین این کودکان دارای بیشترین نیاز به امنیت و آرامش، دوست داشتن و اظهار عشق و علاقه اعضای خانواده به هم، رابطه خوب و سرشار از عشق و علاقه بین والدین و فرزندان، روابط گرم و صمیمانه بین اعضای خانواده، و برقراری

جدول ۲: نتایج آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی ابعاد مقیاس طبقه‌بندی نیازهای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی

رتبه	میانگین رتبه	بند
۱	۶	نیاز کل خانواده
۲	۵	نیازهای روانی - عاطفی
۳	۳/۹۹	نیازهای تربیتی - آموزشی
۴	۲/۹۸	نیازهای تفریحی - سرگرمی
۵	۲	نیازهای مادی - اقتصادی
۶	۱/۰۴	نیازهای سلامت جسمی

آزمون فریدمن

آماره خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۵۹۷/۰۶	۵	۰/۰۰۱

شایستگی آنهاست (۲۴) که بر اتخاذ روش‌های کارآمد مدیریت رفتار کودک تمرکز دارد (۲۵). مادران این کودکان در نتیجه بزرگ کردن یک فرزند مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، مستقل‌تر و حساس‌تر و در برخی موارد سرسخت‌تر و مقاوم‌تر می‌شوند و حاضرند برای کمک به فرزندشان با هر مشکلی مبارزه کنند (۲۶ و ۲۷). اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، اثرات زیادی بر تعامل والدین و کودک به جا می‌گذارد، از جمله این تأثیرات، ایجاد تنیدگی در شیوه والدگری است (۲۸). مادران کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، سطوح بالاتری از تنیدگی مربوط به والدگری را تجربه می‌کنند و احساس بی‌کفایتی داشته و سطوح افسردگی، اضطراب، و تعارض زناشویی آنها بالاست (۲۹). با اینکه اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی یک مشکل سلامت ذهنی و روانی رایج است اما هنوز هم یک پدیده نسبتاً غیر فراوان بوده است (۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر که بیانگر نیاز بالای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به نیازهای تربیتی-آموزشی است با نتایج پژوهش‌های سان و همکاران (۲۰)، دوگلاس و مهرا (۲۱)، و رایان و همکاران (۱۳) همسو است، در تبیین این مسئله می‌توان گفت با بالا بردن دانش عمومی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی درباره این اختلال (۱۲)، هشیار کردن آنها نسبت به تأثیر این اختلال بر زندگی خانوادگی و شخصی، تصحیح اطلاعات اشتباه درباره اختلال (۷)، تغییر سوگیری‌های منفی نسبت به درمانگری‌های دارویی و حمایت از کودکان و خانواده آنها، و تفهیم این نکته که آنها با مشکلاتشان تنها نیستند، می‌توان از تنیدگی والدین این کودکان کاست (۳۰). همچنین با توجه به مشکلات عدیده این خانواده‌ها، فراهم کردن کلاس‌های مشاوره، دادن آگاهی بیشتر به آنها از طریق سایت‌ها و فضاهای مجازی علاوه بر صرفه‌جویی در وقت،

با توجه به جدول ۲، آماره خی‌دو فریدمن (۵۹۷/۰۶) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که میانگین رتبه نیازها در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارد. با توجه به جدول بالا بیشترین میانگین در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مربوط به نیازهای کل (۶)، نیازهای روانی-عاطفی (۵)، و نیازهای تربیتی-آموزشی (۳/۹۹) و کمترین میانگین در این والدین مربوط به نیازهای سلامت جسمی (۱/۰۴) است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر سنجش و اولویت‌بندی نیازهای والدین دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود، نتایج نشان داد که بیشترین میانگین در والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی مربوط به نیازهای کل (۶)، نیازهای روانی-عاطفی (۵)، و نیازهای تربیتی-آموزشی (۳/۹۹) و کمترین میانگین مربوط به نیازهای سلامت جسمی (۱/۰۴) است. در واقع با توجه به اینکه در سطح داخلی و خارجی پژوهشی در این خصوص صورت نگرفته است، با این حال این یافته که نیاز بالای والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی به نیازهای روانی-عاطفی است با نتایج پژوهش‌های پیچ و همکاران (۱۹) و یوسفی (۱۵) در یک راستا است.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تنش بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار متحمل می‌شوند و احساس عدم کفایت دارند (۲۳). حمایت اجتماعی^۱ یکی از منابع اصلی رفع تنیدگی کلی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در موقعیت‌های منحصر به فرد مانند تربیت کودکان است. یک روش مورد قبول عام، حمایت از والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی و بهبود حس لیاقت و

کارگاه‌های مشاوره روان‌شناختی برای افزایش مقابله و استقامت والدین در برابر این اختلال برگزار شود و آموزش و پرورش با نیازهای ویژه تدابیری را برای جلسات مشاوره هفتگی با حضور متخصصان و روان‌شناسان برای این والدین بیاندیشد و در این آموزش‌ها به وضع تحصیلی این کودکان پرداخته شود تا سطوح تحصیلی پایین این کودکان که یکی از دغدغه‌های اصلی این والدین است ارتقا یابد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از مقیاس نیازهای خانواده برای خانواده‌های ایرانی اشاره کرد که خاص نیازهای والدین کودکان مبتلا به نارسایی توجه/فزون‌کنشی نیست، به همین خاطر پیشنهاد می‌شود مقیاسی متناسب با نیازهای والدین کودکان با نیازهای ویژه طراحی و اجرا شود و همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود به جزئیات بیشتری در رابطه با نیازهای روانی-عاطفی این والدین بپردازند و در این زمینه پژوهش‌هایی انجام دهند تا نیازهای روانی-عاطفی این گروه از جامعه تا حدودی برطرف شود.

تشکر و قدردانی: از تمامی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر همکاری صادقانه‌شان تشکر می‌گردد. این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی را برای نویسندگان به دنبال نداشته است.

می‌توانند هر جا که باشند به آن اطلاعات دسترسی داشته و روز به روز بیشتر با این اختلال مقابله کنند (۱۴).

دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی موفقیت تحصیلی کمتری را در مقایسه با کودکان بهنجار نشان می‌دهند (۳۱) به طوری که تقریباً ۸۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در مدرسه موفق نیستند (۳۲) و میزان ناتوانی‌های یادگیری این کودکان بالاست (۳۳) و همچنین دقت کمی در کار و تکمیل آن دارند و آنها در مقایسه با همسالان خود نیازمند راهنمایی و دقت بیشتری هستند (۳۴).
علائم بیان‌شده توسط خود کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی تأثیر گسترده‌تری بر سلامت و رفاه آنها دارد که منجر به افزایش سطوح تنیدگی والدین و خانواده‌ها می‌شود. عموماً همگان می‌پذیرند که می‌توان با تصمیم‌گیری مشترک و آگاهانه در کنار درمان‌های رفتاری و دارویی، به مدیریت موفقیت‌آمیز این اختلال دست یافت (۱۳).
والدین جهت توصیه و راهکار به متخصصان بخش سلامت توجه دارند و منابع اطلاعاتی را ترجیح می‌دهند که مورد توصیه پزشکان متخصص کودک باشد تا دانش، آگاهی، و تصمیم‌گیری آگاهانه را بهبود بخشند (۱۲). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و نیاز بالای روانی-عاطفی والدین کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی، پیشنهاد می‌شود

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Eleven edition. New York: Wolters Kluwer; 2014, pp: 1206-1217.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013, pp: 103-106.
3. Zare Bahram Abadi M, Ganji K. The study of prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (LD) in primary school's students. *J Learn Disabil.* 2014; 3(4): 143-150. [Persian].
4. Finzi-Dottan R, Triwitz YS, Golubchik P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Res Deve Disabil.* 2011; 32(2): 510-9.
5. Kvist AP, Nielsen HS, Simonsen M. The importance of children's ADHD for parents' relationship stability and labor supply. *Soc Sci Med.* 2013; 88: 30-8.
6. Power TJ, Werba BE, Watkins MW, Angelucci JG, Eiraldi RB. Patterns of parent-reported homework problems among ADHD-referred and non-referred children. *Sch Psychol Qy.* 2006; 21(1): 13-31.
7. Borrill J. All about ADHD: A booklet for those wanting to know more about attention deficit/hyperactivity disorder. London: The Mental Health Foundation; 2000, pp: 3-21.
8. Salm M, Schunk D. The relationship between child health, developmental gaps, and parental education: Evidence from administrative data. *J Eu Econ Assoc.* 2012; 10(6): 1425-49.
9. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *J Adolesc Health.* 2010; 46(3): 209-17.
10. Fletcher J, Wolfe B. Child mental health and human capital accumulation: the case of ADHD revisited. *J Health Econ.* 2008; 27(3): 794-800.
11. Reichman NE, Corman H, Noonan K. Impact of child disability on the family. *Matern Child Health J.* 2008; 12(6): 679-83.
12. Zargarinezhad G, Yekeh YR. Efficacy of parent's training on problem behaviors in ADHD children. *Psychological Studies.* 2007; 3(2): 29-48. [Persian].
13. Ryan GS, Haroon M, Melvin G. Evaluation of an educational website for parents of children with ADHD. *Int J med Inform.* 2015; 84(11): 974-81.
14. Conte R. Attention disorders. In: Wong YLB, editor. Learning about learning disabilities. San Diego: Academic Press; 1991, pp: 59-101.
15. Yousefi S, Soltanifar A, Teymouri S. Parenting stress in mothers of children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2009; 11(42): 115-122. [Persian].
16. Abidin RR. Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet,[and] Research Update. Virginia: Pediatric Psychology Press; 1983, pp: 28-37.
17. Harvey EA. Parenting similarity and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Fam Behav Ther.* 2000; 22(3): 39-54.
18. Roth RM, Saykin AJ. Executive dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder: cognitive and neuroimaging findings. *Psychiatr Clin North Am.* 2004; 27(1): 83-96.
19. Page TF, Pelham III WE, Fabiano GA, Greiner AR, Gnagy EM, Hart KC, et al. Comparative cost analysis of sequential, adaptive, behavioral, pharmacological, and combined treatments for childhood ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016; 45(4): 416-27.
20. Sonne T, Marshall P, Müller J, Obel C, Gronbaek K, editors. A Follow-up study of a successful assistive technology for children with ADHD and their families. Proceedings of the The 15th International Conference on Interaction Design and Children; 2016: ACM.400-407.
21. Douglass K, Mehra B. A four frames analysis to address the information challenges of families of children with ADHD: Actions for Public Libraries to Address Embedded Power Imbalances. *Libri.* 2016; 66(1): 59-71.
22. Nasiri H, Samani S. Developing a Reliable and Valid Family Needs Scale for Iranian Families. *Journal of Family Research.* 2008; 4(2): 109-122. [Persian].

23. Danforth JS. The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*. 1998; 22(4): 443-73.
24. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2004; 7(1): 1-27.
25. Treacy L, Tripp G, Baird A. Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*. 2005; 36(3): 223-33.
26. Rogers MA, Wiener J, Marton I, Tannock R. Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Schpsychol*. 2009; 47(3): 167-85.
27. Maniadaki K, Sonuga-Barke E, Kakouros E, Karaba R. Maternal emotions and self-efficacy beliefs in relation to boys and girls with AD/HD. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2005; 35(3): 245-63.
28. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. *Exceptional learners: An introduction to special education*. New Jersey: Pearson Education; 2011, pp: 179-207.
29. DuPaul GJ. Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: psychometric properties in a community-based sample. *J Clinl Child Adolesc Psychol*. 1991; 20(3): 245-53.
30. Wymbs BT, Pelham Jr WE, Molina BS, Gnagy EM, Wilson TK, Greenhouse JB. Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(5): 735-44.
31. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *J Learn Disabil*. 2007; 40(1): 49-65.
32. DuPaul G, Stoner G. ADHD and learning difficulties: What is the connection? In: DuPaul G, Stoner G, editor. *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford; 2003, pp: 72-108.
33. Pastor PN, Reuben CA. *Attention deficit disorder and learning disability: United States, 1997-98*. Washington, DC: Vital and Health Statistics; 2002, pp: 3-9.
34. Zentall SS. Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. *Exceptional Children*. 1993; 60(2): 143-53.

Assessment and Prioritize the Needs of Parents of Children with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder

Abbas Abolghasemi¹, Fatemeh Rahbar Karbasdehi^{*2}, Ebrahim Rahbar Karbasdehi³

Received: July 14, 2016

Accepted: November 08, 2016

Abstract

Background and Purpose: Attention- deficit/ hyperactivity disorder is a psychiatric disorder that appears in childhood and is the most common disorders in childhood. The present study aims to assess and prioritize the needs of the parents of children with attention- deficit/ hyperactivity disorder.

Method: The design of this descriptive research is survey. Participants of this research included all parents of the students with attention- deficit/ hyperactivity disorder in Rasht city in the school year 2015-2016 that 120 of them were selected by convenient sampling method. To collect data, Family Needs Scale for Iranian Families (Nasiri and Samani, 2008) was used.

Results: The results of Friedman test indicated that the most important needs of the parents of these students respectively are as follows: need for security and calmness, love, expressing love and interest of the family members in each other, good relationship and full of love and interest between the parents and children, warm and friendly relationships between the family members. Moreover, the results of Friedman test in total components showed the mental- emotional needs, psycho- educational needs, recreational entertainment needs, physical- economic needs; and bodily health needs are most important needs respectively ($P < 0/001$).

Conclusion: Consequently, parents of the children with attention- deficit/ hyperactivity disorder experience high levels of psychological distress in the parenting experience. Considering the results of this research, design of intervention plans for parents of the children with attention- deficit/ hyperactivity disorder based on the identified needs of this research is essential.

Keywords: Assessment the needs, parents, attention- deficit/ hyperactivity disorder

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. ***Corresponding author:** M.A. Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran (Fatemeh.Rahbar.Karbasdehi@gmail.com)

3. B.A. Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran