

Investigating the knowledge and attitude of primary school teachers in Tehran towards Attention-Deficit/Hyperactivity and Learning Disorders and their relation to teacher's characteristics

Nina Salamatbakhsh¹, Mojgan Khademi², Simasadat Noorbakhsh^{*3}, Sepideh Rajezi Esfahani⁴,
Rozita Davari Ashtiani², Katayoon Razjouyan²

1. Behavioral Sciences Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran and Department of Psychiatry, Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran
3. Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Behavioral Sciences Research Centre, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Received on: 2015.May.10 Article Accepted on: 2015.December.6

Abstract

Background and aim: Learning Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder are considered among the most common childhood disorders which occur concomitantly in many cases and affect the life and future of children as long as their education is concerned. Thus, knowledge and attitude towards these disorders have been given much importance by teachers, especially during the early years of education. The purpose of the present study was to assess the knowledge and attitude of primary school teachers in Tehran towards Learning Disability and Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and to investigate their relationship with teachers' characteristics.

Materials and methods: The study was conducted on 200 primary school teachers in Tehran. Cluster sampling was carried out in five school districts in the north, south, east, west, and center of Tehran and then the final schools were selected randomly from among them. Three questionnaires including demographic information, Knowledge and Attitudes towards Learning Disability, and Knowledge and Attitudes towards Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder were administered. The validity of the questionnaires were confirmed by five child and adolescent psychiatrists and the reliability of the questionnaires were estimated to be 0.89, using Cronbach's Alpha.

Results: There was a positive significant correlation between knowledge and attitude's scores on the two disorders. The mean of female participants' knowledge scores was higher than that of the male participants on both disorders. No relationship was observed between age, educational level, and educational experiences, and teachers' knowledge and attitude.

Conclusion: The teachers who had more knowledge and more positive attitudes towards a disorder received higher scores on the other disorder. Female teachers had more knowledge about AD/HD and LD compared with male teachers. Therefore, it seems that male teachers need more education in this regard.

Keywords: Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, Learning Disability, Teachers, Knowledge, Attitude.

Cite this article as: Nina Salamatbakhsh, Mojgan Khademi, Simasadat Noorbakhsh, Sepideh Rajezi Esfahani , Rozita Davari Ashtiani, Katayoon Razjouyan. Investigating the knowledge and attitude of primary school teachers in Tehran towards Attention-Deficit/Hyperactivity and Learning Disorders and their relation to teacher's characteristics. J Rehab Med. 2016; 5(3): 1-11.

* Corresponding Author: Sima Nourbakhsh. Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail address: sima.nourbakhsh@gmail.com

بررسی دانش و نگرش معلمان ابتدایی شهر تهران در مورد اختلالات یادگیری و نقص- توجه/بیش‌فعالی و ارتباط آن با ویژگی‌های معلمان

نینا سلامت بخش^۱، دکتر مژگان خادمی^۲، سیما سادات نوربخش^{۳*}، سپیده راجزی اصفهانی^۴، رزیتا داوری آشتیانی^۵،
کتایون رازجویان^۶

۱. روان‌پزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، بیمارستان امام حسین، بخش روان‌پزشکی
۳. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دکتری روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۴/۲/۲۰ پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۹/۱۵ *

چکیده

مقدمه و اهداف

اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی/نقص‌توجه از شایع‌ترین اختلالات دوره کودکی به شمار می‌رود که در بسیاری از موارد با یکدیگر هم‌آیند بوده و تأثیر فراوانی از نظر تحصیلی بر زندگی و آینده کودکان مبتلا دارد. از این‌رو، دانش و نگرش در خصوص این اختلالات از سوی معلمان به‌خصوص در سال‌های اولیه تحصیلی از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف از انجام پژوهش پیش رو بررسی دانش و نگرش معلمان ابتدایی شهر تهران در مورد اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی و ارتباط آن با ویژگی‌های معلمان بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه بر روی ۲۰۰ نفر از معلمان ابتدایی تهران انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای از مناطق آموزش و پرورش در چهار قسمت شمال، جنوب، شرق و غرب تهران انجام شده است و سپس، از بین آن‌ها مدارس نهایی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. بررسی با استفاده از سه پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی، سنجش دانش و نگرش اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی و سنجش دانش و نگرش اختلال یادگیری انجام شد. اعتبار پرسشنامه به تأیید پنج نفر از روان‌پزشکان کودک رسید و برای بررسی پایایی آن، آزمون باز آزمون انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

یافته‌ها

بین دانش و نگرش معلمان درباره اختلالات یادگیری و دانش و نگرش آن‌ها درباره بیش‌فعالی/نقص‌توجه رابطه مستقیم و معناداری مشاهده شد. میانگین نمره دانش هر دو اختلال در زنان به‌صورت معناداری بالاتر از میانگین مردان بود، اما بین دانش و نگرش معلمان درباره اختلالات یادگیری و نقص‌توجه/بیش‌فعالی با سن، مدرک تحصیلی و سابقه تدریس آن‌ها رابطه معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری

معلمانی که درباره یکی از این دو اختلال دانش بیشتر و نگرش مثبت‌تری داشتند، در اختلال دیگر نیز نمرات بالاتری به دست آوردند. معلمان زن دانش بیشتری درباره این دو اختلال نسبت به معلمان مرد داشتند. به نظر می‌رسد معلمان مرد نیازمند آموزش بیشتری در این زمینه می‌باشند.

واژگان کلیدی

اختلال نقص‌توجه/بیش‌فعالی؛ اختلال یادگیری؛ معلمان؛ دانش؛ نگرش

نویسنده مسئول: سیما نوربخش. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس الکترونیکی: sima.nourbakhsh@gmail.com

مقدمه و اهداف

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD)^۱ و ناتوانی‌های یادگیری (LD)^۲ جزء شایع‌ترین اختلالات رفتاری دوران کودکی است که در سطح مراقبت‌های اولیه، این مشکلات به میزان محدودی تشخیص داده می‌شود. شیوع ADHD در ایران تقریباً مشابه سایر کشورها، حدود ۵ تا ۱۰ درصد کل کودکان است^[۱]. این اختلال به حالتی گفته می‌شود که در آن کودک به نحوی مفرط و بیش از اندازه فعال و پر جنب و جوش است. این بیماری باعث اختلال عملکردی مشخص در کودکان مبتلا می‌شود و یکی از مهم‌ترین حوزه‌های عملکردی در کودکان، عملکرد تحصیلی آن‌ها است^[۲]. کودکان مبتلا به دلیل نقص در تمرکز و توجه بر تکالیف، رفتارهای تکانشی و نقص در کنترل هیجان، در روابط بین فردی و تحصیلی مشکل پیدا می‌کنند^[۲] و دارای رفتارهای تکانه‌ای، عدم تمرکز و اعتماد به نفس پایین بوده و ریسک بالاتری برای سوء مصرف مواد دارند^[۳]. لذا آگاهی همگان به‌ویژه معلمان از اهمیت بسزایی برخوردار است.

LD شامل ناتوانی در یادگیری زبان خارجی، کشیدن اشکال، محاسبه و خواندن و نوشتن می‌شود که شیوع آن در مدارس ۱۰ درصد گزارش شده است که ۵ تا ۱۰ درصد از کل کودکان را در برمی‌گیرد^[۲]. کودکان مبتلا به LD، از مشکلات روانی و روان‌پزشکی دیگری نیز رنج می‌برند^[۴] و اغلب در شروع و تداوم دوستی مشکل دارند و همین مشکلات ممکن است به احساس تنهایی، عزت‌نفس پایین و حتی افسردگی آن‌ها منجر شود^[۵]. کودکان مبتلا به LD ممکن است مورد بی‌توجهی و غفلت معلم قرار گیرند^[۶]. همچنین ناتوانی این کودکان در یادگیری معمولاً با افزایش سن آن‌ها وخیم‌تر می‌شود، به طوری که مشکلات این دانش‌آموزان که پیشتر به راحتی قابل تشخیص بود، صراحت و روشنی خود را از دست می‌دهد و به سایر زمینه‌های تحصیلی‌شان نیز سرایت می‌کند^[۷]. در حالی که شناخت نوع LD و ریشه‌یابی آن به‌ویژه در دوره‌ی دبستان و در دروس اصلی می‌تواند در رفع این اختلال مؤثر باشد.

داده‌های موجود حاکی از آن است که ۲۵ درصد از کودکان مبتلا به اختلال خواندن به‌طور همزمان دچار ADHD نیز هستند و از سوی دیگر تخمین زده می‌شود ۱۵ تا ۳۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD دچار LD می‌باشند^[۸]. بسیار محتمل است که معلمان مدارس ابتدایی یکی از اولین کسانی باشند که متوجه رفتارهای مرتبط به این دو اختلال در کودکان می‌شوند^[۹]. از آنجایی که معلمان به صورت مستقیم با مسائل تحصیلی و رفتاری دانش‌آموزان مواجه هستند و نقش کلیدی در شناسایی، ارجاع و روند درمان این دانش‌آموزان دارند، لازم است دید درستی نسبت به این کودکان داشته باشند تا بتوانند عملکرد صحیحی در رابطه با آن بروز دهند. در واقع، درمان این کودکان حاصل تعامل بین خانواده، معلم و درمانگر آن‌ها خواهد بود. ناآگاهی معلمان در این خصوص، نگرش نادرست و گاه خصمانه و رفتارهای نادرست ناشی از عدم آگاهی نسبت به این بیماری، می‌تواند تأثیر غیرقابل جبرانی را در سرنوشت این کودکان رقم زند. با توجه به اهمیت آگاهی و نگرش معلمان در درمان این اختلالات لازم است ابتدا تخمینی از میزان آگاهی و نگرش آن‌ها در این زمینه داشته باشیم، لذا مطالعه حاضر جهت پاسخ به این سؤال طراحی و اجرا شده است. به‌علاوه دانستن این نکته ضروری است که آیا ویژگی‌های معلمان نظیر سن، جنسیت، سابقه تدریس و سطح تحصیلات با دانش و نگرش آن‌ها درباره این دو اختلال رابطه‌ای دارند یا خیر. مطالعات مشابه در این زمینه که به بررسی دانش و نگرش معلمان LD و ADHD به‌صورت همزمان پرداخته شده باشد تاکنون در ایران وجود نداشته است؛ بنابراین پژوهش پیش رو باهدف بررسی دانش و نگرش معلمان ابتدایی شهر تهران در مورد اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و ارتباط آن با ویژگی‌های معلمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع Cross Sectional است. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه به مدارس و قرار دادن پرسشنامه‌ها در اختیار معلمان انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل معلمان مقطع ابتدایی در سطح شهر تهران بود. پرسشنامه‌های مربوطه در زمینه ADHD و LD که شامل اطلاعات دموگرافیک نیز می‌شد به همراه رضایت‌نامه، در اختیار ۲۰۰ نفر از معلمان مقطع ابتدایی شهر تهران قرار گرفت. بعد از انجام نمونه‌گیری (توضیح جداگانه در قسمت نمونه‌گیری) و اخذ مجوز توزیع پرسشنامه از آموزش و پرورش و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیران مدارس منتخب،

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Learning Disabilities

پرسشنامه‌ها در زنگ تفریح بین معلمان توزیع شد. معیارهای ورود به مطالعه، معلم ابتدایی با حداقل یک سال سابقه تدریس و معیارهای خروج از مطالعه، عدم تکمیل پرسش‌نامه یا امتناع از شرکت در مطالعه بود.

قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها، اطلاعاتی به معلمان در مورد آن و اهمیت انجام آن داده شد و معلمان بعد از کسب اجازه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. زمان پر کردن پرسشنامه‌ها ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که کلیه معلمان (شامل معلمان اصلی و سایرین) در این بررسی وارد شدند و جنسیت معلمان جزو متغیرهای مورد مطالعه نبود. در آخر نیز اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. اطلاعات پرسشنامه توسط خود گزارشگر که با استفاده از مطالعه‌ای مشابه^{۱۰} طراحی شده بود، جمع‌آوری شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای بود. به این ترتیب که در ابتدا شهر تهران به پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شده و از بین هریک از آن‌ها، یکی از مناطق آموزش و پرورش و از بین هریک از این مناطق نیز پنج مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. در پی آن پرسشنامه‌ها در مدارس منتخب توزیع شده و در اختیار معلمان قرار گرفت.

در مجموع، سه پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت و این پرسشنامه‌ها جهت پاسخ‌دهی در اختیار معلمان قرار گرفت:

(۱) پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک: شامل سن، جنس، میزان تحصیلات و سوابق کار آموزشی بود.
 (۲) ارزیابی دانش و نگرش در مورد اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی: این پرسشنامه در مجموع دارای ۴۶ آیتم است که ۳۳ آیتم آن دانش را می‌سنجد و ۱۳ آیتم دیگر مربوط به سنجش نگرش است. در قسمت دانش، پاسخ‌ها شامل "درست"، "غلط" و "نمی‌دانم" است و نمره‌گذاری به این ترتیب است که به پاسخ درست نمره یک و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد. بالاترین نمره در این قسمت ۳۳ است. پاسخ‌های قسمت نگرش از "کاملاً موافق" تا "کاملاً مخالف" است که بالاترین نمره در این قسمت ۳۹ و پایین‌ترین آن ۱۳ است. قسمت دانش این پرسشنامه دارای زیرمقیاس‌هایی در زمینه: ایجاد اختلال (۴ آیتم)، نشانه‌ها (۹ آیتم)، نقص تمرکز (۴ آیتم)، پرتحرکی (۳ آیتم)، تکانش‌گری (۲ آیتم)، شناسایی کودکان مبتلا (۳ آیتم)، توجه به اختلالات بالینی مشابه (۲ آیتم)، پیش‌آگهی (۶ آیتم) و درمان (۶ آیتم) است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های قبلی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸، مورد تأیید قرار گرفته است^{۱۰}.

(۳) ارزیابی دانش و نگرش معلمان در مورد اختلالات یادگیری: این پرسشنامه دارای سه قسمت دانش یک LD که دانش کلی نسبت به اختلالات یادگیری را می‌سنجد (۷ آیتم)، دانش دو LD که مربوط به نشانه‌شناسی انواع اختلالات یادگیری است (۱۹ آیتم) و نگرش LD (۸ آیتم) است. طیف پاسخ‌ها در قسمت دانش شامل "درست"، "غلط" و "نمی‌دانم" (نمره پاسخ درست = یک و پاسخ غلط = صفر) و بالاترین ۲۶ و در قسمت نگرش از "کاملاً موافق" تا "کاملاً مخالف" با بالاترین نمره ۲۴ و پایین‌ترین نمره ۸ است. این پرسشنامه پس از ترجمه به زبان فارسی به منظور تأیید روایی محتوایی آن در اختیار ۵ نفر از روان‌پزشکان اطفال که در این زمینه کارشناس و صاحب‌نظر (content experts) بودند قرار گرفت. سپس ۲۰ معلم عادی (lay experts) پرسشنامه را پر کردند و دو هفته بعد همین معلمان مجدداً پرسشنامه‌ها را پر کردند (آزمون باز آزمون)، که جهت تعیین پایایی و همسانی درونی (internal consistency)، ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد و ۰/۸۲ به دست آمد. به منظور سنجش پایایی (stability) پرسشنامه، ضریب همبستگی پیرسون محاسبه و ۰/۸ به دست آمد^{۱۰}.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۲ استفاده شد که در آن به منظور محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین، انحراف معیار و درصد آن‌ها از آمار توصیفی استفاده شد. آمارهای استنباطی هم به صورت ضریب همبستگی اسپیرمن، تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و t جفتی محاسبه شد. تجزیه و تحلیل به روش آزمون خی دو (Chi square) انجام شد. فرایند آزمون یا دسته‌بندی یک متغیر در طبقات، مورد محاسبه آماری خی دو قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک (n=۲۰۰)

درصد	تعداد	
۸۶/۸۰	۱۷۸	زن
۱۳/۲۴	۲۷	مرد
۳۸/۵۱	۷۹	مدربک تحصیلی

۶۰/۵۸	۱۲۴	کارشناسی	
۱/۱۲	۲	کارشناسی ارشد	
۳۰/۲۰	۶۲	زیر ۱۰ سال	سابقه تدریس
۶۹/۸۶	۱۴۳	بالای ۱۰ سال	
۸۰/۵۰	۱۶۵	دارد	فرزند
۱۹/۵۸	۴۰	ندارد	
۸۱/۱۲	۶۶۱	بله	سابقه داشتن دانش آموز
۱۲۷/۲	۲۵	خیر	مبتلا به LD
۸۱/۵۳	۶۶۱	بله	سابقه داشتن دانش آموز
۱۴/۱۶	۲۹	خیر	مبتلا به اختلال ADHD

بر اساس جدول ۱، فراوانی دو جنس در زن‌ها ۱۷۸ و در مردها ۲۷ نفر است. میانگین سنی معلمان ۴۳/۲۲ با انحراف معیار ۷/۸ و کمترین سن ۲۵ و بالاترین سن ۵۹ است. فراوانی مدرک تحصیلی در مقطع کارشناسی (۱۲۴ نفر) از همه بالاتر است. میانگین سابقه تدریس معلمان ۱۶/۳ با انحراف معیار ۱۰/۱ و کمترین سابقه تدریس ۱ سال و بیشترین آن ۳۳ است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، ۸۱٪ (۱۶۶ معلم) از معلمان سابقه تدریس به دانش‌آموزان بیش‌فعال را داشته‌اند و ۱۴/۱٪ (۲۹ معلم) نیز سابقه تدریس به این دانش‌آموزان را نداشته‌اند.

جدول ۲: ضریب همبستگی اسپیرمن بین سن، دانش و نگرش نسبت به ADHD و LD (n=۲۰۰)

متغیر سن	نگرش کلی ADHD	دانش LD ۱	دانش LD ۲	دانش کلی ADHD	نگرش کلی LD
ضریب همبستگی	۰/۰۶۶	۰/۰۱۹	-۰/۰۳۴	-۰/۰۴۸	-۰/۰۰۸
سطح معناداری	۰/۳۶۰	۰/۷۹۶	۰/۶۳۲	۰/۵۰۸	۰/۹۱۷
تعداد	۱۹۲	۱۸۹	۲۰۵	۱۹۱	۱۵۹

در جدول ۲، ضریب همبستگی بین متغیرهای دانش و نگرش در مورد اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی و سن معلمان نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دانش و نگرش معلمان درباره اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی و سن آن‌ها رابطه معناداری دیده نشد.

جدول ۳: ضریب همبستگی اسپیرمن بین مدرک تحصیلی و دانش و نگرش نسبت به ADHD و LD (n=۲۰۰)

متغیر مدرک	نگرش کلی ADHD	دانش LD ۱	دانش LD ۲	دانش کلی ADHD	نگرش کلی LD
ضریب همبستگی	۰/۱۳۶	۰/۱۱۱	۰/۰۲۵	۰/۱۳۹	-۰/۰۴۷
سطح معناداری	۰/۰۶۰	۰/۱۳۰	۰/۷۲۰	۰/۸۰	۰/۵۲۱
تعداد	۱۹۲	۱۸۹	۲۰۵	۱۵۹	۱۹۱

جدول ۳ ضرایب همبستگی بین مدرک تحصیلی معلمان و دانش و نگرش آن‌ها در مورد اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی را نشان می‌دهد که مقادیر به‌دست‌آمده در هیچ‌یک از حوزه‌های دانش و نگرش معنادار نبوده است.

جدول ۴: ضریب همبستگی اسپیرمن بین سابقه تدریس و دانش و نگرش نسبت به ADHD و LD (n=200)

متغیر	سابقه تدریس	نگرش کلی ADHD	دانش LD ۱	دانش LD ۲	دانش کلی ADHD	نگرش کلی LD
ضریب همبستگی		۰/۰۰۸	-۰/۱۰۵	-۰/۴۹	-۰/۰۴۶	۰/۰۵۴
سطح معناداری		۰/۹۱۲	۰/۱۵۰	۰/۴۹۰	۰/۵۶۶	۰/۴۵۷
تعداد		۱۹۲	۱۸۹	۲۰۵	۱۵۹	۱۹۱

در جدول ۴ ضرایب همبستگی بین سابقه تدریس با دانش و نگرش معلمان درباره اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی نشان داده شده که در هیچ‌کدام از آن‌ها رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد.

جدول ۵: میانگین، انحراف معیار دانش و نگرش کلی معلمان در مورد اختلالات ADHD و LD (n=200)

انحراف معیار	میانگین	پیشینه	دانش ADHD	نگرش ADHD	یک (دانش کلی)	دو (انواع، نشانه شناسی)	نگرش LD
۳/۹	۱۷/۲۸	۳۳					
۲/۸	۱۸/۵۱	۳۹					
۱/۳	۳/۱۳	۷					
۵/۵۵	۱۱/۹۷	۱۹					
۲/۱	۱۰/۷۱	۲۴					

جدول ۵ میانگین نمرات کسب‌شده را در دانش و نگرش کلی ADHD و LD نشان می‌دهد. بالاترین میانگین مربوط به نگرش و سپس دانش ADHD است.

جدول ۶: میانگین، انحراف معیار نمرات مربوط به زیرمقیاس‌های دانش معلمان نسبت به ADHD (n=200)

انحراف معیار	میانگین	پیشینه	دلایل ایجاد اختلال
۱/۰۳	۱/۶۳	۴	نقص تمرکز
۱	۳/۲۸	۴	نشانه‌ها
۰/۵۲	۲/۷۶	۳	بیش‌فعالی
۰/۵۴	۱/۶۸	۲	تکانش‌گری
۰/۸۵	۱/۴۶	۳	شناسایی کودکان مبتلا
۰/۷۷	۰/۷۴	۲	اختلالات با علائم مشابه
۱/۶۸	۳/۵۴	۶	بیش‌آگهی
۰/۹۹	۲/۸۲	۶	درمان

جدول ۶ میانگین و انحراف معیار نمرات معلمان را در هر یک از زیرمقیاس‌های دانش بیش‌فعالی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بالاترین میانگین دانش، مربوط به دانش در مورد پیش‌آگهی این اختلال و بعد از آن علائم یا نشانه‌های این اختلال است که شامل نشانه‌های نقص تمرکز، بیش‌فعالی و تکانش‌گری می‌شود.

بررسی دانش معلمان در زمینه ایجاد اختلال ADHD (برحسب نمرات تعلق‌گرفته از صفر= هیچ نمره تا ۴= حداکثر نمره، در قسمت دانش دلایل ایجاد اختلال) نشان می‌دهد که ۳/۳۶٪ (۶۶ نفر) از معلمان در این زمینه دو نمره به دست آورده‌اند که بیشترین فراوانی در این زمینه است. فقط ۳/۳٪ (۶ نفر) از معلمان نمره چهار را در این زمینه کسب کرده‌اند. ۴/۱۵٪ (۲۸ نفر) معلمان نیز در زمینه ایجاد اختلال ADHD دانشی نداشته‌اند. بالاترین درصد فراوانی مربوط به دانش درباره علائم ADHD است که ۸۰٪ (۱۵۹ نفر) در آن امتیاز چهار را کسب کرده‌اند.

بعد از آن دانش مربوط به علائم تکانش گری با ۷۲٪ (۱۴۲) نمره دو و دانش مربوط به علائم نقص توجه با ۵۷٪ (۱۱۴) نمره چهار، بالاترین فراوانی را داشته‌اند. از نظر آماری در دانش کلی ADHD و دانش یک (کلی) و دو (نشانه‌شناسی) LD، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده شد. همچنین بین دو جنس در دانش LD، تفاوت معناداری مشاهده شد و در دانش هر دو اختلال، میانگین نمرات در زن‌ها بیشتر بوده است.

بحث

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی یک اختلال روانی شایع و مزمن است که^[۲] شیوع آن در جمعیت سنین مدرسه ۳ تا ۷ درصد گزارش شده و در پسرها ۲ تا ۹ بار شایع‌تر است^[۱۸]. در مطالعات کشور ما نیز همان مقدار گزارش شده است^[۱]. یکی از مهم‌ترین حوزه‌های عملکردی که در این بیماران مختل می‌شود عملکرد تحصیلی آن‌ها است^[۱۲]. اختلالات یادگیری نیز از جمله اختلالات شایع رو به گسترش است^[۱۳] که میزان شیوع این اختلال در کودکان دبستانی از ۵ تا ۱۰ درصد تخمین زده شده است^[۱۳]. طبق یک فراتحلیل در مورد شیوع اختلالات یادگیری در ایران، به‌طور کلی نرخ شیوع این اختلال ۸ درصد بود که در واقع نشان می‌دهد اختلالات یادگیری در دانش‌آموزان ایرانی از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است^[۱۴]. با توجه به این که تشخیص LD در سال‌های قبل از ورود به مدرسه کار دشواری است، در بیشتر موارد شروع تشخیص LD در فاصله زمانی پیش‌دبستانی تا کلاس دوم مشخص می‌شود و شناخت نوع LD و ریشه‌یابی آن‌ها به‌ویژه در دوره دبستان و در درس‌های اصلی می‌تواند در رفع این اختلال مؤثر باشد. همچنین، اختلالات یادگیری این کودکان معمولاً با افزایش سن آن‌ها وخیم‌تر می‌شود، به‌طوری که مشکل این دانش‌آموزان که پیشتر به‌راحتی قابل تشخیص بود، صراحت و روشنی خود را از دست می‌دهد و به سایر زمینه‌های تحصیلی‌شان نیز سرایت می‌کند و یا همراه با اختلالات روانی ثانویه در کودک بروز می‌کند^[۷].

هدف از انجام این پژوهش، بررسی دانش و نگرش معلمان ابتدایی شهر تهران در مورد اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و ارتباط آن با ویژگی‌های معلمان بود. در نتایج حاصل از مطالعه حاضر، میانگین نمرات دانش معلمان زن در هر دو اختلالات ADHD و LD بالاتر بود. در مطالعه Jimoh (۲۰۱۴) نیز بین دانش معلمان زن تفاوت معناداری با دانش معلمان مرد یافت شد^[۱۵] و در برخی مطالعات هیچ رابطه‌ای دیده نشده است^[۱۶]. در مطالعات ایرانی که شامل کوشا، سلیمانی و مهرآبادی^[۱۷] در میان معلمان ابتدایی رشت در زمینه اختلال بیش‌فعالی است، نگرش و عملکرد معلمان زن بهتر گزارش شده بود اما در مطالعه غنی زاده^[۱۸]، نمرات نگرش مردان بهتر بود؛ با این حال، در هیچ کدام از مطالعات انجام شده در ایران مقایسه‌ای بین دانش این دو گروه از معلمان انجام نشده است. به نظر می‌رسد که نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه Jimoh همسو است و مطالعه‌ای وجود ندارد که نشان دهد دانش معلمان مرد در زمینه‌ی این دو اختلال بیشتر از دانش معلمان زن است. این اختلاف سطح دانش می‌تواند به این دلیل باشد که معلمان زن علاقه بیشتری به علت‌شناسی رفتارهای بیمارگونه و غیرعادی دانش‌آموزان داشته و معمولاً تمایل و همکاری بیشتری در جهت علت‌یابی و درمان اختلالات کودکان از خود نشان می‌دهند.

یافته‌ی دیگر مطالعه پیش رو حاکی از این بود که میزان سابقه‌ی تدریس بر دانش و نگرش معلمان تأثیر معناداری نداشت. این نتیجه با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی کوشا و همکاران در رشت^[۱۷] همخوان است. در خصوص این مسئله که آیا سوابق تدریس در میزان دانش معلمان مؤثر است یا خیر، نتایج ضدونقیضی وجود دارد. در مطالعه‌ای که بر روی معلمان دبستان‌های کانادا و آمریکا^[۱۹] انجام شده بود، یافته‌ها حاکی از آن بود که افزایش سابقه تدریس برافزایش دانش بیش‌فعالی در معلمان کانادایی اثر مستقیم داشت، در حالی که در مطالعات دیگر بر روی معلمان استرالیا چنین نبود^[۲۱]. شاید عوامل گوناگونی در این زمینه از جمله عوامل فرهنگی دخیل باشد که هنوز مطالعات مشخصی برای بررسی این موضوع صورت نگرفته است. علت این اختلاف با کشورهای غربی می‌تواند به علت نوع آموزش معلمان در دوره تحصیل در خصوص بیماری‌های روان‌پزشکی در دوران کودکی باشد. در بسیاری از کشورها، معلمان در دوره‌های ضمن خدمت با اختلالاتی نظیر ADHD و LD آشنا می‌شوند و در طی سال‌های تدریس، مهارت‌های کافی برای شناسایی این کودکان از بین دانش‌آموزان کلاس خود کسب می‌کنند؛ بنابراین کاملاً قابل پیش‌بینی است که در این کشورها با بالا رفتن سابقه تدریس، معلمان به‌طور معناداری دانش بیشتری درباره این اختلالات داشته باشند. در ایران نیز دوره‌های آموزش ضمن خدمت بسیاری برای معلمان دبستان برگزار می‌شود، اما این مسئله جای بررسی دارد که چرا این دوره‌ها منجر به افزایش دانش معلمان در طول سال‌های تدریس آن‌ها نشده است.

در خصوص رابطه بین سن و تحصیلات با دانش و نگرش این اختلالات رابطه معناداری مشاهده نشد. در مطالعات پیشین نیز رابطه معناداری بین سن معلمان و دانش ADHD دیده نشده است^[۲۱، ۱۵]. در مطالعه کوشا و همکاران^[۱۷]، بین نمره نگرش با تحصیلات معلمان رابطه مثبت به دست آمد، به این ترتیب که با بالا رفتن سطح تحصیلات، میانگین نمره نگرش آن‌ها نیز ارتقا می‌یافت. در مطالعه غنی زاده و همکاران^[۱۸] نیز رابطه بین سطح تحصیلات و دانش ADHD معنادار گزارش شده است. به‌طور کلی این مسئله تا حدودی قابل پیش‌بینی است که با بالا رفتن سطح تحصیلات، فرد نگرش مثبت‌تری نسبت به بیماری‌ها روان‌پزشکی پیدا کند و برخوردی متعادل‌تر از خود نشان دهد، با این وجود ما در یافته‌هایمان به این مورد دست نیافتیم.

در مطالعه Brook^[۱۰] ۱۵٪ از معلمان درمان دارویی را نمی‌شناختند و در مطالعه مشابه در بحرین، ۷۴٪ از معلمان از اینکه این اختلال با دارو قابل درمان است آگاهی نداشتند^[۲۲]. در مطالعه غنی زاده در شیراز نیز ۶۹٪ از معلمان با درمان دارویی آشنایی نداشتند و تنها ۳۷٪ از دارودرمانی مطلع بودند^[۱۸]. در مطالعه‌ی ما، کمتر از ۵۰٪ معتقد بودند که این اختلال خودبه‌خود بهبود می‌یابد و ۸۳٪ از درمان اختلال بیش‌فعالی با دارو مطلع بودند و ۸۱٪ معتقد بودند که دارو باعث افزایش تمرکز دانش‌آموزان بیش‌فعال می‌شود. از طرفی ۵۸٪ از معلمان اظهار داشتند که مشاوره فردی با کودک برای درمان اختلال ADHD کافی است. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده افزایش آگاهی معلمان در زمینه دارودرمانی این اختلال باشد. با اینکه همچنان نگرانی‌ها و دیدگاه‌های منفی نیز در این زمینه وجود دارد، چنانچه که در مطالعه مشابه تعداد قابل‌توجهی از معلمان دیدگاه منفی (مثلاً این که مصرف دارو با رشد آن‌ها تداخل می‌کند و یا برای مصرف دارو خیلی کوچک هستند، مصرف دارو ضروری نیست یا نباید مصرف شود و از این قبیل نظرات) نسبت به مصرف دارو داشتند^[۱۹]. به‌طور کلی از این روند تغییر می‌توان افزایش تدریجی آگاهی معلمان را در این زمینه استنباط کرد، که می‌تواند نشان‌دهنده این نکته باشد که آگاهی معلمان در مورد تبعات و پیامدهای این اختلال افزایش یافته است. علت این اختلاف با کشورهای غربی می‌تواند به علت نوع آموزش معلمان در دوره تحصیل در خصوص بیماری باشد اما اختلاف بین نتایج در مناطق مختلف کشورمان احتمالاً به دلیل تفاوت دیدگاه‌های فرهنگی یا شاید گذشت زمان در تحقیق پیش رو باشد.

در مطالعه ما، ۵۷٪ از معلمان اختلال ADHD را ناشی از تربیت نادرست والدین می‌دانستند. در مطالعات قبلی نیز بیش از ۸۰٪ از معلمان دبستان معتقد بودند که والدین در ابتلای فرزندانشان به این نوع اختلال مقصر هستند^[۲۳] و اغلب معلمان تربیت غلط والدین را در ابتلا به بیماری دخیل می‌دانستند و یا معتقد بودند این اختلال با اصلاح الگوهای تربیتی و آموزشی بیماری بهبود می‌یابد یا اینکه آشوب‌های رفتاری کودکان مبتلا عمدی و از روی سرکشی است^[۲۴، ۱۸]، بنابراین نتایج ما در این قسمت با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین همخوان بوده و حاکی از دانش و آگاهی کم در زمینه سبب‌شناسی این بیماری است که در بالاتر به اینکه در اکثر پژوهش‌ها دانش سبب‌شناسی ADHD نیز نسبت به دانش نشانه‌شناسی پایین‌تر بوده، اشاره شد.

در مطالعه‌ی پیش رو دانش در زمینه‌ی نشانه‌شناسی نامطلوب بود. در واقع، ۹٪ از معلمان هیچ دانشی درباره اختلال ریاضی نداشتند و تنها ۳۶٪ به تمام سؤالات پاسخ درست دادند. این وضعیت درباره اختلال خواندن و نوشتن نیز صادق بود و ۵٪ هیچ دانشی در این مورد نداشته و تنها ۴۵٪ به بیش از ۱۰ سؤال پاسخ درست داده بودند. با این وجود اوضاع درباره‌ی ماهیت و سبب‌شناسی این اختلال نیز چندان بهتر نبود، به‌طوری که ۷۶٪ از معلمان از تعریف LD مبنی بر اینکه در آن دانش‌آموز نسبت به هوش خود یادگیری کمتری در چند زمینه خواندن، نوشتن یا ریاضیات دارد، آگاهی داشتند اما بیشتر از نیمی از آن‌ها معتقد بودند که این دانش‌آموزان ظرفیت هوشی پایین‌تر از حد طبیعی دارند. نتایج مطالعه اخیر در کرمانشاه^[۲۵] نشان داد که دانش در حوزه‌ی سبب‌شناسی و ماهیت بیماری قابل‌قبول اما در حوزه‌ی تشخیص و نشانه‌شناسی آن بسیار ناکافی بود، بنابراین با اینکه در قسمت ماهیت LD دانش اندکی وجود دارد، دانش در زمینه نشانه‌شناسی و انواع آن پایین به نظر می‌آید و به نظر می‌رسد معلمان دانش کافی در زمینه ماهیت، ایجاد و نشانه‌های LD ندارند^[۲۶]. با این حال بین نمرات در اختلالات خواندن، نوشتن و ریاضی رابطه معناداری وجود داشت؛ یعنی معلمان که در خصوص اختلال خواندن و نوشتن اطلاعات بیشتری داشتند، در مورد اختلال ریاضی نیز دانش بیشتری داشتند که این امر قابل‌انتظار به نظر می‌رسید. در مطالعه حاضر، ۲۶٪ از معلمان معتقد بودند که این اختلال با افزایش سن بهبود می‌یابد و نشان‌دهنده آن است که معلمان درباره چگونگی برخورد و تدریس به این کودکان دچار نوعی سردرگمی بوده و از نیازهای ویژه آموزشی آن‌ها آگاه نیستند. با این حال از آمارها این طور استنباط می‌شود که اوضاع نسبت به مطالعات پیشین اندکی بهتر شده است^[۱۸].

مهم‌ترین نتیجه‌ی پژوهش پیش رو که آن را از پژوهش‌های دیگر متمایز می‌کند سنجش هم‌زمان دانش و نگرش در دو اختلال عمده در کودکان بود که از نرخ هم‌ابتلائی قابل‌توجهی نیز برخوردارند. نتایج نشان داد که بین دانش و نگرش این دو اختلال با یکدیگر رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد که لازم است این مهم در مطالعات بعدی نیز مورد توجه بیشتری قرار گیرد. به نظر می‌رسد، جای دارد که در آموزش و پرورش برای اطلاع‌رسانی در خصوص این اختلالات جهت شناسایی و اقدام به‌موقع و مناسب در جهت رشد مبتلایان از سال‌های اول مدرسه اقدامات لازم صورت گیرد. معلمان ممکن است قادر به شناسایی کودکان مبتلا به این دو اختلال باشند، ولی تصور غلط درباره علت شناسی و علایم همچنان باقی است. عدم وجود همبستگی بین دانش این دو اختلال و نگرش به این دو احتمالاً به این علت است که دانش به‌تنهایی منجر به تغییر نگرش و تغییر در شیوه‌ی برخورد با این دانش‌آموزان نمی‌شود و یا اینکه عوامل دیگری وجود دارند که نگرش و عملکرد معلمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر به بررسی عملکرد و مهارت معلمان و افزایش آن در ارتباط با کودکان مبتلا به اختلالات نقص توجه/بیش‌فعالی و یادگیری پرداخته نشده است. اخذ مجوزهای لازم از اداره کل آموزش و پرورش و مناطق مختلف آن که هر کدام باید جداگانه اقدام می‌شد، با دشواری و پیگیری‌های زیادی مواجه شد که از مشکلات این پژوهش بود. با توجه به ناکافی بودن این قبیل پژوهش‌ها در کشور در مقابل اهمیت آن، پژوهش‌های دیگری به‌خصوص در زمینه‌ی اختلالات یادگیری در مدارس و در شهرهای دیگر به‌صورت هم‌زمان و چندمرکزی باید اجرا شود؛ مطالعاتی که دانش و نگرش هم‌زمان اختلالات یادگیری و بیش‌فعالی (با توجه به هم‌ابتلائی این دو باهم) و رابطه آن‌ها باهم را بسنجد. لازم است از نتایج این مطالعه و مطالعات دیگری که انجام می‌شود در جهت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های آموزشی استفاده شود و همکاری لازم از سوی مسئولان آموزش و پرورش و مسئولان مربوطه، جهت وارد کردن مقوله‌های آموزشی معلمان، صورت گیرد.

سپاسگزاری و قدردانی

مقاله پیش رو بر اساس پایان‌نامه اخذ درجه دکترای تخصصی روان‌پزشکی خانم دکتر نینا سلامت بخش به راهنمایی خانم دکتر مژگان خادمی است. بدین وسیله از تمام معلمانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت‌های علمی و مالی تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Ghanizadeh A. Distribution of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder in schoolchildren of Shiraz, south of Iran. Arch Iran Med. 2008;11(6):618-24.[In Persian
2. Association AP. DSM 5: American Psychiatric Association; 2013
3. Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. Journal of adolescent health. 2007;41(1):93-8
4. Geary DC, Hamson CO, Hoard MK. Numerical and arithmetical cognition: a longitudinal study of process and concept deficits in children with learning disability. J Exp Child Psychol. 2000;77(3):236-63
5. Kavale KA, Forness SR. What definitions of learning disability say and don't say - A critical analysis. Journal of Learning Disabilities. 2000;33(3):239-56
6. Karande S, Mahajan V, Kulkarni M. Recollections of learning-disabled adolescents of their schooling experiences: A qualitative study. Indian journal of medical sciences. 2009 Sep 1;63(9):382.
7. Peters J. Transition Skills of First-Year College Students with Learning Disabilities. ProQuest LLC. 2011.
8. Semrud-Clikeman M, Biederman J, Sprich-Buckminster S, LEHMAN BK, Faraone SV, Norman D. Comorbidity between ADHD and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1992;31(3):439-48.
9. Kos JM, Richdale AL, Hay DA. Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature. International Journal of Disability, Development and Education. 2006;53(2):147-60.
10. Brook U, Watenberg N, Geva D. Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. Patient Education and Counseling. 2000;40(3):247-52.

11. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
12. Ghanizadeh A, Fallahi M, Akhondzadeh S. Disclosure of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Effect on Rejection of Students by Teachers. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2009;34(4). [In Persian].
13. Mogasale VV, Patil VD, Patil NM, Mogasale V. Prevalence of specific learning disabilities among primary school children in a South Indian city. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2012;79(3):342-7.
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 2004;184(1):70-3. [In Persian].
15. Jimoh M. Knowledge and Attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Primary School Teachers in Lagos State, Nigeria. *Advances in Life Science and Technology*. 2014;23:7-15.
16. Shetty G. Knowledge, attitude and practice of teachers regarding the children with behavioral problems 2012.
17. Koosha M, Soleymani R, Mehrabadi A. Knowledge, Attitude And Performance Of Primary School Teachers Dealing With Attention Deficit Hyperactivity Disorder.[In Persian].
18. Ghanizadeh A, Bahredar MJ, Moeini SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*. 2006;63(1):84-8.[In Persian
19. Blotnicky-Gallant P, Martin C, McGonnell M, Corkum P. Nova Scotia Teachers' ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices. *Canadian Journal of School Psychology*. 2014;0829573514542225
20. Bekle B. Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*. 2004;7(3):151-61
21. Kos J. What Do Primary School Teachers Know, Think And Do About ADHD? *Teaching and Learning and Leadership*. 2008:8
22. Alkahtani KD. Teachers' Knowledge and Misconceptions of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology*. 2013;4(12):963
23. Krause K, Nixon J, Beer J, Beer J. Attitude, anxiety, and social readjustment toward learning disabilities by student teachers. *Psychol Rep*. 1991;68(2):399-402
24. Rodrigo M, Perera D, Eranga V, Williams S, Kurupparachchi K. The knowledge and attitude of primary school teachers in Sri Lanka towards childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Ceylon Medical Journal*. 2011(56):51-4
25. Kakabaraee K, Arjmandnia AA, Afrooz GA. The study of awareness and capability of primary school teachers in identifying students with learning disability in the province of Kermanshah. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;46:2615-9.[In Persian
26. Canu WH, Mancil EB. An Examination of Teacher Trainees' Knowledge of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Mental Health*. 2012;4(2):105-14.