شناسایی علل سرگردانی والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی اعصاب

حسن فربد مفیدی طهرانی*[1]، حسن احدی[1]، فرهاد جمهری[2]، مهدی رهگذر[3]، نعمت الله بابایی[4]

۱) گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران
۲) گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران
۳) گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران
۴) گروه روان شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران،ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: سرگردانی مفهومی مشتق از پیروی است. این پژوهش با هدف شناسایی علل و انواع سرگردانی در درمان والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی اعصاب، انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع پژوهش های توصیفی-کاربردی می باشد. تعداد۳۵۰ نمونه از جامعه والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی سطح کرج، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه محقق ساخته علل و انواع سرگردانی استفاده شد. داده ها ابتدا با روش تحلیل عاملی و پس از آن برای ارتباط بین هر یک از عوامل و میزان سرگردانی به روش تحلیل لگاریتم خطی تحلیل شدند.

یافته های پژوهش: عللی چون کنترل، باور، تعامل درمانگر-مراجع و دسترسی به درمان سرگردانی از نوع درون تخصصی و عواملی چون باور، عوامل اجتماعی-شناختی و تعامل درمانگر-مراجع می تواند تاخیر در مراجعه را پیش بینی کند. در بررسی ها مشخص شد عاملی که بیشترین پیش بینی را می کند، عامل اجتماعی-شناختی و کمترین آن عامل تعهد می باشد.

بحث و نتیجه گیری: علل سرگردانی در نتیجه، ترکیبی از عوامل درون فردی و محیطی است که لزوم مشاوره های فردی والدین و هم زمان اطلاع رسانی به متصدیان بهداشت و درمان جهت راهنمایی درست خانواده های کودکان مبتلا به اختلال رشدی را تایید می کند.

واژه های کلیدی: اختلالات رشدی اعصاب، پیروی، علل سرگردانی

*نویسنده مسؤل: گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

Email: tavanbakhshi @mofidi.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

اختلالات رشدی اعصاب گروهی از شرایط دوران رشد تلقی می شوند که در سنین اولیه و قبل از ورود به دبستان ظهور می یابند و با نقایص رشدی که نتیجه آن بد کار کردی و نقایص شخصیتی، اجتماعی، تحصیلی یا عملکردی است مشخص می شوند(۱).

سرگردانی مفهومی مشتق از پیروی است و در این پژوهش منظور از آن مراجعه مکرر والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی به متخصصین متعدد، تخصص های متعدد برای تشخیص یا درمان و تاخیر آن ها در مراجعه جهت شروع فرآیند درمان و توانبخشی، پس از تشخیص اختلال، می باشد.

عدم تبعیت به این اشاره دارد که بیمار، برنامه توصیه شده را فراموش کند یا نادیده بگیرد یا درک صحیحی از آن نداشته باشد و در نتیجه درست به آن عمل نکند(۲). به اعتقاد پژوهشگران یا متخصصان حوزه سلامت علل متفاوتی برای این سرگردانی که ناشی از پیروی ضعیف می باشد می تواند مربوط به این عوامل باشد: ۱-عوامل مربوط به خود بیمار شامل خودکارآمد پنداری، سطح دانش، قصد و ...، ۲-عوامل مربوط به درمان شامل تعداد دفعات و مقدار استفاده از دارو و طول دوره درمان، ۳-عوامل اقتصادی و اجتماعی مانند انزوای اجتماعی و هزینه های درمان، ۴-عوامل مربوط به شرایط همراه مانند افسردگی و تعداد عوارض همراه بیماری، ۵-عوامل مرتبط با نظام و تیم مراقبتی و بهداشتی مانند کیفیت ارتباط و اعتماد بین بیمار و کارکنان مرکز سلامت و بهداشت(۳). هم چنین مشخص شده است ترکیبی از فاکتورهای مختلف مانند سن، شدت و سایر مشکلات همراه با بیماری در پیگیری درمان نقش دارد(۴). مطالعه ای دیگر نشان می دهد که عوامل دیگری که می توانند باعث سرگردانی بیمار شودند عبارتند از: ۱-عوامل مربوط به ارتباط بیمار/پزشک، ۲-عوامل مربوط به سیستم بهداشتی، ۳-عوامل مرتبط با مراقبان بهداشتی اولیه، ۴-عوامل مرتبط با متخصصان، هم چنین درک شدت مشکل بهداشتی، درک آسیب پذیری نسبت به یک بیماری، محرک ها، عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، نژاد، قومیت و عوامل روانی اجتماعی مانند طبقه اجتماعی خصوصیت روانی فرد و فشار اجتماعی و... بر درک خطر بیماری یا آسیب اثر می گذارند(۵). در پژوهشی در ارتباط بین باورهای افراد در مورد درمان، اطلاعات بهداشتی، و خودگزارشی پزشکی بررسی شد آنالیز متغیرهای مختلف چندین فاکتور مرتبط با گزارش دهی ضعیف را نشان داد، باورهای منفی درباره درمان، سن کم، احساس خود کنترلی پایین در زمینه درمان چربی خون، هم چنین اطلاعات بهداشتی با باورها و پیروی همبستگی نداشت(۶). عوامل شناختی مانند توجه، حافظه، برداشت و باورها نیز در شکل گیری رفتار بهداشتی نقش مهمی دارند. از دیگر عوامل عدم پیروی که مطرح شده است طبق نتایج ۳۷ درصد بیماران قادر نبودند نام دارو و ۲۵ درصد طول درمان را به خاطر آورند؛ و ۲۲ درصد بیماران، برنامه درمانی توصیه شده را فراموش کرده اند(۷). وقتی نشانگان بالقوه بیماری بروز کند، اقدام به درمان سریع، امری واجب خواهد بود. منظور از تاخیر درمانی، فاصله زمانی موجود میان نخستین توجه به نشانگان بیماری و زمانی است که شخص به استفاده از مراقبت های پزشکی اقدام می کند.

از دیگر عوامل می توان به برنامه های درمانی اشاره کرد که متناسب سازی و مصرف داروهای چندگانه با دوزها(مقادیر دارویی) و زمان بندی های متفاوت می تواند به مراتب مشکل تر از برنامه های ساده تر درمانی باشد(۸).

برخی پژوهشگران معتقداند وقتی فرد مبتلا به بیماری مزمن، کودک است، مسئله بغرنج تر می شود به این صورت که اولاً کودک نمی تواند اهمیت تشخیص و درمان را به طور کامل درک کند از این رو دچار سردرگمی و پریشانی می شود. دوم این که کودکان اغلب نمی توانند خود برنامه درمان را دنبال کنند و خانواده باید در فرآیند درمان مشارکت بیشتری داشته باشد. این وابستگی متقابل به تعامل پیچیده و مسئله سازی میان والدین و کودک منجر می شود و می تواند از پیروی توصیه های درمانی بکاهد(۹). رابطه بیمار و پزشک تا حدی تابع سازش بین توقعات بیمار و برآورده شدن آن به وسیله پزشک است تحقیقات نشان داده است که مردم در ارزشیابی های خود بیشترین نمره را به این می دهند که پزشک یا دندان پزشک رفتاری دوستانه داشته باشد. به عنوان یک انسان به آنان توجه کند، با احساس های او همدردی و به آن ها علاقه نشان دهد، احساس اطمینان و دلگرمی در آن ها پدید آورد و سیمای آرام و مسلط داشته باشد(۱۰). تحقیقات اخیر نشان داده است که احتمال پیروی از توصیه های پزشکی در افرادی که با پزشک خود رابطه مناسب دارند بیشتر است. از دیگر عوامل ذکر شده در این مورد عوامل اجتماعی می باشد. پیام هایی که از سوی دوستان، خانواده و متخصصان بهداشت دریافت می کنیم، توجه به مشکل و اقدام را تحت تاثیر قرار می دهد در بیماری های مزمن و مخرب مانند دیابت حمایت اجتماعی نقش مهمی در سازگاری روانی و پیروی از دستورات درمانی بازی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

می‌کند(۱۰). به نظر می رسد حمایت ابزاری یا ملموس و حمایت اطلاعاتی بتواند نقش موثری در پیروی از دستورات داشته باشند(۹). والدینی که دارای کودک مبتلا به ناتوانی های فراگیر رشدی می باشند، علاوه بر این که ماهیت والد بودن به خودی خود تکلیفی اضطراب زاست دچار سردرگمی و گیجی ناشی از چرایی داشتن و چگونگی برخورد با کودک مبتلا به ناتوانی های فراگیر رشدی می شوند(۱۱). تولد این چنین کودکانی یک عامل فشارزا برای اعضای خانواده و یک عامل نگران کننده برای سازگاری خانواده می باشد(۱۲).

در مجموع، با توجه به این که مطالعات به مسئله عدم پیروی از دستورات پزشکی(که در این پژوهش معادل واژه سرگردانی در نظر گرفته شده است) پرداخته اند و به ویژه در گروه کودکان دارای اختلالات رشدی که نیاز درمان ها و برنامه های توانبخشی طولانی مدت هستند، اما پژوهشی در زمینه سرگردانی والدین ایشان یافت نشد. با وجود شواهدی مبنی بر تاثیرات عدم پیروی از دستورات پزشکی و توانبخشی، بر جنبه های مختلف رشد جسمانی، روانی، شناختی و اجتماعی کودکان و این که تاثیر آن بر آینده کودک و خانواده، محققان در این پژوهش با در نظر گرفتن جنبه های فرهنگی کشور، با هدف شناسایی علل و انواع سرگردانی و بررسی رابطه بین این دو تصمیم به انجام این پژوهش گرفتند، تا شاید با شناسایی عوامل آن، بتوان راه هایی برای کمک به این والدین تدبیر نمود.

مواد و روش ها

طرح تحقیق این پژوهش از نوع توصیفی- کاربردی می باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشدی، که به مراکز درمانی و توانبخشی ها در سطح کرج مراجعه کرده اند، می باشد. تعداد نمونه های پژوهش حاضر ۳۵۰ خانواده دارای کودک مبتلا به اختلالات رشدی می باشد. بیشتر پرسش نامه ها توسط مادران و با راهنمایی و نظارت مستقیم پرسشگران تکمیل شده و در نهایت بعد از کنار گذاشتن پرسش نامه های ناقص، ۳۲۹ عدد وارد تحلیل شده است. روش نمونه گیری این پژوهش از نوع نمونه گیری در دسترس می باشد. جهت انجام این پژوهش ابتدا پرسش نامه علل سرگردانی والدین طراحی و اعتباریابی شد و بعد از هماهنگی های لازم با مدیران مراکز و کلینیک های سطح شهر، به اجرا درآمد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS vol.20 از شاخص های آمار توصیفی، برای شناسایی عوامل پرسش نامه محقق ساخته از روش تحلیل عاملی به روش تحلیل مولفه های اصلی و به منظور بررسی رابطه بین علل سرگردانی و انواع سرگردانی، از روش تحلیل لگاریتم خطی استفاده شده است.

پرسش نامه محقق ساخته شامل دو بخش است. بخش اول با سوالات موجود انواع سرگردانی مشخص می شود.

- اختلاف زمان تشخیص مشکل و زمان شروع درمان یا سرگردانی از نوع تأخیر
- مجموع مراجعات به انواع تخصص ها و درمان ها یا سرگردانی از نوع بین تخصصی(بین رشته های مختلف پزشکی و توانبخشی)
- مجموع تعداد مراجعات به متخصصین یا سرگردانی از نوع درون تخصصی(تعویض پزشک یا درمانگر در یک رشته)

در بخش دوم پرسش نامه ای با ۴۶ سوال و ۶ عامل(کنترل، عدم تعهد، باور، عامل اجتماعی- شناختی، تعامل درمانگر- مراجع، دسترسی به درمان) می باشد. هر سوال این پرسش نامه در یک مقیاس ۵ نمره ای از کاملاً مخالف(۱) تا کاملاً موافق(۵) نمره گذاری می گردد. نمره کل آزمودنی بین ۴۶ تا ۲۳۰ می باشد و برای به دست آوردن نمره هر عامل، سوالات مربوط به آن جمع می شود.

آلفای کرنباخ این آزمون برای عامل کنترل ۰/۸۱، عامل عدم تعهد ۰/۷۴، عامل باور ۰/۸۵، عامل اجتماعی-شناختی ۰/۸۴، عامل تعامل درمانگر- مراجع ۰/۸۳، عامل دسترسی به درمان ۰/۷۴ و آلفای کل برابر با ۰/۸۰ می باشد.

یافته های پژوهش

طبق اطلاعات جمعیت شناختی سن کودکان هدف در این پژوهش ۶/۵ سال، ۶۰/۱ درصد جنس مذکر و بیشتر فرزند اول خانواده بودند. هم چنین نتایج این بخش نشان داده است اکثریت والدین ازدواج غیر فامیلی داشته، فاقد سابقه ارثی بودند و خود را در طبقه متوسط اقتصادی می دانستند.

در بخش یافته های توصیفی مشخص شد مراجعه به متخصص مغز و اعصاب و متخصص اطفال بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند. اما از میان والدینی که به متخصصین مختلف مراجعه کرده اند در دو تخصص مغز و اعصاب و اطفال تعداد قابل ملاحظه ای بیش از ۳ تعویض متخصص دیده می شود، یعنی سرگردانی بیشتر در دو تخصص مغز و اعصاب و اطفال دیده می شود. هم چنین ۵۵/۶ درصد از والدین حداقل به دو یا سه درمانگر جهت درمان فرزند خود مراجعه کرده اند اما ۲۸/۹ درصد والدین در درمان بیش از ۳ درمانگر را با فرزند خود تجربه کرده اند. در مورد تفاوت بین زمان تشخیص و شروع درمان، ۲۲/۵

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

درصد از کل آزمودنی ها از همان موقع تشخیص، به سراغ درمان رفته اند در مجموع نسبت بیشتر گروه نمونه با تاخیر درمان خود را شروع کرده اند. طبق یافته های این جدول حداکثر تا ۶۴ مرتبه تعویض در درون تخصص ها و ۲۱ مرتبه مراجعه به تخصص های گوناگون دیده می شود. به طور میانگین در حدود ۱۳ مرتبه تعویض در درون تخصص ها و مراجعه به ۸ نوع تخصص، نشان داده شده است و در حدود ۱۵ ماه تاخیر در زمان تشخیص و شروع درمان دیده می‌شود (جدول شماره۱).

جدول شماره ۱. آمار توصیفی انواع سرگردانی.

انواع سرگردانی	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
درون تخصصی	.	٦٤	۱۳/۸۱	۹/۰٤
بین تخصصی(تعویض در تخصص)	.	۲۱	۸/۲۷	۳/۷۵
تاخیر	۰	۱۰٦	۱۵/۲۰	۱۹/۰۹

یشترین علت سرگردانی نمونه مورد بررسی علل اجتماعی-شناختی بود، به صورتی که علت غالب سرگردانی ۲۱/۵ درصد نمونه مورد بررسی را علل اجتماعی-شناختی تشکیل می دهد. در مراحل بعد، به ترتیب علت های باور، تعامل درمانگر- مراجع، کنترل، دسترسی به درمان قرار دارند. کمترین علت برای سرگردانی افراد مورد بررسی نیز عدم تعهد می باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور شناسایی علل و میزان سرگردانی والدین کودکان مبتلا به اختلال های رشدی اعصاب صورت گرفت. سرگردانی به عنوان حالتی که در آن فرد دریافت کننده تشخیص و یا دستورات پزشکی با هدف شنیدن تشخیص و یا درمانی متفاوت که امیدوار است یا مشکلی را به کلی حل کند که در کودکان دارای اختلال های رشدی امکان ناپذیر است و یا به سرعت آن را کم کند انجام می شود. طبق نتایج افرادی که دچار سرگردانی بین تخصص های مختلف تشخیصی و درمانی هستند بیشتر تحت تاثیر عوامل دسترسی به درمان، کنترل و تعامل درمانگر-مراجع هستند و چنان چه اشاره شد منظور از کنترل احساس کنترل فردی و تسلط بر تشخیص و درمان است و مسئله کنترل در پیروی بیماران از دستورات پزشکی نیز دیده می شود(۱۳)، از این رو این نتیجه تاحدودی با پژوهش های در این زمینه همسو می باشد. طبق نتایج پژوهش های دیگر بیماران چنان چه احساس کنند بر فرآیند درمان تسلط دارند بهتر از توصیه ها پیروی خواهند کرد(۱۶-۱۴). طبق نتایج دیگر پژوهش، عامل عدم تعهد کمترین تاثیر را بر سرگردانی بین تخصص های مختلف دارد چنان چه اشاره شد در این عامل والدین تمایلی به همکاری با درمانگران ندارند و در منزل به تمرین و تکرار تمرین ها نمی پردازند و این کار را خارج از وظایف خود می دانند. تمرین و تکرار آموزش ها همانند پیروی از دستورات دارویی و رژیم های غذایی فرض می شود. طبق پژوهش های اخیر ویژگی هایی از تکلیف هم چون راحتی اجرا، وقت گیر بودن، عدم همکاری کودک، سن کودک ممکن است چنین واکنشی را در پی داشته باشد(۱۷). در مطالعه ای جهت تعیین عوامل موثر بر موفقیت مداخلات درمانی را سن کودکان معرفی کرده اند به این معنی که والدین کودکان ۲/۵ تا ۶/۵ سال در اجرای دستورات درمانی نسبت به والدین کودکان ۶/۵ تا ۱۲/۵ سال موفقیت بیشتری کسب می کنند، پس احتمال شکست در پیروی، در والدین کودکان بزرگ تر بیشتر است(۱۸)، که این نتیجه با نتایج پژوهش های اشاره شده همسو نمی باشد.

نتیجه دیگر این پژوهش که با برخی از پژوهش های اشاره شده همسویی دارد این است که افرادی در طول فرآیند درمان به درمانگران متعددی مراجعه می کنند که بیشتر تحت تاثیر عامل باور هستند، گاه باور به تشخیص می تواند با مکانیسم دفاعی انکار رابطه داشته باشد که طبق پژوهش ها مکانیسم دفاعی انکار در والدین کودکان عقب مانده بیشتر دیده می شود(۱۹).

در این پژوهش به دست آمد والدینی که میان تشخیص و درمان فرزندان خود تاخیر می اندازند بیشتر تحت تاثیر عامل اجتماعی-شناختی هستند و این با پژوهش های اخیر همسویی دارد که می گویند حمایت اجتماعی عامل مهمی در سلامت است و معتقدند حمایت اجتماعی نقش مهمی در منابع برآورده کننده نیازهای هیجانی و سلامت دارد(۲۰،۸).

تعامل درمان‌گر- مراجع نیز از دیگر عوامل تاثیرگذار در سرگردانی والدین است که برخی پژوهش های اخیر این نتیجه را تا حدودی تایید می کند، رابطه پزشک- بیمار به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

عنوان یکی از عوامل موثر بر پیروی از درمان بیماران می باشد. مهارت های ارتباطی جزء جدایی ناپذیر فعالیت های بالینی پزشکان هستند(۲۱). هم چنین کیفیت ارتباط و اعتماد بین ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و بیمار با پیروی از درمان رابطه داشته و بر میزان آن می افزاید(۲۲).

نتایج حاصل از پژوهش یعنی اثرگذاری عللی چون کنترل، عدم تعهد، باور، عوامل اجتماعی- شناختی، تعامل درمانگر- مراجع و دسترسی به درمان با سرگردانی والدین در میان متخصصین رشته های مختلف پزشکی و یا تعویض متعدد درمانگران در یک رشته و تاخیر در مراجعه جهت شروع درمان با نتایج پژوهشی همسو می باشد که در آن مشخص شده تعداد مراجعات بیمار در هفته به مراکز درمانی، زمان بندی دفعات پیگیری، تناسب تمرین ها با نیازهای بیماران، تعداد آزمایش های خواسته شده، شدت بیماری، تخصص پزشک و تنش های مربوط به سلامت را در پیروی موثر می دانند، تصویب شد(۲۳). نتیجه پژوهش دیگر بدین صورت است که این عوامل را شامل بی پولی، حمایت اجتماعی، نگرش منفی به درمانگر، درمان و کیفیت درمان می داند(۲۴). لارم به ذکر است این پژوهش با حمایت مالی و نظارت موسسه روان پژوهان مفید انجام گرفته است.

References

1.Richardson JR, Taylor MM, Shalat SL, Guillot TS, Caudle WM, Hossain MM. Developmental pesticide exposure reproduces features of attention deficit hyperactivity disorder. FASEB J2015;29:1960-72.

2.De Geest S, Sabate E. Adherence to long term therapies: evidence for action.Eur J Cardiovasc Nurs 2003;2:323.

3.Clark RE, Weir S, Ouellette RA, Zhang J, Baxter JD. Beyond health plans: behavioral health disorders and quality of diabetes and asthma care for Medicaid beneficiaries. Med Care 2009 May;47:545-52.

4.Perez DE, Agreda A, Bordeje MF, Jarauta DJ. Factors related to inappropriate referral between primary and specialized care: qualitative study among primary care physicians.Gac Sanit2000;14:122-30.

5.Iihara N, Nishio T, Okura M, Anzai H, Kagawa M, Houchi H, et al. Comparing patient dissatisfaction and rational judgment in intentional medication non-adherence versus unintentional non-adherence. J Clin Pharm Ther 2014;39:45-52.

6.Turrise S. Illness rsepresentations treatment beliefs medication adherence and 30 day hospital readmission in adults with chronic heart failure: a prospective correlational study. J Cardiovasc Nurs2015;13.

7.Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. Patient Educ Couns 2015;98:220-5.

8.Ens TA, Seneviratne CC, Jones C, Kingshier KM. Factors influencing medication adherence in South Asian people with cardiac disorders: an ethnographic study. Int J Nurs Stud2014;51:1472-81.

9.Kucukarslan S, Lai S, Dong Y, Albassam N, Kim K. Physician beliefs and attitudes toward collaboration community pharmacists. Res Social Adm Pharm2011;7:224-32.

10.Reinares M, Delmar C, Hidalgo D, Undurraga J, Mur M, Nieto E, et al. Making sense of DSM-5 mania with depressive features. Aust J Psychiatry 2015;16:71-8.

11.Sharma N, Mishra R, Mishra D. The fifth edition of diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): what is new for the pediatrician? India Pediatr 2015;52:141-3.

12.Berzonsky M. Identity style, parental authority, and identity commitment. J Youth Adolescence2004;33:213-220.

13.Mattingly G, Culpepper L, Babcock T. Aiming for remission in adults with attention deficit/hyperactivity disorder The primary care goal. Postgrad Med 2015;127:323-9.

14.Dimatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, Mcglynn

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

EA, et al. Physicians characteristics influence patients adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. Health Psychol1993;12:93-102.
15.Widjanarko B, Gompelman M, Dijkers M, et al. Factors that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java, Indonesia. Patient Prefere Adherence2009;3:231-8.
16.Porteousa T, Francisb J, Bonda C. Temporal stability of beliefs about medicines: Implications for optimizing adherence. Patient Educ Couns2000; 79:225-30.
17.Horne R, Weinman J. Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res1999;47:555-67.
18.Horne R. Compliance adherence and concordance: one to be taken daily reflections on non adherence. J Soc Adm Pharm1993;10:150-6.
19.Pereira VL, Arruda JM, Barroso MA, Lobato F, Ribeiro NZ, Zandonadil RC. Analyzing the outcomes of health promotion practices. Promot Educ2007;1:21-6.
20.Dolgoff R, Baldwin A, Johnson MS, Edling N, Sethi GK. Effect of laughter yoga on mood and heart rate variability in patients awaiting organ transplantation: a pilot study. Altern Ther Health Med2012;18:61-6.
21.Reyno SM. Mcgrath PJ. Pedictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems a meta analytic review. J Child Psychol Psychiatr2006;47:99–111.
22.Halim H, Rasyid A, Ahmad Z. Evaluation of four years hospital implementation of DOTS strategy. Acta Med Indones2006;38:130–4.
23.Patterson GR, Debaryshe BD. A developmental perspective on antisocial behavior. Am Psychol1989;44:329-35.
24. Belsky J. The determinants of parenting a process model. Child Dev 1984;55:83-96.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

Identifying the Confusion Causes of Parents Who Have Children with Developmental Disorders

Mofidi Tehrani H[1], Ahadi H[2], Jamhari F[2], Rahgozar M[3], Babaee N[4]*

(Received: February 3, 2014 Accepted: June17, 2014)

Abstract

Introduction: Confusion is a concept derived from following. This study aimed to identify the causes and types of confusion in the treatment of parents who have children with developmental disorders.

Materials & Methods: The questionnaire was designed to investigate the causes of confusion and was completed by 350 parents of children who were purposefully selected. The obtained data were analyzed by factor analysis method, and then the relationship between each of factors and the amount of confusion were analyzed using log-linear analysis method.

Findings: Results indicated that factors such as control, beliefs, interaction of therapist client and access to confusion treatment in the type of inter-special, and factors such as beliefs, socio-cognitive factors and interaction of therapist - client can predict the delay in referring to therapist. The investigations showed that the most common cause of confusion was social–cognitive factor, and the least common was commitment factor.

Discussion & Conclusion: Causes of confusion are the result of a combination of intrapersonal and environmental factors which confirm the necessity of individual counseling as well as informing parents and health officials to help families of children with developmental disorders.

Keywords: Developmental disorders, Compliance, Causes confusion.

1.Dept of Psychology, Karaj Branch Islamic Azad University, Karaj, Iran
2.Dept of Psychology, Allameh Tabatabai University Tehran, Tehran,Iran
3.Dept of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Tehran, Tehran,Iran
4. Dept of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Tehran, Tehran,Iran
** Correspondin author Email: Moslem.muh@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]