

مقاله اصلی

ارزیابی کفایت اجتماعی در کودکان پیش دبستانی ۳-۷ سال مبتلا به اختلال صرع در مقایسه با گروه شاهد

مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۲۰

خلاصه

مقدمه

صرع یک اختلال مزمن عصبی است که بر توانایی‌های شناختی و رفتاری کودکان اثرگذار است، همچنین عوامل وابسته به صرع ممکن است در کسب کفایت اجتماعی در کودکان، تداخل نماید. هدف مطالعه حاضر، ارزیابی مشکلات رفتاری و شناختی و کفایت اجتماعی در کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم است.

روش کار

در این مطالعه توصیفی، ۳۰ کودک ۳ تا ۷ ساله مبتلا به صرع مراجعه کننده به درمانگاه مغز و اعصاب اطفال بیمارستان قائم طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۰ و ۳۰ کودک سالم با خصوصیات جمعیت شناختی مشابه انتخاب شدند. کفایت اجتماعی، توانایی‌های شناختی و خصوصیات رفتاری کودک و اطلاعات جمعیت شناختی با پرسش‌نامه‌های مخصوص ارزیابی گردیدند. از آزمون تی مستقل برای مقایسه‌ی میانگین نمرات بین دو گروه استفاده شد.

نتایج

طبق نمره گذاری آزمون توانایی‌ها و مشکلات و آزمون کانرز، مشکلات رفتاری و شناختی کودکان مبتلا به صرع در زیر گروه‌های علائم هیجانی، مشکلات سلوک، بیش فعالی - عدم توجه، معیار کلی مشکلات و نیز در زیر گروه بیش فعالی - تکانشگری، به طور معنی داری ($p < 0.05$) بیشتر از گروه شاهد بود. بر اساس معیار بلوغ اجتماعی و اینلند، کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم، نمرات کمتری کسب نمودند که البته این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$).

نتیجه گیری

این مطالعه همسو با اکثر مطالعات قبلی نشان می‌دهد که کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با گروه شاهد، مشکلات رفتاری بیشتری دارند و در خطر بالاتری برای عدم کسب بلوغ اجتماعی مطلوب می‌باشند. بنابراین انجام مداخلات آموزشی و روانشناختی برای حمایت از رشد و تکامل مطلوب روانی-اجتماعی این کودکان، ضروری است.

کلمات کلیدی: صرع، کفایت، کودکان پیش دبستانی، مشکلات رفتاری

^۱ عاطفه سلطانی فر

^۲ فاطمه محرری*

^۳ فرح اشرف زاده

^۴ فاطمه یاوروی

۱-۲، استاد یار روانپزشکی کودکان و نوجوانان، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استاد مغز و اعصاب اطفال، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- دانشجوی دوره دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* مشهد - بیمارستان ابن سینا، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، مشهد، ایران

تلفن: ۷۱۱۲۷۲۱-۵۱۱-۹۸+

email:mohararifi@mums.ac.ir

مقدمه

صرع بیماری مزمنی است که بر عملکرد و رفتار کودک تأثیر بسزایی دارد. مقالات زیادی در ارتباط با مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع وجود دارد. کودکان دچار صرع در خطر بالای بروز مشکلات رفتاری تکاملی می باشند (۲،۱). نتایج مطالعات، سطوح افزایش یافته ای از مشکلات رفتاری و سایکوپاتولوژی در کودکان دچار صرع در مقایسه با کودکان سالم نشان را می دهد (۴،۳). و بروز مشکلات روانپزشکی در کودکان صرعی در عمده مطالعات از ۱۶-۶۰٪ متفاوت است (۵-۷). مشکلات رفتاری کودکان صرعی شامل مشکلات درونی شده (اضطراب و افسردگی) و مشکلات بیرونی شده (پرخاشگری و رفتارهای مخرب) می باشد و این مشکلات به کفایت اجتماعی کودکان لطمه می زند (۶، ۸-۱۰). اثرات صرع بر کفایت اجتماعی و سلامت روان، بیشتر به صورت غیر مستقیم است. مطالعات متعدد نشان داده که کودکان مبتلا به صرع، مهارت‌های اجتماعی کمتری متناسب با سن خود دارند، درحالی‌که مشکلات رفتاری و توجهی بیشتری نسبت به کودکان سالم دارند. این احتمال وجود دارد که فقدان مهارت‌های اجتماعی و وجود مشکلات توجه، کودکان را مستعد اختلالات رفتاری نموده و نیز عوامل مرتبط با صرع در دست یابی مطلوب کودکان به کفایت اجتماعی اختلال ایجاد نماید (۱۱).

کودکان صرعی نسبت به کودکان سالم در مورد اختلالات رفتاری و شناختی بیشتر در معرض خطرند، در این کودکان نوسانات خلقی، کاهش توجه، تحریک پذیری، پر تحرکی و مشکلات در ریاضیات با میزان بیشتر و کفایت اجتماعی ضعیف تر نسبت به کودکان طبیعی همسن دیده شده است (۱۲).

فانگ^۱ (۲۰۰۷) در مطالعه ای مشکلات رفتاری^۲ را در ۵۶ کودک مبتلا به صرع با گروه کنترل مقایسه کرد. آشفستگی های رفتاری در ۴۲٪ کودکان مبتلا به صرع و در ۸٪ کودکان گروه کنترل دیده شد. و چنین نتیجه گرفته شد که مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع شایسته ی توجه خاص می باشد (۱۳).

راتر^۳ (۱۹۷۰) نشان داد که بچه های مبتلا به صرع نسبت به کودکان مبتلا به سایر بیماری های مزمن که سیستم عصبی را درگیر نمی کنند با ریسک دو برابری دچار اختلالات رفتاری اند (۱۴). در مطالعه ماتسون^۴ (۱۹۹۱) و ویلیامز^۵ (۲۰۰۳) مشخص شد که کودکان صرعی نسبت به همسالان طبیعی خود در خطر بیشتری از نظر ابتلا به اضطراب خفیف و متوسط هستند (۱۶،۱۵). آیهان بیلجی^۶ (۲۰۰۶) نشان داد که نامشخص بودن زمان بروز حملات صرع، طبیعت مزمن بیماری و نشان دار شدن توسط جامعه به علت بیماری صرع و طرد شدن باعث افزایش سطح اضطراب و افسردگی در کودکان مبتلا و خانواده ی این کودکان می گردد (۱۷).

ماتیوس^۷ (۱۹۸۴) نگرش منفی کودکان به ابتلای به صرع و عدم رضایت آنان، روابط خانوادگی پر استرس و در کنترل نبودن حمله ی صرع را عوامل اصلی در پیشرفت افسردگی در این کودکان ذکر کرد (۱۸). در مطالعه ای در سال ۲۰۰۵، ۱۷۱ کودک مبتلا به صرع ۵-۱۶ ساله با ۹۳ کودک سالم مقایسه شدند. ۳۳٪ از کودکان بیمار و ۶٪ از کودکان گروه کنترل مبتلا به اضطراب و افسردگی بودند. اضطراب بیشتر در صرع ابسانس و افسردگی بیشتر در صرع پارشیل کمپلکس دیده شد (۱۹).

درمطالعه ای که در سال ۱۹۸۴ انجام شد، نشان داده شد که کودکان صرعی اختلالات رفتاری بیشتری نسبت به کودکان مبتلا به آسم، دیابت، روماتیسم و سایر بیماری های مزمن دارند. ۴۸٪ کودکان مبتلا به صرع و ۱۷٪ بچه های دیابتی اختلالات رفتاری را نشان دادند (۲۰).

همچنین درمطالعات متعدد انجام شده ارتباط بین صرع با اوتیسم، تفکر غیرمنطقی، اختلالات خواب، نقص توجه، بیش فعالی، تحریک پذیری و اختلال سلوک گزارش شده است (۲۱-۲۹). میشل^۸ (۱۹۹۴) تعدادی از کودکان صرعی را ۱۸-۳۰ ماه مورد ارزیابی قرار داد و نتیجه گرفت که بین شدت صرع و اختلالات

³ Rutter⁴ Matson⁵ williams⁶ Bilgi⁷ Matthews⁸ Mitchel¹Fang²Behavioral problems

پزشکی عمده، داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه جزو معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مبتلا به اختلال صرع بوده و در گروه شاهد نیز همین معیارها با لحاظ نمودن عدم ابتلا کودک به اختلال صرع و هر گونه اختلال نورولوژی و تاخیر تکاملی و یا عقب ماندگی ذهنی در نظر گرفته شد. در این پژوهش نمونه گیری به روش غیراحتمالی در دسترس انجام شده و حجم نمونه بر اساس فرمول زیر با توجه به مقاله رانتانن و همکاران در سال ۲۰۰۹ زیر نظر متخصص آمار تعیین گردید:

$$N = \frac{(z_1 - \frac{a}{2} + z_{1-B})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(m_1 - m_2)^2}$$

در این فرمول $z_1 - \frac{a}{2}$ را که ضریب اطمینان مطالعه می باشد با صحت ۹۵٪ معادل ۱/۹۶ و z_{1-B} یا همان توان مطالعه را با صحت ۰/۸ معادل ۰/۸۴ در نظر گرفته شد. بر اساس مطالعات قبلی انجام شده m_1 همان نمره تست وایلند توسط گروه مبتلا به صرع می باشد که برابر $1/82 \pm 6/27$ محاسبه گردیده است و m_2 نمره تست وایلند توسط گروه شاهد است که برابر $0/32 \pm 5/51$ در نظر گرفته شده. با جایگذاری مقادیر مربوط به این پارامترها در فرمول، حجم نمونه براساس سایر مطالعات مشابه، $N \sim 30$ برآورد شده است.

جهت جمع آوری اطلاعات مربوط به مادران کودکان مبتلا به صرع با چندین جلسه مراجعه به مطب فوق تخصصی اعصاب اطفال مادران ۳۰ کودک مبتلا به صرع که بیماری آنان توسط پزشک مربوطه مسجل شده بود و معیارهای ورود به مطالعه و رضایت برای شرکت در طرح را داشتند انتخاب شده و پرسشنامه‌های معیار بلوغ اجتماعی وایلند، کانرز والدین، توانایی-ها و مشکلات (SDQ) و دموگرافیک و رضایت نامه شرکت در طرح در اختیار آنان قرار گرفت. اکثریت مادران پرسشنامه‌ها را در همان جلسه پر کرده و ابهامات موجود در سوالات برای آنان توضیح داده شده و نقایص موجود در پر کردن پرسشنامه‌ها همان جا اصلاح می شد. تعداد کمتری از مادران نیز پرسشنامه‌ها را به منزل برده و در هفته آینده به مطب تحویل می دادند که پس از بررسی پرسشنامه‌ها نقایص موجود در پر کردن پرسشنامه‌ها از

رفتاری در کودک ارتباط مستقیم وجود دارد (۳۰). آستین^۱ (۲۰۰۲) ۲۱۲ کودک مبتلا به صرع را به مدت ۲۴ ماه تحت نظر گرفت و مشاهده کرد در کودکانی که در این مدت مجدداً دچار حمله ی صرع نشدند اختلالات رفتاری رو به بهبود بوده است ولی در کودکانی که عود حمله ی صرع داشتند اختلالات رفتاری بدون تغییر مانده است (۳۱).

تسه^۲ (۲۰۰۷) مهارتهای اجتماعی را در ۱۰۱ کودک مبتلا به صرع با خواهر یا برادر کودک مبتلا مقایسه کرد. کودکان مبتلا به صرع مهارتهای اجتماعی ضعیف تر و اعتماد به نفس و قاطعیت کمتری نسبت به خواهر یا برادر سالم خود نشان دادند (۳۲).

رانتانن^۳ در مطالعه ای در سال ۲۰۰۹ نشان داد که بچه های مبتلا به صرع، به خصوص صرع کمپلیکته مهارتهای اجتماعی متناسب با سن پایین تر و مشکلات رفتاری و توجهی بیشتری دارند که کمبود مهارتهای اجتماعی متناسب با سن و وجود مشکلات توجهی، فرد را در معرض خطر مشکلات رفتاری قرار می دهد و همچنین فاکتورهای مرتبط با صرع کودک رسیدن به کفایت اجتماعی را در کودک مبتلا به صرع دچار آسیب می کند (۳۳). هدف مطالعه حاضر ارزیابی کفایت اجتماعی و مشکلات شناختی و رفتاری در کودکان پیش دبستانی ۳-۷ سال مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم است.

روش کار

در این مطالعه که به صورت توصیفی-تحلیلی انجام شد، کودکان مبتلا به صرع مراجعه کننده به مطب فوق تخصصی اعصاب اطفال در مشهد در طی سالهای ۸۸-۹۰ در کنار کودکان بدون سابقه ابتلا به صرع تحت بررسی و مقایسه قرار گرفتند.

سن ۳-۷ سال، ابتلا به اختلال صرع در کودک براساس تشخیص فوق تخصص اعصاب اطفال، عدم ابتلا به اختلال نورولوژی و تاخیر تکاملی و یا عقب ماندگی ذهنی در کودک، عدم ابتلا به اختلال طبی شدید در کودک، ضریب هوش < 75 ، عدم ابتلای مادر به بیماری جسمانی مزمن و پیشرونده و یا اختلال روان

¹Austin

²Tse E

³Rantanen K

دو گروه مبتلا به صرع و و شاهد بررسی شده است. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر از لحاظ متغیرهای ذکر شده در بالا دو گروه مبتلا به صرع و شاهد همگن هستند و از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). در گروه نمونه ی پژوهش از مجموع ۶۰ نفر ۳۰ نفر در گروه مبتلا به صرع و ۳۰ نفر در گروه شاهد (بدون اختلال صرع) قرار گرفتند. در گروه کودکان مبتلا به صرع پسرها ۱۴ نفر (۴۶٪) و دخترها ۱۶ نفر (۵۳٪) را تشکیل دادند که دقیقاً مشابه با توزیع جنسیتی جمعیت در گروه شاهد می باشد.

میانگین سن کودک در گروه مبتلا به صرع ۵/۱۷ و در گروه شاهد ۵/۱ بوده است و میانگین سن مادران در دو گروه مصروع و سالم به ترتیب (۳۱/۷ و ۳۴/۴) بوده است. براساس جدول ۱ تفاوت در نمرات دو گروه در مؤلفه های نمره کل، علائم هیجانی، مشکلات سلوک، بیش فعالی و معیار کلی مشکلات از لحاظ آماری معنادار بوده است ($p < 0.05$) اما در زیر مقیاسهای مشکلات با همسالان، رفتار مطلوب اجتماعی و $impact scores$ در کودکان مورد مطالعه، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. بر اساس داده های موجود در جدول ۲ کودکان مبتلا به صرع این مطالعه، در زیرمقیاس های: اختلالات سلوک، اختلالات یادگیری، اختلال بیش فعالی-کم توجهی و اختلالات تکانشی و نیز ایندکس بیش فعالی، نمرات بیشتری نسبت به گروه سالم کسب کرده اند و این اختلالات معنی دار بوده است و در زیر مقیاسهای اختلالات روانی-تبی و اختلالات اضطرابی، نمرات کسب شده بین گروه بیمار و شاهد، تقریباً یکسان بوده و ۲ گروه تفاوت معنی دار نداشته اند.

طریق تماس تلفنی برطرف می شد. جهت جمع آوری اطلاعات مادران مربوط به گروه شاهد به مهد کودک ها مراجعه شد و پرسشنامه های ذکر شده در بالا در اختیار ۳۰ مادر دارای کودک سالم که شرایط ورود به مطالعه و رضایت شرکت در طرح را داشتند قرار داده شد و با مراجعه به مهد کودک ها یک هفته بعد پرسشنامه های پر شده تحویل گرفته شد. نقایص موجود در پرسشنامه های پر شده از طریق تماس تلفنی برطرف شد.

در این مطالعه، از معیار بلوغ اجتماعی وایلد استفاده گردید که تستی است که کفایت اجتماعی، مهارتهای خود یاری و رفتارهای انطباقی متناسب با سن را اندازه گیری می نماید. اختلالات رفتاری با تست کانرز ارزیابی گردید این تست: اختلالات شناختی، لجبازی، کم توجهی، پرفعالیتی و اضطراب، خجالتی بودن، کمال گرایی و اختلالات اجتماعی و روان تنی را می سنجد و در نهایت، اختلالات سایکوپاتولوژی کودک توسط پرسشنامه توانایی ها و مشکلات (SDQ) ارزیابی گردید. همچنین یک پرسشنامه دموگرافیک نیز توسط مادران تکمیل شد. در این پژوهش ابتدا به تحلیل توصیفی داده ها با استفاده از شاخص های آمار توصیفی از جمله فراوانی، درصد، میانگین پرداخته شده و سپس به منظور آزمون فرضیه های پژوهش از آزمون تی مستقل استفاده شده است. تحلیل یافته ها و بررسی فرضیه های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گردید.

نتایج

در این قسمت ویژگی های نمونه با توجه به متغیرهای جنسیت کودک، سطح تحصیلات پدر و مادر، سن کودک و سن مادر در

جدول ۱- نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه اختلالات رفتاری کودکان بین دو گروه مبتلا به صرع و بدون صرع بر اساس تست

تواناییها و مشکلات

سطح معناداری	T	گروه بدون اختلال صرع	گروه مبتلا به صرع	میانگین نمرات مولفه ها
۰/۰۰۱	۳/۵۳۵	۱۶/۲۷ ± ۵/۴۵۸	۲۱/۱۳ ± ۵/۲۰۴	نمره کل شاخص توانایی ها و مشکلات
۰/۰۰۶	۲/۸۴۶	۱/۵ ± ۱/۷۵۷	۲/۸۳ ± ۱/۵۹۶	علائم هیجانی
۰/۰۰۴	۲/۹۶۷	۲/۲۳ ± ۱/۸۸۸	۳/۶ ± ۱/۶۷۳	مشکلات سلوک
۰/۰۰۲	۳/۲۵۳	۳/۵۳ ± ۲/۴۴۶	۵/۶۷ ± ۲/۶۳۱	بیش فعالی
۰/۱۲۲	۱/۵۶۹	۲/۴ ± ۱/۳۸	۳/۰۷ ± ۱/۸۷۴	مشکلات با همسالان
۰/۶۰۱	-۰/۵۲۶	۶/۶ ± ۱/۹۹۳	۶/۳۳ ± ۱/۹۳۶	رفتار مطلوب اجتماعی
۰/۰۰۰	۴/۴۱۷	۹/۳۷ ± ۵/۱۱۶	۱۵/۰۷ ± ۴/۸۷	معیار کلی مشکلات
۰/۱۳۳	۱/۵۲۳	۰/۲ ± ۰/۶۶۴	۰/۶ ± ۱/۲۷۶	Impact scores

جدول ۲- نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه اختلالات رفتاری و شناختی کودکان بین دو گروه مبتلا به صرع و بدون صرع بر اساس تست کانرز-والدین

سطح معناداری	T	گروه بدون اختلال صرع	گروه مبتلا به صرع	میانگین نمرات مولفه ها
۰/۰۲	۲/۳۵	۱۲/۴۶±۲/۵۴	۱۴/۷۳±۴/۶۲	مشکلات سلوک
۰/۱۶	۱/۳۹	۶/۱۳±۱/۸۸	۷/۰۰±۲/۸۴	مشکلات یادگیری
۰/۸۱	۰/۲۳	۵/۰۰±۱/۳۳	۵/۱۰±۱/۸۶	مشکلات روان تنی
۰/۰۰۵	۲/۸۹	۷/۶۳±۲/۳۵	۹/۵۳±۲/۷۱	معیار بیش فعالی و تکانشگری
۱/۰۰	۰/۰۰	۶/۸۶±۲/۲۸	۶/۸۶±۲/۰۱	اضطراب
۰/۰۱۵	۲/۵۰	۱۶/۴۳±۴/۱۰	۱۹/۶۳±۵/۶۵	شاخص پر فعالیتی

جدول ۳- نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه کفایت و بلوغ اجتماعی کودکان بین دو گروه مبتلا به صرع و بدون صرع بر اساس تست واینلند

سطح معناداری	T	گروه بدون اختلال صرع	گروه مبتلا به صرع	میانگین نمرات مولفه ها
۰/۷۹۷	-۰/۲۵۹	۱۵۲/۶۰±۳۳/۵۰	۱۵۰/۲۳±۳۷/۱۶	بهره اجتماعی
۰/۹۱۸	-۰/۱۰۳	۷/۶۱±۱/۹۰	۷/۵۶±۱/۸۶	سن اجتماعی
۰/۹۲۶	-۰/۰۹۴	۷/۴۸±۷/۱۹	۶/۷۳±۷/۹۵	نمره واینلند

آماري معنادار بوده است ($P < 0/05$). این امر نشان دهنده وجود مشکلات رفتاری در این کودکان و بویژه در زیر مقیاسهای یاد شده به صورت معنادار است. اما در زیر مقیاسهای: مشکلات با همسالان، رفتار مطلوب اجتماعی و *impact scores* در کودکان مورد مطالعه حاضر، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. این یافته ها نشان می دهد که کودکان مبتلا به صرع در تمام مؤلفه های بالا نسبت به گروه بدون صرع، دارای مشکلات بیشتری در زمینه ی اختلالات رفتاری هستند که این مسئله با داده های اکثر مطالعات قبلی مبنی بر وجود اختلالات رفتاری در میان کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم منطبق است و به عبارتی نتایج این پژوهش با پژوهشهای قبلی تا حد زیادی همسو و هماهنگ است. فانگ (۲۰۰۷) در مطالعه ای مشکلات رفتاری را در ۵۶ کودک مبتلا به صرع با گروه کنترل مقایسه کرد. آشفتگی های رفتاری در ۴۲٪ کودکان مبتلا به صرع و در ۸٪ کودکان گروه کنترل دیده شد. و چنین نتیجه گرفته شد که مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع شایسته ی توجه خاص می باشد (۱۳). راتر (۱۹۷۰) نشان داد که بچه های مبتلا به صرع نسبت به کودکان مبتلا به سایر بیماری های مزمن که سیستم عصبی را درگیر نمی کنند با ریسک دو برابری اختلالات رفتاری

همانگونه که در نتایج حاصله از جدول ۳ مشاهده می شود، نمرات کل کسب شده توسط گروه شاهد در تمامی زیر مقیاسهای مربوط به کارکردهای اجتماعی، نسبت به گروه شاهد بالاتر است. هر چند اختلاف نمرات کسب شده در ۲ گروه از لحاظ آماری معنی دار نیست.

بحث

هدف اصلی این مطالعه، ارزیابی میزان اختلالات رفتاری و شناختی، و همچنین ارزیابی کفایت و بلوغ اجتماعی در میان کودکان صرعی در مقایسه با کودکان سالم بوده است. بر اساس یافته های موجود در این پژوهش در تست شاخص توانایی ها و مشکلات نمره ی کودکان مبتلا به صرع نسبت به کودکان سالم در نمره ی کل و زیر گروه های علائم هیجانی، مشکلات سلوک، بیش فعالی، مشکلات با همسالان، معیار کلی مشکلات و *impact scores* بالاتر بوده و تنها در مؤلفه ی رفتار مطلوب اجتماعی نمره ی کودکان بدون صرع بالاتر است. تفاوت در نمرات دو گروه در مؤلفه های نمره ی کل، علائم هیجانی، مشکلات سلوک، بیش فعالی و معیار کلی مشکلات از لحاظ -

مواجه اند (۱۴). میشل (۱۹۹۴) تعدادی از کودکان صرعی را ۱۸-۳۰ ماهه مورد ارزیابی قرار داد و نتیجه گرفت که بین شدت صرع و اختلالات رفتاری در کودک ارتباط مستقیم وجود دارد (۳۰). بر اساس یافته های موجود در این پژوهش، در تست کانرز: کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم، در دو زیر مقیاس اختلالات اضطرابی و اختلالات روانی تنی، نمرات تقریباً یکسانی کسب کرده بودند که با توجه به معنادار نبودن این اختلاف از نظر آماری، در زیر مقیاسهای یاد شده و همچنین زیر مقیاس اختلالات یادگیری، این گونه استنباط می شود که برخلاف نتایج حاصل در مطالعات یاد شده، کودکان مورد مطالعه ی حاضر، در حوزه ی علائم اضطرابی و علائم روانی- تنی و اختلالات یادگیری، تفاوت معناداری با گروه شاهد نداشتند. البته از طرفی در زیرمقیاس های: علائم سلوک، علائم بیش فعالی تکانشی و اندکس بیش فعالی میانگین نمرات بیشتری نسبت به گروه سالم کسب کرده اند و اختلالات نمرات کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم به لحاظ آماری معنادار می باشد، این نتایج نیز با اکثر مطالعات قبلی، همسو و مؤکد آنها است.

بر اساس یافته های موجود در این پژوهش، در حوزه ی تستهای مربوط به کفایت و بلوغ اجتماعی بر اساس پرسشنامه واینلند، مشخص شد که نمرات کل کسب شده توسط گروه شاهد در تمامی زیر مقیاسهای مربوط به کارکردهای اجتماعی، نسبت به گروه شاهد بالاتر است. میانگین بهره ی اجتماعی کسب شده توسط گروه شاهد، بالاتر از گروه مبتلا به صرع بوده که این امر می تواند نمایانگر این باشد که کودکان مبتلا به صرع مورد این مطالعه، در ریسک بالاتری برای نرسیدن به کفایت مطلوب اجتماعی می باشند. با این وجود اختلاف نمرات کسب شده توسط دو گروه مبتلا به صرع و گروه شاهد، با توجه به کم بودن نسبی حجم نمونه، از لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$).

در بررسی سایر مطالعات قبلی در این خصوص نیز مشاهده می شود که: صرع با ماهیت مزمن خود دارای اثرات قابل توجهی بر عملکرد جسمانی و روانی و کفایت اجتماعی کودک و خانواده وی می باشد (۳۴-۳۶). این احتمال وجود دارد که فقدان مهارتهای اجتماعی و وجود مشکلات توجه، کودکان را مستعد اختلالات رفتاری کند و نیز عوامل مرتبط با صرع باعث

اختلال در دست یابی به کفایت اجتماعی مطلوب شود. از نقاط قوت این مطالعه این است که مطالعات قبلی که پیرامون مشکلات کودکان مبتلا به صرع صورت گرفته است، بیشتر محدود به اختلالات رفتاری بودند و در مطالعه ی اخیر، علاوه بر مشکلات رفتاری و شناختی، به بررسی اثرات این مشکلات بر کفایت و بلوغ اجتماعی نیز پرداخته شد که تاکنون در ایران مطالعه ای در این زمینه انجام نشده است.

در این مطالعه همسان سازی گروه بیمار و شاهد تا حد امکان انجام شده و دو گروه از نظر سن و جنس کودک، سن مادر و تحصیلات پدر و مادر همگن بودند و تشخیص صرع توسط فوق تخصص اعصاب اطفال مسجل شده بود.

توجه به سنین پیش دبستانی و استفاده از سه پرسشنامه واینلند - کانرز و توانایی ها و مشکلات که اطلاعات زیادی را فراهم آوردند از دیگر نقاط قوت این مطالعه محسوب می شود. کم بودن حجم نمونه، مشکل در جلب همکاری گروه شاهد و زیاد بودن تعداد سوالات پرسشنامه ها از نقاط محدودیت مطالعه به شمار می رود.

نتیجه گیری

با توجه به شیوع بالای بیماری صرع و اختلالات رفتاری و روانشناختی که در اغلب این بیماران و به تبع آن در خانواده های آنها وجود دارد شناسایی زودرس این اختلالات روان شناختی و درمان آن ها جهت جلوگیری از اختلالات عملکردی بعدی ضروری به نظر می رسد.

از آنجا که صرع تنها یک بیماری صرفاً فیزیولوژیک مختص سیستم عصبی مرکزی نیست، و اثرات روانی و روانشناختی فراوانی در زندگی کودک و والدین وی برجا می گذارد، لازم است که متخصصان طب اعصاب کودکان، در حین مواجهه با یک کودک صرعی، حتماً توجهات کافی را به بعد روانشناسی و روانپزشکی مسئله مبذول دارند و در صورت لزوم، خود کودک و یا والدین کودک را به مراکز تخصصی حمایتی روانی و اجتماعی، معرفی کنند که البته لازمه ی این امر، "وجود داشتن" چنین مراکزی با نحوه ی عملکرد تعریف شده، در سطح جامعه است. ارائه برنامه های آموزشی با هدف بالا بردن سازگاری و

علاوه بر خود کودک، باید والدین او نیز مورد توجه و حمایت کافی قرار بگیرند و لذا برنامه های آموزشی با هدف بالا بردن سازگاری و تطابق والدین با بیماری فرزندانشان برای بیماران و والدین آن ها ارائه گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دکترای حرفه ای بوده که با تایید و حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

منافع نویسندگان با موضوع مقاله ارتباطی نداشته است. در پایان لازم است از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و کلیه کسانی که در امر انجام پژوهش یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی شود.

تطابق این کودکان با بیماری و نیز تقویت گزاره های مربوط به مهارتهای اجتماعی و رفتار مطلوب اجتماعی در این کودکان مورد نیاز است و این کودکان باید از حمایت های گسترده ی اجتماعی و آموزشی و تقویتی برخوردار بوده و این عملکرد مطلوب را در سالهای بعدی زندگی و بویژه پس از ورود به مدرسه و ارتباطات گسترده تر در جامعه ادامه دهند. توصیه می شود تا مطالعات وسیعتری در سنین بالاتری در میان این کودکان انجام گردد تا چگونگی عملکرد اجتماعی و کسب مهارتهای اجتماعی این کودکان در سالهای بعدی زندگی، معین گردد. چون وجود یک کودک مبتلا به یک بیماری مزمن در خانواده، علاوه بر تاثیرات نامطلوب روانی و اجتماعی برای خود کودک، تاثیرات بسیار نامطلوبی نیز بر سایر افراد خانواده، از قبیل والدین و بویژه مادر خانواده، خواهد گذاشت. توصیه می گردد که برای افزایش عملکرد کلی و برطرف ساختن مشکلات یک کودک صرعی،

References:

1. Nassau J, Drotar D. Social competence among children with central nervous system-related chronic health conditions: a review. *J Pediatr Psychol* 1997; 22:771-793.
2. Dunn DW, Austin JK. Behavioral issues in pediatric epilepsy. *Neurology* 1999; 53:S96-100.
3. Oostrom KJ, Smeets-Schouten A, Kruitwagen CLJJ, Peters ACB, JennekensSchinkel A. Not only a matter of epilepsy: early problems of cognition and behavior in children with "epilepsy only". A prospective, longitudinal, controlled study starting at diagnosis. *Pediatrics* 2003; 112:1338-1344.
4. Plioplys s. Depression in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003; 4:s39-45.
5. Davies S, Heyman I, Goodman R. A population survey of mental health problems in children with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45:292-295.
6. Keene DL, Manion I, Whiting S, Belanger E, Brennan R, Jacob P, *et al.* A survey of behavior problems in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 6:581-586.
7. Ott D, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Tournay A, Shields WD, *et al.* Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia* 2003; 44:591-597.
8. Austin JK, Durin DW, Caffrey HM, Perkins SM, Harezlak J, Rose DF. Recurrent seizures and behavior problems in children with first recognized seizures: a prospective study. *Epilepsia* 2002; 43:1564-1573.
9. Schoenfeld J, Seidenberg M, Woodard A, Hecox K, Inglese C, Mack K, Hermann B. Neuropsychological and behavioral status of children with complex partial seizures. *Dev Med Child Neurol* 1999; 41:724-731.
10. Caplan R, Sagun J, Siddarth P, Gurbani S, Koh S, Gowrinathan R, *et al.* Social competence in pediatric epilepsy: insights into underlying mechanisms. *Epilepsy Behav* 2005; 6:218-228.
11. Rantanen K, Timonen S, Hagström K, Hämäläinen P, Eriksson K, Nieminen P. Social competence of preschool children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2009; 14: 338-343.
12. Dunn DW. Neuropsychiatric aspects of epilepsy in children. *Epilepsy Behav* 2003; 4:101-106.

13. Fang PC, Chen YJ. Using the child behavior checklist to evaluate behavioral problems in children with epilepsy. *Acta Paediatr Taiwan* 2007; 48:181-185.
14. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. *Arch Dis Child* 1971; 46: 577.
15. Mattson RH. Emotional effects on seizure occurrence. *Adv Neurol* 1991; 55:453-460.
16. Williams J. Learning and behavior in children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003; 4:107-111.
17. Bilgiç A, Yılmaz S, Tıraş S, Deda G, Kiliç EZ. [Depression and anxiety symptom severity in a group of children with epilepsy and related factors]. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17:165-172.
18. Matthews WS, Barabas G, Ferrari M. Emotional concomitants of childhood epilepsy. *Epilepsia* 1982; 23:671-681.
19. Caplan R, Siddarth P, Gurbani S, Hanson R, Sankar R, Shields WD. Depression and anxiety disorders in pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2005; 46:720-730.
20. Hoare P. The development of psychiatric disorder among schoolchildren with epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1984; 26:3-13.
21. Tuchman RF, Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates. *Pediatrics* 1997; 99:560-566.
22. Caplan R, Arbelles S, Guthrie D, Komo S, Shields WD, Hansen R, *et al.* Formal thought disorder and psychopathology in pediatric primary generalized and complex partial epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1286-1294.
23. Stores G, Wiggs L, Campling G. Sleep disorders and their relationship to psychological disturbance in children with epilepsy. *Child Care Health Dev* 1998; 24:5-19.
24. Cortesi F, Giannotti F, Ottaviano S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. *Epilepsia* 1999; 40:1557-1565.
25. Mc Dermott S, Mani S, krishnaswami S. A population – based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J Epilepsy* 1995; 8:110-118.
26. Carlton-Ford S, Miller R, Brown M, Nealeigh N, Jennings P. Epilepsy and children's social and psychological adjustment. *J Health Soc Behav* 1995; 36:285-301.
27. Semrud-Clikeman M, Wical B. Components of attention in children with complex partial seizures with and without ADHD. *Epilepsia* 1999 ; 40:211-215.
28. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius WT. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45:50-54.
29. Dunn DW. Attention – deficit hyperactivity disorder, Oppositional defiant disorder, and conduct disorder. In: Ettinger Alan B, kanner Andres M, editors. *Psychiatric issues in epilepsy*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins; 2001.p. 111-126.
30. Mitchell WG, Scheier LM, Baker SA. Psychosocial, behavioral, and medical outcomes in children with epilepsy: a developmental risk factor model using longitudinal data. *Pediatrics* 1994; 94:471-477.
31. Austin JK, Dunn DW, Caffrey HM, Perkins SM, Harezlak J, Rose DF. Recurrent seizures and behavior problems in children with first recognized seizures: a prospective study. *Epilepsia* 2002; 43:1564-1573.
32. Tse E, Hamiwka L, Sherman EM, Wirrell E. Social skills problems in children with epilepsy: prevalence, nature and predictors. *Epilepsy Behav* 2007; 11:499-505.
33. Rantanen K, Timonen S, Hagström K, Hämäläinen P, Eriksson K, Nieminen P. Social competence of preschool children with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008; 14:338-343.
34. Dunn DW, Austin JK, Huster GA. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1132-1138.
35. Hoare P, Kerley S. Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. *Dev Med Child Neurol* 1991; 33:201-215.
36. Westbrook LE, Silver EJ, Coupey SM, Shinnar S . Social characteristics of adolescents with idiopathic epilepsy: a comparison to chronically ill and non chronically ill peers. *J Epilepsy* 1991; 4:87-94.