

مقاله اصلی

شیوع مقطعی اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در کودکان مصروع

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۶ - تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۱۵

خلاصه

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی و صرع از جمله اختلال‌های رایج دوران کودکی است. کودکان مصروع در معرض خطر بسیار زیاد ابتلا به اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی هستند. هدف از این پژوهش برآورد شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی و زیر ریخت‌های آن در کودکان با صرع ایدیوپاتیک است.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی از زمستان ۱۳۹۰ - بهار ۱۳۹۱ در بیمارستان قائم مشهد و امیرالمومنین سمنان انجام شده است. شرکت کنندگان ۵۵ کودک داوطلب مبتلا به صرع ایدیوپاتیک (۲۶ دختر و ۲۹ پسر) بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن سن بین ۷-۱۶ سال، تأیید صرع مراجعه‌کننده توسط متخصص مغز و اعصاب و با توجه به پرونده‌ی بیمار و گذشت حداقل یک سال از نخستین تشنج و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پزشکی (مانند فلج مغزی، اوتیسم و غیره) و عقب‌ماندگی ذهنی (هوشبهر کمتر از ۸۵) بود. والدین شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ی SNAP-IV فرم والد را تکمیل نمودند. اطلاعات با آزمون مجذور کای و خطی لگاریتمی فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در افراد مصروع ۲۱/۸٪ است. شیوع این اختلال در زیر ریخت‌های کم‌توجهی، بیش‌فعال و مرکب به ترتیب ۹/۱٪، ۷/۳٪ و ۵/۵٪ بود. زیر ریخت بیش‌فعال در صرع منتشر و زیر ریخت مرکب در صرع موضعی بیشتر شایع بود. همچنین، زیر ریخت مرکب با مصرف داروهای ترکیبی کنترل صرع همراه بود. جنس و مقطع تحصیلی نقش تعدیل‌کننده نداشتند.

نتیجه‌گیری

شیوع بالای اختلال بیش‌فعالی در افراد مصروع لزوم توجه به مداخلات درمانی و برنامه‌های پیشگیری را ضروری می‌نماید.

کلمات کلیدی: اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی، شیوع، صرع

اکرم جمشیدی فر^۱
سیاوش طالع پسند^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی
بالینی کودک، دانشگاه شهید بهشتی تهران،
تهران، ایران
۲- دانشیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده
روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان،
سمنان، ایران

* سمنان - دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۹۸-۹۱۲۶۰۴۰۶۹۰+
email:stalepasand@semnan.ac.ir

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی^۱ و صرع^۲ بیماری‌های رایج دوران کودکی محسوب می‌شوند که هر دو می‌توانند پیامدهای منفی در رفتار کودکان، یادگیری و رشد اجتماعی آنها داشته باشند. کودکانی که هم صرع دارند و هم مبتلا به بیش‌فعالی-کم‌توجهی می‌باشند احتمالاً در خطر بالاتری هستند و عوارض ناخوشایند بیشتری در مقایسه با کودکانی که تنها صرع دارند متحمل می‌شوند (۱).

پژوهش‌های زیادی وجود اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی را در کودکان مصروع گزارش کرده‌اند و اعلام کرده‌اند که بیش‌فعالی-کم‌توجهی در میان جمعیت‌های مصروع از شیوع به مراتب بالاتری نسبت به جمعیت‌های عمومی برخوردار است (۲-۸). هرچند رابطه‌ی میان بیش‌فعالی-کم‌توجهی و صرع پیچیده است و به خوبی مشخص نیست اما چندین مکانیسم احتمالی برای شیوع بالای بیش‌فعالی-کم‌توجهی در افراد مصروع گزارش شده است، این عوامل شامل گرایش ژنتیکی، ناهماهنگی در انتقال دهنده‌های عصبی، عوارض داروهای ضد صرع^۳ یا عوامل روان‌شناختی می‌باشد (۹).

در مطالعات مختلف میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی گزارش شده در کودکان مصروع از ۸ تا ۷۷٪ متغیر است (۱۰). دامنه‌ی وسیع درصدهای ارائه شده از قابلیت اعتماد به پژوهش‌های انجام شده می‌کاهد و کاربرد آنها را محدود می‌سازد. شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در افراد با ناتوانی هوشی^۴ نسبت به افراد بدون این ناتوانی به طور معناداری بالاتر است (۱۱). بر اساس مطالعات انجام گرفته ۷۳/۶٪ کودکان مصروع نمرات هوشی ۸۰ و یا بالاتر دارند، ۵/۱٪ از آنها نیز در گستره‌ی مرزی (۷۰-۷۹) قرار می‌گیرند و ۱۷/۹٪ نیز ناتوان ذهنی محسوب می‌شوند (۱۲). بنابراین، این احتمال مطرح است که شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان مصروعی که در گستره‌ی ناتوان ذهنی قرار می‌گیرند بالاتر گزارش شود (۱). در تنها پژوهش انتشاریافته با این موضوع در کشور میزان شیوع

اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان مصروع ۴۲٪ گزارش شده است (۸). یکی از چالش‌های موجود بازه‌ی وسیع برآورد شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان مصروع است. مشکل دیگر در برآورد میزان شیوع این اختلال، عدم غربالگری هوش می‌باشد، به گونه‌ای که در برآورد شیوع اختلال، کودکان مصروع با عقب‌ماندگی ذهنی نیز در نظر گرفته شده‌اند. هدف این پژوهش برآورد شیوع اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی با غربالگری هوش و برآورد معتبرتر از نسبت شیوع این اختلال در کودکان مصروع است. نقش تعدیل‌کننده‌ی جنس، مقطع تحصیلی، نوع صرع (منتشر یا موضعی) و تعداد داروی ضد صرع مصرفی نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به صرع ایدئوپاتیک که در بازه زمانی زمستان ۱۳۹۰-بهار ۱۳۹۱ به بیمارستان قائم مشهد و یا امیرالمؤمنین سمنان مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهند. با توجه به اینکه در مطالعات مشابه پیشین حجم نمونه‌های مورد بررسی بین ۳۰-۴۵ نفر انتخاب شده است با در نظر گرفتن ویژگی جامعه مورد مطالعه، حجم نمونه تعیین شد. در مجموع ۵۵ مراجعه‌کننده مبتلا به صرع ایدئوپاتیک در این مطالعه به طور داوطلبانه شرکت داشتند. داشتن سن بین ۷-۱۶ سال، تأیید صرع مراجعه‌کننده توسط متخصص مغز و اعصاب و با توجه به پرونده‌ی بیمار و گذشت حداقل یک سال از نخستین تشنج از ملاک‌های ورود و ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پزشکی (مانند فلج مغزی، اوتیسم و غیره) و عقب‌ماندگی ذهنی (هوشبهر کمتر از ۸۵)، نداشتن سواد خواندن و نوشتن و عدم همکاری از ملاک‌های خروج از مطالعه برای شرکت‌کنندگان بود. از والد همراه مراجعه‌کنندگان واجد شرایط برای اجرای فرم کوتاه مقیاس هوش و کسلر (WISC-III) رضایت گرفته شد و از آنها خواسته شد تا به پرسش‌نامه SNAP-IV فرم والد و همچنین پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی در مورد کودکانشان با دقت پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ی SNAP-IV، مقیاسی جهت تشخیص و درجه‌بندی

¹ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

² Epilepsy

³ Antiepileptic drugs (AEDs)

⁴ Intellectual disability (ID)

توجه از نوع طبقه ای هستند. به این ترتیب، داده‌ها با مدل مجذور کای و مدل خطی-لگاریتمی فیشر تحلیل شدند.

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در جدول ۱ آورده شده است. تعداد پسران در نمونه بیش از دختران بود. میانگین سنی افراد شرکت کننده ۱۰/۸ سال و سن شروع حملات به طور میانگین تقریباً ۵۹ ماهگی (دامنه‌ی ۱۳۵۰ سالگی) بود، متوسط بهره‌ی هوشی افراد ۹۶/۶۵ بود (جدول ۱). از ۵۵ بیمار شرکت کننده ۱۲ نفر (۲۱/۸٪) مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی بودند، از نظر نوع اختلال بیشترین شیوع (۹/۱٪) مربوط به زیرریخت کم‌توجهی بود، زیرریخت بیش‌فعال شامل ۷/۳٪ و زیرریخت مرکب شامل ۵/۵٪ بود (جدول ۲).

جدول ۳ نمایانگر توزیع فراوانی شرکت کنندگان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی برحسب جنس، مقطع تحصیلی، نوع صرع و تعداد دارو ضد صرع مصرفی است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی، نوع صرع و مصرف دارو شرکت کنندگان (N=۵۵)

متغیر	سطوح	تعداد (%)
جنس	دختر	۳۲۶ (۴۷،۳٪)
	پسر	۲۲۹ (۵۲،۷٪)
مقطع تحصیلی	ابتدایی	۳۳ (۶۰،۳٪)
	راهنمایی	۱۱۶ (۲۹،۱٪)
	دبیرستان	۶ (۱۰،۹٪)
نوع صرع	موضعی	۲۸ (۵۰،۹٪)
	منتشر	۲۷ (۴۹،۱٪)
مصرف دارو	تک‌دارویی	۴۵ (۸۱،۸٪)
	دودارویی	۱۰ (۱۸،۲٪)

جدول ۲- شیوع زیرریخت‌های اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی

زیرریخت	تعداد (%)
کم‌توجهی	۵ (۹،۱٪)
بیش‌فعالی	۴ (۷،۳٪)
مرکب	۳ (۵،۵٪)
کل	۱۲ (۲۱،۸٪)

اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی است که توسط سوانسون^۱، نولان^۲ و پلهم^۳ همزمان با تدوین DSM-IV ارائه گردیده است. این پرسش‌نامه ۱۸ سوال دارد. ۹ سوال اول آن مربوط به تشخیص اختلال کمبود توجه (ADD) و ۹ سوال دوم آن مربوط به تشخیص اختلال بیش‌فعالی (HD) است. بنابراین با کمک این مقیاس سه نوع تشخیص می‌توان ارائه داد. نوع مرکب اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، نوع عمدتاً کم توجه و نوع عمدتاً بیش‌فعال. طیف درجه‌بندی بر مبنای مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ صورت می‌گیرد. نحوه‌ی به دست آوردن نمره‌ی فرد به این صورت است که جمع نمره‌ی وی در کل پرسش‌نامه به عدد ۱۸ و در هر یک از خرده مقیاس‌ها به عدد ۹ تقسیم می‌شود. اگر نمره فرد در زیرریخت اول از ۱/۴۵ بالاتر باشد در صورتی که نمره وی در زیر ریخت دوم کمتر از ۱/۹ باشد، وی به عنوان اختلال کمبود توجه طبقه بندی می‌شود. اگر نمره فرد در زیر ریخت دوم از ۱/۹ بالاتر باشد در صورتی که نمره وی در زیر ریخت اول کمتر از ۱/۴۵ باشد، وی به عنوان اختلال بیش‌فعال طبقه بندی می‌شود. اگر نمره فرد در زیرریخت اول از ۱/۴۵ و در زیر ریخت دوم از ۱/۹ بیشتر باشد، وی به عنوان اختلال ترکیبی طبقه بندی می‌شود. آزمون SNAP-IV در جامعه بالینی، خانه، مدرسه و مطالعات همه‌گیرشناسی مورد استفاده فراوان دارد. این آزمون از روایی و اعتبار مناسب برخوردار است. طبق نتایج اجرای مؤلفان، این مقیاس دارای دو عامل است. فرم والد پرسش‌نامه SNAP-IV در ایران توسط صدرالسادات و همکارانش رواسازی شده است. ضریب اعتبار باز آزمون برابر با ۰/۸۲ آلفای کرونباخ ۰/۹ و ضریب دو نیمه کردن ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۳).

پرسش‌نامه‌ی دوم شامل اطلاعات جمعیت شناختی بیمار بود، از جمله جنس، سن، تاریخ تولد، پایه‌ی تحصیلی، نوع و تعداد داروی مصرفی، سن آغاز حمله‌ها، مصرف سایر داروها و تغییرات ثانویه در رفتار کودک قبل یا بعد از مصرف داروها.

روش آماری تحلیل داده‌ها: متغیرهای جنس، مقطع تحصیلی، نوع صرع، مصرف دارو و زیرریخت‌های اختلال بیش‌فعالی-کمبود

¹Swanson

²Nolan

³Pelham

جدول ۳- شیوع اختلال بیش فعالی - کم توجهی بر حسب جنس، مقطع، نوع صرع و درمان دارویی

متغیر	سطوح	با اختلال بیش فعالی کم توجهی (N=۱۲)	بدون اختلال بیش فعالی کم توجهی (N=۴۳)	تعداد
جنس	دختر	۴ (۳۱.۵)	۲۲ (۵۱.۴)	۲۶
	پسر	۸ (۶۷.۶)	۲۱ (۴۷.۲)	۲۹
	مقطع تحصیلی	۸ (۶۷.۶)	۲۵ (۵۷.۷)	۳۳
نوع صرع	راهنمایی	۴ (۳۳.۳)	۱۲ (۲۷.۷)	۱۶
	دیبرستان	۰ (۰)	۶ (۱۳.۷)	۶
	موضعی	۶ (۵۱.۴)	۲۲ (۵۰.۹)	۲۸
درمان دارویی ضدصرع	منتشر	۶ (۵۱.۴)	۲۱ (۴۷.۷)	۲۷
	تک دارویی	۸ (۶۷.۶)	۳۷ (۸۵.۷)	۴۵
	دو دارویی	۴ (۳۳.۳)	۶ (۱۳.۷)	۱۰

جدول ۴- نتایج مدل خطی- لگاریتمی فیشر برای تحلیل اثر مقطع تحصیلی و نوع صرع بر شیوع اختلال بیش فعالی- کم توجهی

کام	اثر	درجه آزادی	محدودرکای	معناداری
۰	مقطع نوع صرع بیش فعالی	۰	۰/۰۰۰	
۱	مقطع نوع صرع بیش فعالی	۴	۰/۰۰۲	۱
	مقطع نوع صرع، مقطع بیش فعالی، نوع صرع بیش فعالی	۴	۰/۰۰۲	۱
۲	مقطع نوع صرع	۲	۰/۱۳۷	۰/۹۳۴
	مقطع بیش فعالی	۴	۱/۵۸۶	۰/۸۱۱
	نوع صرع بیش فعالی	۲	۸/۴۹۰	۰/۰۱۴*
۳	مقطع بیش فعالی، نوع صرع بیش فعالی	۶	۰/۱۳۸	۱
	مقطع بیش فعالی	۴	۳/۰۰۱	۰/۵۵۸
۴	نوع صرع بیش فعالی، مقطع	۲	۹/۹۰۵	۰/۰۰۷
	نوع صرع بیش فعالی	۲	۳/۱۳۹	۰/۹۷۸
	مقطع	۲	۹/۹۰۵	۰/۰۰۷
۴	نوع صرع بیش فعالی، مقطع	۲	۱۱/۰۹۰	۰/۰۰۴
	نوع صرع بیش فعالی، مقطع	۱۰	۳/۱۳۹	۰/۹۷۸

نشان داد که شیوع زیر ریخت های اختلال بیش فعالی کمبود توجه تابع جنس نیست ($p > 0.05$)، $X^2_{LR} = 1.36$. افزون بر آن، گرچه اثر اصلی مقطع تحصیلی معنادار بود ($p < 0.05$)، $X^2_{LR} = 11.09$. ولی نقش تعدیل کننده ای در رابطه نوع صرع و زیرریخت های اختلال بیش فعالی ایفا نمی کرد ($p > 0.05$)، $X^2_{LR} = 0.02$ (جدول ۴). همچنین، در این مطالعه رابطه شیوع زیر ریخت های اختلال بیش فعالی کمبود توجه با نوع صرع و مصرف داروهای ترکیبی بررسی شد. یافته ها نشان داد که در افراد با صرع موضعی زیر ریخت مرکب و در افراد با صرع منتشر زیر ریخت بیش فعالی بیشتر مشاهده می شود ($p < 0.05$)، $X^2 = 7.20$ و زیر ریخت مرکب با مصرف داروهای ترکیبی کنترل صرع همراه است ($p < 0.05$)، $X^2 = 8.74$.

در میان شرکت کنندگان مصروع ۸ پسر (۲۷.۶٪) و ۴ دختر (۱۵.۳٪) مبتلا به اختلال بیش فعالی- کم توجهی بودند. افراد مبتلا به اختلال بیش فعالی- کم توجهی در مقطع ابتدایی و راهنمایی به ترتیب ۸ نفر (۲۴.۲٪) و ۴ نفر (۲۵٪) بود و در مقطع دیبرستان هیچ موردی مشاهده نشد. ۶ نفر (۲۱.۴٪) از افراد با صرع موضعی و ۶ نفر (۲۲.۲٪) با صرع منتشر مبتلا به اختلال مذکور بودند. در افراد دارای اختلال بیش فعالی- کم توجهی ۸ بیمار (۱۷.۸٪) یک دارو و ۴ بیمار (۴۰٪) دو دارو برای کنترل حملات خود مصرف می کردند.

برای بررسی نقش تعدیل کننده جنس و مقطع تحصیلی در رابطه نوع صرع با زیرریخت های اختلال بیش فعالی کمبود توجه، داده ها با مدل خطی لگاریتمی تحلیل شدند. یافته ها

بحث

زیر ریخت ها کمتر می شود. در کودکان بامقطع دبیرستان که سن بالاتر از ۱۴ سال داشتند موردی از اختلال بیش فعالی-کم توجهی مشاهده نشد.

در مورد متغیرهای مرتبط با صرع مانند موضع صرع و تعداد داروی مصرفی به عنوان همبسته های احتمالی برای نشانه های اختلال بیش فعالی-کم توجهی در کودکان مصروع پژوهش هایی صورت گرفته است. برخی پژوهش ها مشکلات را در بیماران با صرع منتشر و یا در صرع موضعی رایج تر اعلام کرده اند (۱،۴،۸،۱۰،۱۷). شرمین^۶ و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کرده اند که کودکان با نوع موضعی صرع بیشتر مبتلا به زیر ریخت کم توجه هستند (۱۶). در پژوهش حاضر نیز زیر ریخت های اختلال بیش فعالی-کم توجهی با نوع صرع رابطه دارند، در افراد با صرع موضعی زیر ریخت مرکب و در افراد با صرع منتشر زیر ریخت بیش فعالی بیشتر مشاهده شده است، به هر حال، این اختلاف ها می تواند به علت مشکل بودن افتراق تشنجات فراگیر موضعی در بعضی از کودکان مبتلا به صرع باشد (۸). تعدادی از پژوهش ها برای داروهای ضد صرع بک سری عوارض شامل کاهش توجه، هوش، مهارت کلامی و سرعت پردازش اطلاعات گزارش کرده اند، برای داروهای فنوباریتال و تاپیرامات در این میان عوارض بیشتری گزارش شده است (۱۸). عوارض فنوباریتال می تواند شامل هم بیش فعالی و هم کم توجهی باشد و بنزودیازپین منجر به کم توجهی و بازداری زدایی^۷ می شود (۳). همچنین گزارش شده که فنوباریتال با بیش فعالی در کودکان در سن قبل از مدرسه ارتباط دارد (۱۸). بنابراین دور از احتمال نخواهد بود که مشکلات توجهی و بیش فعالی مشاهده شده در نمونه مورد بررسی برخاسته از عوارض جانبی داروهای ضد صرع مصرفی باشد. همانطور که در برخی پژوهش ها افرادی که به بیش از یک دارو برای کنترل حملات خود نیاز دارند مشکلات بیشتری را نشان می دهند و برخلاف این، بین تشخیص بیش فعالی-کم توجهی و تعداد داروهای ضد صرع مصرفی در برخی پژوهش ها هیچ ارتباطی مشاهده نشده است (۶، ۱۵-۱۷). در

پژوهش کنونی از پژوهش های گذشته مبنی بر اینکه کودکان مصروع نسبت به جمعیت عمومی در خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی هستند، حمایت می کند. در این پژوهش میزان شیوع اختلال بیش فعالی-کم توجهی ۲۱/۸٪ برآورد شد. پژوهش های پیشین درصدهای متفاوتی را گزارش کرده اند، به عنوان مثال جونز^۱ و همکاران ۲۶/۴٪، بنت بک^۲ و همکاران ۷۰٪، دان^۳ و همکاران ۳۸٪، لوطفی و همکاران ۵۳/۳٪، هرمن^۴ و همکاران ۳۱/۵٪ (۴،۶،۱۰،۱۴،۱۵). در پژوهش طالبیان و همکاران درکاشان شیوع اختلال ۴۲٪ بوده است (۸). هر چند در پژوهش های که ذکر شد نمونه ها از لحاظ گستره سنی تقریباً با پژوهش حاضر یکسان بودند اما این اختلاف شیوع ها می تواند ناشی از تفاوت در ویژگی های جامعه های مورد بررسی و ملاک های ورود گوناگون برای شرکت کنندگان در پژوهش و نیز ملاک ها و ابزارهای متفاوت برای تشخیص اختلال بیش فعالی-کم توجهی باشد. در اکثر پژوهش ها همانند پژوهش حاضر زیر ریخت کم توجه در کودکان مصروع بیشترین فراوانی را دارد (۶،۱۰،۱۴). اما در برخی پژوهش ها زیر ریخت مرکب دارای بالاترین فراوانی است (۸، ۱۴). در پژوهش مروری ریلی^۵ بیان شده است که در جمعیت های مصروع جنسیت یک عامل خطر افزایش دهنده برای ابتلا به اختلال بیش فعالی-کم توجهی نیست، به این معنا که نسبت ابتلا به بیش فعالی-کم توجهی در دو جنس برابر است، عده ای نیز نسبت ابتلای بیشتر در دختران را گزارش کرده اند براساس پژوهش کنونی نسبت شیوع پسر به دختر ۱/۸:۱ بود، و این اختلال در دو جنس تفاوتی نداشت (۱،۴،۶،۱۰،۱۵،۱۶). در پژوهش های بسیاری به این نکته اشاره شده که کودکان مصروع همانند کودکان عادی با افزایش سن علائم اختلال بیش فعالی کم توجهی را کمتر نشان می دهند (۱۷). در این پژوهش مشخص شد که شیوع زیر ریخت ها تابع پایه تحصیلی است، با افزایش پایه ی تحصیلی از ابتدایی به راهنمایی شیوع

¹Jones²Bennett-Back³Dann⁴Herman⁵Reilly⁶Sherman⁷Disinhibition

پژوهش حاضر زیر ریخت مرکب با مصرف داروهای ترکیبی کنترل صرع همراه است.

نشانه‌های بیش‌فعالی-کم‌توجهی که ناشی از داروهای ضدصرع باشند انتظار می‌رود که هنگام تغییر دوز یا نوع داروی مصرفی تغییر یابند و همچنین نشانه‌ها ممکن است ناپایدار باشند (۱۹). یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر حجم نمونه‌ی اندک است. به هر حال دسترسی به نمونه‌هایی که ملاک‌های ورود به این مطالعه را داشته باشند، دشوار است. محدودیت دوم مطالعه مربوط به ملاک تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی بود. تشخیص این اختلال صرف براساس نظر والدین بود. محدودیت سوم این مطالعه این بود که شرکت‌کنندگان به صورت داوطلب وارد این مطالعه شده‌اند، از این نظر نتایج قابل تعمیم به جوامعی است که ویژگی‌های آنها حتی المقدور مشابه با ویژگی‌های نمونه این مطالعه باشد. به دلیل بروز نخستین حمله‌ها برخی از شرکت‌کنندگان در سن پایین و یا عدم به یادآوری شرایط کودک قبل از وقوع حمله‌ها توسط والدینشان، در این مطالعه مشخص نشد که آیا تغییرات در رفتار کودک قبل یا بعد از مصرف داروها بوده است. در واقع این سوال از سوی ۸۰٪ از والدین پاسخ "نمی‌دانم" دریافت کرد. به هر حال، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر استانها تکرار شود تا شواهدی از قابلیت تعمیم یافته‌های این مطالعه فراهم گردد. همچنین، از سایر ملاک

ها (برای مثال، معلمان، کودکان) برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود از یک مطالعه طولی برای بررسی تغییرات در رفتار کودکان مصروع استفاده شود.

هنوز پاسخ این سوال روشن نیست که آیا اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی مقدم بر صرع است یا استفاده از داروهای ضد صرع منجر به بروز این اختلال می‌شود یا آن را تشدید می‌کند.

نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی بر این اشاره دارد که اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان مصروع بسیار شایع است. بنابراین ارزیابی و درمان آن‌ها نباید فقط بر تشنج‌های این افراد متمرکز باشد بلکه همچنین مشکلات روان‌شناختی که تجربه می‌کنند باید مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از آقای دکتر جواد آخوندیان و خانم دکتر فرح اشرف زاده به خاطر همکاری در جمع‌آوری نمونه‌های پژوهش از بیمارستان قائم مشهد و آقای دکترافشین سمائی برای مساعدت و همکاری در استان سمنان تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References:

1. Reilly C. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. Review article. *Res Develop Disabiliti* 2011; 32:883-893.
2. Schubert R. Attention deficit disorder and epilepsy. *Pediatr Neurol* 2005; 32:1-10.
3. Dunn DW, Kronenberger WG. Childhood epilepsy, attention problems, and ADHD: Review and practical considerations. *Seminars in Pediatric Neurology* 2006; 12:222-228.
4. Jones JE, Watson R, Sheth R, Caplan R, Koehn M, Seidenberg M, *et al.* Psychiatric comorbidity in children with new onset epilepsy. *Develop Med Child Neurol* 2007; 49:493-497.
5. Torres AR, Whitney J, Gonzalez-Heydrich J. Attention-deficit hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: Review of Pharmacological treatment. *Epilepsy Behav* 2008; 12:217-233.
6. Bennett-Back O, Keren A, Zelnik N. Attention-deficit hyperactivity disorder in children with benign epilepsy and their sibling. *Pediatr Neurol* 2011; 44:187-192.
7. Parisi P, Moavero R, Verrotti A, Curatollo P. Attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy. *Brain Develop* 2010; 32:10-16.
8. Talebian A, Khodaparast H, Sediqi H, Taqaddosi M, Mousavi S. Frequency of ADHD among 3-17 year old epileptic children at Kashan in 2005. *KAUMS J (FEYZ)* 2008; 11:56-60.[InPersian].
9. Kaufmann R, Goldberg-Stern H, Shuper A. Attention-deficit disorders and epilepsy in childhood: Incidence, causative relations, and treatment possibilities. *J Child Neurol* 2009; 24:727-733.
10. Dunn DW, Austin JK, Harezlak J, Ambrosius TW. ADHD and epilepsy in childhood. *Dev Med Child Neurol* 2003; 45:50-54.
11. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry* 2007; 191:493-499.
12. Berg AT, Langfitt JT, Testa FM, Levy SR, DiMario F, Westerveld M, *et al.* Global cognitive function in children with epilepsy: A community based study. *Epilepsia* 2008; 49:608-614.
13. Sadrossadat SJ, Hooshyari Z, Zamani R, Sadrossadat L. Determination of psychometrics indices of SNAP-IV rating scale in parent execution. *Quarterly J Rehabil* 1386; 8:59-65. [In Persian].
14. Loutfi KS, Carvalho AM, Lamounier JA, Nascimento JA. ADHD and epilepsy: Contributions from the use of behavioral rating scales to investigate psychiatric comorbidities. *Epilepsy Behav* 2011; 20:484-489.
15. Hermann B, Jones J, Dabbs K, Allen CA, Sheth R, Fine J, *et al.* The frequency, complications and etiology of ADHD in new onset pediatric epilepsy. *Brain* 2007; 130:3135-3148.
16. Sherman EM, Slick DJ, Connolly MB, Eyrl KL. ADHD, neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. *Epilepsia* 2007; 48:1083-1091.
17. Thome-Souza S, Kuczynski E, Assumpcao JF, Rzezak P, Fuentes D, Fiore L, *et al.* Which factors may play a pivotal role on determining the type of psychiatric disorder in children and adolescents with epilepsy? *Epilepsy Behav* 2004; 5:988-994.
18. Cramer JA, Mintzer S, Wheless J, Mattson R. Adverse effects of antiepileptic drugs: a brief overview of important issues. *Expert Rev Neurother* 2010; 10:885-891.