

## مقایسه توانایی‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان ۱۲-۶ ساله مبتلا به صرع با کودکان سالم

اعظم قاسمیپور<sup>۱</sup>، منیژه نوریان<sup>۲</sup>، فاطمه محرری<sup>۳\*</sup>، حمید خالصی<sup>۴</sup>، فریده یغمایی<sup>۵</sup>، علیرضا اکبرزاده باغبان<sup>۶</sup>

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، مربی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی

۲. کارشناس ارشد پرستاری کودکان، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. نویسنده مسئول: فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

E-mail: mohararifi@mums.ac.ir

۴. متخصص کودکان و نوزادان ۵. دکتری تخصصی بهداشت دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۶. دکترای آمار پزشکی و عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری صرع بیماری نسبتاً شایع عصبی دوران کودکی است و تقریباً ۱۰-۵ کودک از هر ۱۰۰۰ کودک را مبتلا می‌سازد. این اختلال بر روی توانایی‌های کودکان مبتلا و عملکرد آنان تأثیر گذاشته و سلامت روانی آنان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه توانایی‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به صرع و سالم سن مدرسه انجام شده است.

**روش کار:** در این پژوهش توصیفی-تحلیلی ۱۵۰ کودک ۶-۱۲ سال شامل دو گروه: سالم (۱۰۰ نفر) و مبتلا به صرع (۵۰ نفر)، به روش نمونه‌گیری تصادفی از بیمارستان قائم و ۱۱ مدرسه از ناحیه ۶ مشهد انتخاب شده و والدین آنان پرسش‌نامه‌های توانایی‌ها و مشکلات، «فهرست رفتاری کودکان» و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی را در مدت ۲۰ دقیقه تکمیل نمودند. اعتبار ابزارها از طرق روش‌های تعیین شاخص اعتبار محتوا و اعتبار صوری مشخص و پایایی درونی ابزارها از طریق همسانی درونی بررسی گردید. یافته‌ها بر اساس آزمون‌های آماری من ویتنی آنالیز واریانس دو متغییره، آنالیز رگرسیون ساده و چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در توانایی‌های اجتماعی پسران، در دو گروه مبتلا به صرع و سالم اختلاف معنادار آماری مشخص گردید ( $P=0.02$ ). کودکان در گروه‌های مبتلا به صرع و سالم، در حیطه مشکلات ارتباط با همسالان ( $P=0.01$ ) و مشکلات عاطفی نیز اختلاف معنی‌دار آماری با یکدیگر داشتند ( $P=0.03$ ).

**نتیجه‌گیری:** اختلال صرع باعث کاهش توانایی‌های اجتماعی کودکان سن مدرسه گشته و این کودکان نسبت به همسالان سالم خود مشکلات بیشتری در حوزه رفتاری، عاطفی و ارتباط با همسالان دارند.

**واژه‌های کلیدی:** صرع، کودکان، مشکلات رفتاری، کفایت اجتماعی

**مقدمه**

تشنج‌ها در گروه سنی کودکی شایع بوده و حدوداً در ۱۰٪ کودکان اتفاق می‌افتد. کمتر از ۱/۳ موارد تشنج‌ها در کودکان به دلیل صرع ایجاد می‌شود. میزان بروز صرع در طول زندگی ۳٪ بوده که در بیش از ۱/۲ موارد در کودکی شروع می‌شود. کودکان مبتلا عموماً پیش‌آگهی خوبی داشته، اما ۲۰-۱۰٪ آن‌ها تشنج‌های مداوم و مقاوم به درمان دارند که مطرح‌کننده چالش درمان و تشخیص می‌باشد [۱]. کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع در خطر قابل ملاحظه‌ای برای آسیب‌شناسی‌های روانی<sup>۱</sup> قرار دارند [۲].

۵۰-۳۰ درصد افراد مبتلا به صرع در طول بیماری خود دچار مشکلات روانپزشکی می‌شوند. شایع‌ترین نشانه‌های رفتاری صرع تغییرات شخصیت و روان‌پریشی<sup>۲</sup> است و البته خشونت و افسردگی نیز با شیوع کمتر در صرع دیده می‌شود [۳]. با وجود آن‌که ۶۱ درصد کودکان مبتلا به صرع بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> دچار اختلالات روانپزشکی هستند، ولی تنها ۳۳ درصد آن‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند [۴].

کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع ممکن است مشکلاتی را در مدرسه، ارتباطات اجتماعی و فعالیت‌هایی مانند: ورزش و شغل‌های نیمه‌وقت تجربه کنند. همچنین این کودکان، آسیب بیشتری در زمینه کفایت اجتماعی، نسبت به همسالان سالم خود، خواهر و برادر و کودکان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن، می‌بینند [۵].

مطالعات نشان داده است که کفایت اجتماعی پایین در کودکان صرعی با خصوصیات جمعیت‌شناختی، فرهنگ، عوامل رفتاری و شناختی، و نیز با متغیرهای مربوط به تشنج و میزان اختلال عملکرد اساسی مغز ارتباط دارد.

هرچند این یافته‌ها در همه مطالعات آشکار نشده است [۵].

در مطالعه دان و همکاران مشخص شد که خطر افت تحصیلی، مشکلات در ارتباط با همسالان، مشکلات رفتاری، علائم بیش‌فعالی-کم‌توجهی و رفتارهای تکانشی در کودکان مبتلا به صرع با احتمال بیشتری دیده می‌شود [۶].

مطالعه آماترکی و همکاران نشان داد که کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع در خطر قابل ملاحظه‌ای از نظر مشکلات روانی به‌ویژه افسردگی، بیش‌فعالی-کم‌توجهی و اختلال سلوک قرار داشته و از لحاظ آموزشی و یادگیری ضعف‌های فراوانی دارند [۲].

همچنین جاکولجویس و همکاران<sup>۴</sup>، در پژوهشی که با هدف بررسی کفایت اجتماعی کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع در مقایسه با همسالان سالم انجام شد، مشخص نمودند که صرع یک عامل محدودکننده برای توانایی اجتماعی کودکان و نوجوانان می‌باشد [۷].

هدف از مطالعه حاضر، مقایسه توانایی‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به صرع و سالم در سن مدرسه می‌باشد تا با تعیین نیازهای کودک، مدیریت صحیح رفتار کودک توسط والدین صورت گرفته و ضمن آگاه‌ساختن والدین به نیازهای کودک بیمارشان، توانایی‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به صرع هرچه زودتر شناسایی و درمان شده و مراقبت مناسب ارائه گردد.

**مواد و روش‌ها**

در پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر، ۱۵۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به صرع (۵۰ نفر) و سالم (۱۰۰ نفر) به روش نمونه‌گیری تصادفی از بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی بیمارستان قائم و مدارس مشهد انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل:

1. Psychopathology
2. Schizophrenia
3. DSM-IV

4. Jakovljevic 'et.al

وهمکاران، در جمعیت مهاجر ایرانی در انگلیس، همسانی درونی ۰/۸۸ نشان داد و بر اساس آزمون مجدد ضریب همبستگی  $r = 0/87$  برای مقیاس توانایی اجتماعی به دست آمد. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی نیز سه حوزه اطلاعات مربوط به کودک، اطلاعات مربوط به والدین و اطلاعات مربوط به صرع را در بر داشت.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲ گروه از کودکان مبتلا به صرع (۵۰ نفر) و سالم (۱۰۰ نفر) در رابطه با برخی از توانایی‌های اجتماعی (فعالیت، اجتماع، مدرسه، رفتارهای مطلوب اجتماعی) و مشکلات رفتاری (مشکلات عاطفی، سلوک، بیش‌فعالی- کم‌توجهی، مشکلات ارتباط با همسالان) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. جنس کودکان مورد پژوهش در کل شامل ۴۴ درصد دختر و ۵۶ درصد پسر در دو گروه مبتلا به صرع و سالم بود. سن کودکان در دو گروه مبتلا به صرع و سالم ۱۲-۶ سال بود. بیشترین رده سنی در دو گروه سنی ۸-۶ سال بود که ۴۶/۷٪ کل نمونه‌ها را شامل می‌شد و بیشتر کودکان در سطوح پیش‌دبستانی و دوم دبستان (۱۸٪) تحصیل می‌کردند. مادران در رده سنی ۲۵-۴۹ سال بودند که بیشترین رده سنی در دو گروه مبتلا به صرع و سالم ۳۱-۳۵ سال بود و تفاوت آماری معناداری از نظر سن مادر، بین دو گروه وجود نداشت ( $p=0.2$ ). از نظر سطح تحصیلات مادران، در گروه مبتلا به صرع، ۴۸ درصد تحصیلات راهنمایی و در گروه سالم ۴۹ درصد دیپلم داشتند که تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نشد ( $p=0.07$ ). میزان درآمد ماهیانه در گروه مبتلا به صرع، ۴۶ درصد در دامنه ۱۰۰-۳۰۰ هزار تومان و در گروه سالم، ۳۶ درصد میزان درآمد ماهیانه ۵۰۰-۷۰۰ هزار تومان داشتند که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ( $p=0.08$ ).

- داشتن تشخیص قطعی بیماری صرع با تأیید متخصص اعصاب کودکان؛
- عدم ابتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، فلج مغزی و صرع پایدار در کودک؛
- عدم ابتلا به بیماری جسمی، عصبی، روانی و ناتوانی یادگیری در کودک؛
- داشتن والدین بیولوژیک با حداقل سواد خواندن و نوشتن.

دو گروه از نظر سن، جنس و وضعیت تحصیلی پدر و مادر و سطح سوشیواکونومیک خانواده همسان‌سازی شدند.

کودکان مبتلا به صرع از بین مراجعین به درمانگاه سرپایی تخصصی اعصاب اطفال بیمارستان قائم مشهد انتخاب شدند. بعد از نمونه‌گیری و انتخاب کودکان سالم از سطح مدارس ناحیه ۶ مشهد با کسب رضایت والدین، مصاحبه‌ای از تمامی نمونه‌ها توسط روانپزشک کودک و نوجوان انجام شد. پس از تأیید سلامت رفتاری این کودکان، جلساتی برای والدین کودکان منتخب که عمدتاً مادران بودند، برگزار شده و ضمن پژوهش در محیط و شرایط یکسان، پرسشنامه‌ها توسط والدین هر دو گروه کودکان تکمیل گردید.

پرسشنامه «توانایی‌ها و مشکلات کودکان ۱۶-۴ سال به گزارش والدین» شامل ۵ حیطه: مشکلات عاطفی، مشکلات سلوک، مشکلات بیش‌فعالی-کم‌توجهی و مشکلات ارتباط با همسالان و رفتارهای مطلوب اجتماعی کودک بوده و در جمعیت ایرانی، پایایی ابزار از طریق اندازه‌گیری همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ میزان همبستگی در روش مشاهده همزمان،  $ICC = 0/70$  گزارش شده است.

پرسشنامه «فهرست توانایی‌های اجتماعی کودکان ۱۲-۶ سال از نظر والدین» شامل سه حیطه: فعالیت، اجتماع و مدرسه بوده و در پژوهش محمدی

در ارتباط با عوامل جمعیت‌شناختی مانند ارتباط عاطفی با کودک، تشریک مساعی بین والدین، خُلق والدین در منزل، تفریح در خانواده، توجه به رفتارهای اجتماعی مطلوب در خانواده، استقلال کودکان، نیاز به حمایت در نحوه برخورد والد با کودک، تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مبتلا به صرع و سالم یافت نشد. (به ترتیب:  $p=0.23$ ,  $p=0.99$ ,  $p=0.85$ ,  $p=0.19$ ,  $p=0.23$ ,  $p=0.08$ ,  $p=0.15$ ) (جدول ۱).

ویژگی‌های مربوط به تشنج در گروه مبتلا به صرع شامل: مصرف داروهای ضد تشنج که ۶۲ درصد کودکان از یک دارو برای کنترل تشنج استفاده می‌کردند. از نظر نوع دارو، ۴۰ درصد کودکان از داروی اسیدوالپروئیک استفاده می‌کردند. ۶۸ درصد کل مادران در زمینه کنترل تشنج موفق بودند. بیشترین (۴۲ درصد) طول مدت تشنج، یک دقیقه کامل بود. دفعات تکرار تشنج در اکثریت کودکان (۷۲ درصد)، بدون تشنج در ۶ ماه گذشته بود. سن شروع تشنج در اکثریت کودکان مورد پژوهش (۲۶ درصد) ۳-۶ سال بود. نوع تشنج در کودکان مورد پژوهش (۵۴ درصد) عمومی یا ژنرالیزه تونیک کلونیک بود. علت تشنج در کودکان مورد پژوهش (۸۰ درصد) با علت ناشناخته یا ایدیوپاتیک بود. همچنین نتایج پژوهش در رابطه با توانایی‌های اجتماعی پسران، در دو گروه مبتلا به صرع و سالم، اختلاف معنادار آماری نشان داد ( $p=0.02$ ). ولی توانایی‌های اجتماعی دختران، در دو گروه اختلاف معنادار آماری نشان نداد ( $p=0.70$ ) (جدول ۲). بعلاوه، در رابطه با مشکلات رفتاری کودکان در دو گروه مبتلا به صرع و سالم اختلاف معنادار آماری وجود داشت. نتایج آماری در ارتباط با حیطه‌های مربوط به توانایی‌های اجتماعی، نشان‌دهنده کاهش توانایی

اجتماعی پسران در حیطه اجتماع، در گروه مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم بود ( $p=0.02$ ). در ارتباط با مشکلات رفتاری، در حیطه ارتباط با همسالان نیز در گروه مبتلا به صرع در مقایسه با گروه سالم اختلاف معنادار آماری وجود داشت ( $p=0.01$ ) (جدول ۳).

جدول ۱ نشان می‌دهد در زمینه خصوصیات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد پژوهش، دو گروه مبتلا به صرع و سالم اختلاف معناداری را نشان نداده‌اند. جدول ۲ نشان می‌دهد در سطح اجتماع بیشتر نمونه‌های پسر در گروه مبتلا به صرع و سالم در سطح طبیعی قرار داشتند. آزمون آماری من ویتنی اختلاف معنادار آماری را بین دو گروه نشان داد ( $p=0.02$ ). این معناداری حتی با حذف متغیرهای مداخله‌گر با استفاده از آزمون آنالیز واریانس دو متغیره نیز معنادار شد که معناداری واقعی را نشان داد.

جدول ۳ نیز نشان می‌دهد در سطح مشکلات عاطفی، بیشترین نمونه‌های مورد پژوهش در گروه مبتلا به صرع و سالم، در سطح طبیعی قرار داشتند. آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنادار آماری را از نظر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه مشکلات عاطفی نشان داد ( $p=0.03$ ).

در سطح مشکلات ارتباط با همسالان، بیشترین نمونه‌های مورد پژوهش در گروه مبتلا به صرع و سالم، در سطح طبیعی قرار داشتند. آزمون آماری من ویتنی تفاوت معنادار آماری را از نظر مشکلات رفتاری کودکان در حیطه مشکلات ارتباط با همسالان نشان داد ( $p=0.01$ ).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اکثریت واحدهای مورد پژوهش بر حسب برخی خصوصیات جمعیت‌شناختی کودکان سن مدرسه سالم و مبتلا به صرع در مشهد سال ۸۹-۱۳۸۸

P- value	سالم (۱۰۰ نفر)		مبتلا به صرع (۵۰ نفر)		مشخصات دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۲	۳۴	۳۴	۵۰	۲۵	سن ۳۰-۳۵ سال	سن مادر
۰/۰۷	۱۴	۱۴	۴۸	۲۴	راهنمایی	تحصیلات مادر
	۴۹	۴۹	۲۴	۱۲	دیپلم	
۰/۴۶	۷۲	۷۲	۷۸	۳۹	خانه دار	شغل مادر
۰/۰۸	۴۸	۴۸	۳۶	۱۸	همیشه	ارتباط عاطفی والدین با کودک
۰/۲۳	۵۵	۵۵	۵۰	۲۵	همیشه	تشریک مساعی بین والدین
۰/۱۹	۷۳	۷۳	۶۲	۳۱	معمولی	خلق والدین در منزل
۰/۸۵	۵۷	۵۷	۴۶	۲۳	اغلب اوقات	تفریح در خانواده
۰/۹۹	۵۵	۵۵	۵۶	۲۸	همیشه	توجه والدین به رفتارهای مطلوب اجتماعی کودک
	۳۰	۳۰	۵۲	۲۶	همیشه	
۰/۱۵	۵۳	۵۳	۲۴	۱۲	گاهی	نیاز به حمایت در نحوه برخورد والدین با کودک
	۲۵	۲۵	۵۶	۲۸	همیشه	
۰/۰۰	۴۵	۴۵	۲۲	۱۱	گاهی	نیاز والدین به مشاوره روانی- اجتماعی
	۵۷	۵۷	۴۸	۲۴	در خانه و مدرسه مستقل	

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب توانایی‌های اجتماعی پسران کودکان سن مدرسه سالم و مبتلا به صرع در مشهد سال ۸۹-۱۳۸۸

P- value	مقدار آماره آزمون من ویننی	گروه				سطح	توانایی‌های اجتماعی پسران
		سالم		مبتلا به صرع			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۸۴	-۰/۱۹	۷۳/۲	۴۱	۷۱/۴	۲۰	طبیعی=۸/۵ و بالاتر	فعالیت
		۱۲/۵۵	۷	۱۴/۳	۴	حدمرزی=۷-۸	
		۱۴/۳	۸	۱۴/۳	۴	بالینی=۰-۶/۵	
		۱۰۰	۵۶	۱۰۰	۲۸		جمع
۰/۰۲	-۲/۲۵	۸۹/۳	۵۰	۷۱/۴	۲۰	طبیعی=۵ و بالاتر	اجتماع
		۹/۸	۵	۷/۱	۲	حدمرزی=۴-۵/۵	
		۱/۸	۱	۲۱/۴	۶	بالینی=۳-۳/۵	
		۱۰۰	۵۶	۱۰۰	۲۸		جمع
۰/۰۴	-۲/۰۳	۸۷/۵	۴۹	۶۷/۹	۱۹	طبیعی=۳/۵ و بالاتر	مدرسه
		۵/۴	۳	۲۱/۴	۳	حدمرزی=۳	
		۷/۱	۴	۱۰/۷	۳	بالینی=۰-۲/۵	
		۱۰۰	۵۶	۱۰۰	۲۸		جمع

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشکلات رفتاری کودکان گروه سالم و مبتلا به صرع سن مدرسه در مشهد سال ۱۳۸۸-۸۹

p-value	مقدار آماره آزمون من ویتنی	گروه						مشکلات رفتاری	
		جمع		سالم		مبتلا به صرع			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۳	-۲/۱۲	۸۸	۱۳۲	۸۴	۸۴	۹۶	۴۸	طبیعی=۳-۰	عاطفی
		۵/۳	۸	۷	۷	۲	۱	حدمرزی=۴	
		۶/۷	۱۰	۹	۹	۲	۱	بالینی=۱۰-۴	
		۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰		جمع
۰/۲۶	-۱/۱۱	۷۶/۷	۱۱۵	۷۴	۷۴	۸۲	۴۱	طبیعی=۲-۰	سلوک
		۱۲	۱۸	۱۳	۱۳	۱۰	۵	حدمرزی=۳	
		۱۱/۳	۱۷	۱۳	۱۳	۸	۴	بالینی=۱۰-۴	
		۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰		جمع
۰/۱۱	-۱/۵۸	۸۳/۳	۱۲۵	۸۰	۸۰	۹۰	۴۵	طبیعی=۵-۰	بیش فعالی-کم توجهی
		۴/۷	۷	۵	۵	۴	۲	حدمرزی=۶	
		۱۲	۱۸	۱۵	۱۵	۶	۳	بالینی=۱۰-۷	
		۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰		جمع
۰/۰۱	-۲/۵۰	۴۲	۶۳	۳۶	۳۶	۵۴	۲۷	طبیعی=۲-۰	ارتباط با همسالان
		۲۷/۳	۴۱	۲۷	۲۷	۲۸	۱۴	حدمرزی=۳	
		۳۰/۷	۴۶	۳۷	۳۷	۱۸	۹	بالینی=۴-۰	
		۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰		جمع

### بحث

این پژوهش میزان توانایی‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به صرع با کودکان سالم سنین مدرسه را مورد بررسی و مقایسه قرار داد. در ارتباط با توانایی‌های اجتماعی، نتایج نشان داد در حیطه اجتماع، حتی با کنترل متغیرهای مداخله‌گر (شامل سن مادر، تحصیلات مادر، میزان درآمد، نیاز به مشاوره روانی-اجتماعی والدین) دو گروه سالم و مبتلا به صرع اختلاف آماری معناداری داشتند. البته این معناداری که فقط در گروه پسران مشاهده شد، شاید به این دلیل باشد که پسران در سن مدرسه بیشتر تمایل به فعالیت‌های خارج از منزل دارند [۷] و اضطراب والدین [۸] و نگرش منفی جامعه از بیماری صرع [۹] می‌تواند باعث کاهش توانایی‌های اجتماعی آنان شود. نتایج پژوهش جاکولجوپس و همکاران [۷] نیز نشان داد که عامل جنس در کاهش توانایی‌های اجتماعی کودکان مبتلا به

صرع تاثیرگذار می‌باشد که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهش تورنتن و همکاران [۵]، مشخص شد که کفایت اجتماعی در همه حیطه‌های فعالیت، اجتماع و مدرسه، در کودکان مبتلا به صرع کمتر از کودکان سالم (خواهر یا برادر غیر بیمار آنها) می‌باشد و در پژوهش حاضر نیز در گروه پسران مبتلا به صرع، کاهش کفایت اجتماعی فقط در حیطه اجتماع، تفاوت آماری معناداری با گروه سالم خود نشان داد. این مسئله ممکن است به این علت باشد که مدرسه از بیماری کودک بی‌خبر می‌باشد و تفاوتی بین کودکان صرعی و سالم در مدرسه از نظر کنترل بیشتر در این زمینه وجود ندارد.

در پژوهش حاضر کودکان مبتلا به صرع در حیطه ارتباط با همسالان، در مقایسه با گروه سالم حتی با وجود کنترل متغیرهای مداخله‌گر (شامل سن مادر،

کودکان از نظر ضریب هوشی تفاوت معناداری با همسالان طبیعی خود ندارند، ضعف عملکرد اجتماعی کودک در جامعه و مدرسه می‌تواند باعث احساس سرخوردگی و کاهش اعتماد به نفس وی گردد که این امر نیاز به ارزیابی در حوزه‌های فوق را در همه کودکان صرعی مطرح می‌نماید و توجه‌دادن پزشکان مرتبط با درمان کودکان صرعی و والدین و سایر مراقبین و همچنین اولیای مدرسه به این نکات بسیار ضروری است، تا هر چه زودتر مشکلات احتمالی این کودکان شناسایی و مورد حل و فصل قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم بیان صحت قطعی والدین در پاسخگویی به سوالات، همچنین عدم اندازه‌گیری اضطراب و افسردگی والدین، تنش خواهر و برادران، توانایی مراقبت کودک بیمار از خود و همچنین عدم مصاحبه از خود کودک را در ارتباط با مشکلات و نیازهای مراقبتی اشاره کرد.

### نتیجه‌گیری

اختلال صرع باعث کاهش توانایی‌های اجتماعی کودکان سن مدرسه گشته و این کودکان نسبت به همسالان سالم خود مشکلات بیشتری در حوزه رفتاری، عاطفی و ارتباط با همسالان دارند و این مسئله لزوم توجه به وضعیت تحصیلی، عملکرد بین فردی و ارزیابی‌های روان‌شناختی را در این کودکان مطرح می‌سازد.

### تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قدردانی گردد. همچنین از راهنمایی‌های اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد سرکار خانم دکتر اشرف زاده و آقای دکتر جواد آخوندیان و کلیه افرادی که در اجرای پژوهش حاضر صمیمانه همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

تحصیلات مادر، میزان درآمد، نیاز به مشاوره روانی-اجتماعی والدین با استفاده از آزمون آنالیز واریانس دومتغیره) توانایی کمتری داشتند و این تفاوت معنادار بود، شاید به این دلیل که کودکان مبتلا به صرع با توجه به برچسب‌خوردن از بابت بیماری، اعتماد به نفس پایین‌تری داشته و از ارتباط با همسالان خود ترس دارند و این موضوع در دوستیابی آنان تاثیرگذار بوده و کمتر تمایل به برقراری ارتباط با همسال خود دارند [۱۱و۱۰]. این کودکان در حوزه مشکلات عاطفی نیز تفاوت معنادار آماری با یکدیگر داشتند، و این نتایج با نتایج پژوهش آمانترکی و همکاران هم‌هنگ است. همچنین نتایج پژوهش آستین جون و همکاران<sup>۱</sup> [۱۲] مشخص کرد که کاهش اطمینان والدین به توانایی‌هایشان در نظم و تربیت کودک، کاهش استقلال کودک، نگرانی والدین، نیاز والدین برای حمایت روانی-اجتماعی، کاهش ارتباط عاطفی والدین با کودک، و عدم همکاری یا تشریک مساعی والدین، مشکلات رفتاری را در کودک مبتلا به صرع افزایش می‌دهد، اما در پژوهش حاضر موارد ذکرشده بین دو گروه مبتلا به صرع و سالم سن مدرسه، اختلاف آماری معناداری نشان نداد.

نتایج پژوهش کاپلان و همکاران<sup>۲</sup> [۱۳] نشان داد کودکان مبتلا به صرع نمرات پایین توانایی‌های اجتماعی را تنها در حیطه مدرسه نشان دادند و در پژوهش حاضر نمرات پایین توانایی‌های اجتماعی در حیطه اجتماع و مدرسه دیده شد.

در نهایت با توجه به نتایج حاصل از پژوهش مذکور به نظر می‌رسد که کودکان مبتلا به صرع نسبت به همسالان طبیعی خود مشکلاتی در حوزه رفتاری، هیجانی و ارتباطی دارند و این بیماری باعث اختلال در عملکرد و توانمندی‌های اجتماعی کودک در اجتماع و نیز در محیط مدرسه می‌گردد و با توجه به این که این

1. Austin joan et.al

2. Caplan et.al

منابع

- 1- Nelson. Textbook of pediatrics. 19 th edition, chapter S 86. 2011: 1993.
- 2- Turkey A, et al. Psychopatology in children and adolescents with epilepsy: An investigation of predictive variables. *Epilepsy and Behavior*. 2008; 12(1): 136 –144.
- 3- Saduck V, Saduck B. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences, clinical psythiatry*. 10th Edition. New York. Oxford university press. 2007.
- 4- Ott D, et al. Behavioral disorders in pediatric epilepsy: Unmet psychiatric need. *Epilepsia*. 2003; 44(7): 591-597.
- 5- Thornton N, et al. Family function in cognitively normal children with epilepsy: Impact on competence and problem behaviors. *Epilepsy and Behavior*. 2008; 12(1): 90-95.
- 6- Dunn DW, et al. Symptoms of depression in adolescents with epilepsy. *Journal of American Academic child Adolescents Psychiatry*. 1999; 38(9): 1132-1138.
- 7- Jakovljevic V, Martinavic Z. Social competence of children and adolescents with epilepsy. *Seizure*. 2006; 15(7): 528-532.
- 8- Wiliams J, Steel CH, et.al. Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*. 2003; 4(5):483-486.
- 9- Gardianfong C, Hung A. Public awareness, attitude and understanding of epilepsy in Hongkong, Special Administrative Region, China. *Epilepsia*. 2002; 43(3):311-316.
- 10- Westbrook LE, Bauman LJ, et.al. Applying stigma, theory to epilepsy: a test of a conceptual model. *Journal of Pediatric Psychology*, 1992; 17(5).
- 11- McLin WM, Deboer HM. Public Perceptions about epilepsy. *Epilepsia*. 1995; 3(6).
- 12- Austin JK, et al. correlates of behavior problems in children with epilepsy. *Epilepsia*. 2004; 33(6): 1115- 1122.
- 13- Caplan R, et al. Social competence in pediatric epilepsy: Insights into underlying mechanisms. *Epilepsy and Behavior*. 2005; 6(2): 218-228.

## Comparing Social Competence and Behavioral Problems of Healthy Children and Children with Epilepsy in the Age of 6-12 Years Old

Ghasempour A, Nourian M, Moharari F\*, Khalesi H, Yaghmaie F, Akbarzadeh baghban A

\*Corresponding Author, E-mail: mohararif1@mums.ac.ir

### ABSTRACT

**Background & Objectives:** Epilepsy is relatively common neurological disease of childhood that affects approximately 5-10 per 1000 children. This disorder affects ability and performance of children and influences their mental health. This study aimed to determine the social competence and behavioral problems of healthy school-age children and children with epilepsy.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 150 children in the age of 6-12 years including 50 with epilepsy and 100 healthy ones were selected from Ghaem Hospital and 11 schools located in Region 6 of Mashhad city. Parents completed "Strength and difficulties", "Child behavior", and "demographic characteristics" Questionnaires within 20 minutes. Validity of questionnaires was determined through content and face validity methods and reliability was assessed by internal consistency. Data were analyzed by Mann-Whitney, variance analysis, and multiple regression tests.

**Results:** Statistically significant difference was observed between social competence of epileptic and healthy boys ( $P=0.02$ ). Problems in relation with peers ( $P=0/01$ ) and emotional problem ( $P=0/03$ ) in children with epilepsy significantly differed from those of healthy children.

**Conclusion:** Epilepsy disorder reduces social ability of school-age children and they have more difficulties regarding to behavioral, emotional, and communication with peers than their healthy peers.

**Key words:** Epilepsy, Children, Behavioral problems, Social competence.