

رژیم کتوزنیک و مراقبت های پرستاری در صرع مقاوم کودکان

مهناز احمدی: دفتر توسعه پژوهش بیمارستان امام رضا(ع) دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

مقدمه: رژیم کتوزنیک یک رژیم درمانی با جربی بالا، پروتئین اندک، کربوهیدرات کم می باشد این رژیم ابتدا در درمان صرع هایی که به سختی کنترل می شد، مورد استفاده قرار می گرفت. مکانیسم دقیق عملکرد رژیم کتوزنیک ناشناخته است اما مکانیسم اساسی آن مشتمل بر تغییر در متابولیسم، ماهیت سلولی و تغییر اجزای خارجی سلول مغز است.

روش مطالعه: این مطالعه مروری به روش متاآنالیز با استفاده از منابع کتابخانه ای و *search* مقالات موجود در اینترنت تهیه شده است.

یافته ها: رژیم کتوزنیک اولین بار در سال ۱۹۲۱ به عنوان یک روش درمان صرع مقاوم در کودکان استفاده شد و از سال ۱۹۵۰ پیشرفتی در درمان کودکان مبتلا به صرع ایجاد نمود. سپس در سال ۱۹۶۰ این روش درمانی در بیمارستان اطفال رویال ملبورن استفاده شد. در ۱۹۹۴ چندین مرکز، مطالعاتی انجام دادند و نتایج آن در سال ۱۹۹۶ به انجمن صرع آمریکا ارائه شد. نتایج نشان داد که کودکان مبتلا به صرع مقاوم به این درمان با موفقیت جواب می دهند. بزرگترین مطالعه آینده نگر جدید در مورد این رژیم در سال ۱۹۹۸ در بیمارستان جان هاپکینز انجام شد که نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که در ۲۶ درصد بیماران حملات خوب کنترل شد و در ۳ درصد از بیماران حملات کاملاً کنترل شد.

بحث و نتیجه گیری: این روش درمانی اگر چه توانسته حملات صرع مقاوم را کنترل کند اما نیازمند همکاری پزشک، متخصص تغذیه و پرستار می باشد، زیرا این روش دارای عوارضی چون یبوست، کاهش وزن، اسیدوز خفیف، هیپوگلاسمی، افزایش چربی خون و احتمال افزایش سنگهای کلیوی است و در نتیجه نیازمند برنامه مدون خاصی است که در اصل مقاله به تفسیر آن پرداخته خواهد شد.

واژه های کلیدی: صرع مقاوم، رژیم کتوزنیک، مراقبت های پرستاری.

اثرات سمی عوامل شیمیایی بر تکامل عصبی کودکان

محمود اصغری، کلثوم دلدار: کارشناس ارشد پرستاری

مقدمه: از هر ۶ کودک، یک کودک دچار ناتوانی تکاملی است. اختلالات عصبی تکاملی مثل اوتیسم، اختلال کمبود توجه، عقب‌ماندگی ذهنی و فلج مغزی مشکلاتی شایع و گران بوده و می‌توانند باعث ایجاد ناتوانی در سراسر عمر شوند. علل آنها معمولاً ناشناخته هستند. البته چند ماده شیمیایی صنعتی (مثل سرب، جیوه *P.C.B*، آرسنیک و تولوئن) به عنوان علل احتمالی اختلالات عصبی - تکاملی و بدی عملکرد تحت بالینی مغز شناخته شده‌اند. این احتمال که بین مواد شیمیایی و تغییرات عصبی - رفتاری رایج و معمول ارتباطی وجود دارد، اولین بار زمانی ارائه شد که محققین ثابت نمودند که سرب در میزانهای مختلف مواجهه برای مغز در حال تکامل سمی است. این گزارش با سایر نتایجی که خاطر نشان می‌کردند بسیاری از آلاینده‌های محیطی برای تکامل اولیه مغز سمی می‌باشند، تطابق داشت. یک کمیته متخصص از هیأت تحقیقات ملی آمریکا اعلام کرد که ۳ درصد ناتوانی‌های تکاملی، نتیجه مستقیم مواجهه محیطی با چنین موادی هستند و حدود ۲۵ درصد دیگر حاصل تعامل بین فاکتورهای محیطی و حساسیت ژنتیکی مشخص می‌باشند.

مواجهه با چنین مواد شیمیایی در طی تکامل اولیه جنین می‌تواند باعث بروز آسیب مغزی در دوزهای بسیار پایین‌تر از آنچه بر مغز بالغین تأثیر می‌گذارد، شود. از نظر تئوری، همه‌گیری جهانی مسمومیت عصبی - تکاملی ایجاد شده توسط مواد شیمیایی قابل پیشگیری است. یک پیش نیاز مهم برای به کارگیری روشهای پیشگیری، بازشناسی توانایی ماده شیمیایی در آسیب رساندن به مغز در حال تکامل است. دانستن این نکته که یک ماده شیمیایی می‌تواند باعث سمیت عصبی گردد، باعث انجام تلاشهای برای محدود کردن استفاده از آنها و همچنین کنترل میزان مواجهه با آنها می‌گردد.

در ادامه، به بررسی اثرات فلزات سنگین مثل سرب و جیوه، حلالهایی همانند اتانول، آفت کش‌ها و بعضی مواد دیگر از جمله منگنز، فلوراید و پرکلرات و داروهایی همچون فنی توئین و متامفتامین‌ها بر روی تکامل مغز کودکان پرداخته شده است.

واژه‌های کلیدی: سمیت عصبی تکاملی، مواد شیمیایی، کودکان.

بررسی اپیدمیولوژیک کودکان مبتلا به سندروم گیلن باره در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز در سال ۸۶-۸۵

نسرین اکبری، پونه نویدی: کارشناس پرستاری مرکز آموزشی درمانی کودکان

مقدمه و اهداف: نشانگان گیلن باره عبارت است از یک بیماری التهابی نادر که دستگاه عصبی مرکزی را درگیر می‌کند و به سرعت موجب ضعف عضلات و بی‌حسی می‌شود. این نشانگان می‌تواند در تمام سنین رخ دهد اما بین ۵۰-۳۰ سالگی شایع‌تر است.

علائم شایع: مراحل اولیه: ضعف عضلات دست و پا، ساعد، بازو، ساق و ران‌ها، شکم و قفسه سینه. ضعف عضلات در عرض ۷۲ ساعت پیشرفت می‌کند و ممکن است باعث بروز مشکلات تنفسی تهدیدکننده حال بیمار شود. شوک (ضعف، غش، سرد شدن دست‌ها و پاها، تند شدن ضربان قلب، تعریق).

مراحل بعدی: گاهی فلج کامل برای هفته‌ها یا ماه‌ها

علل: ناشناخته است، اما امکان دارد یک اختلال خود ایمنی باشد. این نشانگان گاهی به دنبال واکنش‌های ایمنی یا جراحی‌های کوچک ایجاد می‌شود.

عوامل افزایش دهنده خطر: جراحی اخیر - واکنش‌های ایمنی اخیر، بیماری اخیر، مثل عفونت خفیف تنفسی، گاستروانتریت، بیماری هوچکین، یا لوپوس اریتماتوی منتشر.

عوارض احتمالی: فلج عضلات پلک، که منجر به آسیب چشم می‌شود. ترومبوفلیت - ذات‌الریه-نارسایی تنفسی - زخم‌های ناشی از فشار آمدن بیش از حد به نقاط خاص بدن در اثر فلج-یبوست-مشکل مزمن در دستگاه عصبی.

هدف از این بررسی تعیین خصوصیات اپیدمیولوژیک سندروم گیلن باره در بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز می‌باشد.

روش تحقیق: بررسی صورت گرفته بر روی پرونده‌های بیماران گیلن باره مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز در سالهای ۸۶-۸۵ می‌باشد که اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزارهای آماری به کامپیوتر وارد و مورد آنالیز قرار گرفتند.

یافته‌ها: از مجموع ۷۳ مورد بیمار بستری شده در سالهای ۸۵-۸۶، ۳۷ مورد جنس مذکر و ۳۶ مورد مؤنث بوده‌اند. در سال ۸۵ تعداد بیماران بستری شده ۳۷ مورد و در سال ۸۶ این تعداد ۳۶ مورد بوده است. متوسط روزهای بستری در سال ۸۵ حدود ۱۰ روز و سال ۸۶ حدود ۶.۵ روز بوده است. در هر دو سال بیشتر موارد بستری مربوط به نیمه اول سال می‌باشد. از کل موارد، ۱۵ مورد در بخش *ICU* بستری شده و از ۳۷ مورد سال ۸۵ سه نفر و از ۳۶ مورد سال ۸۶ دو مورد تحت تهویه مکانیکی قرار گرفته‌اند.

همچنین محدوده سنی بیماران و محدوده جغرافیائی بیماری، نوع درمان، جواب به درمان، ونتیلاسیون، عوارض مربوط به آن و وضعیت بیمار در حین ترخیص مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت تشخیص و درمان به موقع کودکان دچار سندروم گیلن‌باره، شناسائی خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماری در هر منطقه و در نظر گرفتن آنها در برخورد با موارد فلج شل حاد مهم می‌باشد.

از آنجائی که بیماران و خانواده آنها معمولاً از شروع ناگهانی نشانه‌های تهدید کننده و شدت آنها می‌ترسند بنابراین آموزش بیمار و خانواده درباره اختلال و پیش آگهی معمولی آن ضروری است.

بررسی بالینی و باکتریایی نوزادان مبتلا به مننژیت باکتریال، بستری در بخش *NICU* بیمارستان امام رضا (ع) به مدت ده سال

رعنا امیری، دکتر اشرف محمدزاده، دکتر احمدشاه فرहत: مرکز تحقیقات نوزادان بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه و اهداف: از آنجاییکه مننژیت نوزادی یکی از علل مهم مورتالیتی و موربیدیتی در نوزادان به شمار می‌رود و با توجه به اینکه میزان شیوع باکتری‌های ایجادکننده آن در مناطق مختلف متفاوت است شناخت عوامل مولد بیماری و شروع درمان سریع‌تر در کنترل و پیشگیری از بیماری می‌تواند مؤثر باشد. لذا به منظور تعیین توزیع فراوانی علل میکروبی و نمای بالینی مننژیت باکتریال این بررسی در *NICU* بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: کلیه نوزادانی که با تشخیص مننژیت میکروبی در *NICU* بیمارستان امام رضا (ع) مشهد از مهر ماه ۱۳۷۰ تا آبان‌ماه ۱۳۸۰ بستری شده بودند تحت یک مطالعه گذشته‌نگر قرار گرفتند. در این بررسی اطلاعاتی شامل جنس، وزن هنگام تولد، سن حاملگی، سن مراجعه، نوع زایمان، محل زایمان، تظاهرات بالینی اولیه نوزاد و نتایج کشت خون و کشت مایع نخاع از پرونده‌ها استخراج شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری *SPSS* انجام شده است. برای بیان مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است.

یافته‌ها: در مدت ده سال از ۱۲۰۵۰ مورد بستری در *NICU*، ۹۸ (۰/۸۱ درصد) نوزاد مبتلا به مننژیت تحت مطالعه قرار گرفتند. نسبت ابتلا پسر به دختر ۲/۴ به یک بود. شایعترین تظاهرات بالینی در هنگام مراجعه نوزاد علائم غیراختصاصی همچون تظاهرات گوارشی و تب بود. شایعترین عامل باکتریال بدست آمده از کشت مایع نخاع *E. coli* و پس از آن انتروکوک و پسودوموناس بودند. در ۵۵/۱ درصد از نوزادان بروز علائم در هفته اول زندگی بوده است.

نتیجه‌گیری: شایعترین عوامل مولد مننژیت باکتریال در مطالعه حاضر باسیل‌های گرم منفی بودند علائم بالینی غیراختصاصی و اکثر آنها (۵۵/۱ درصد) در هفته اول تولد بروز کردند که احتمال آلودگی محیطی زودرس را مطرح می‌کند.
واژه‌های کلیدی: نوزاد، مننژیت، تظاهرات بالینی.

Clinical and bacteriological profile of neonatal in neonatal admitted in NICU of Emam Reza hospital , for ten years

Purpose: Neonatal meningitis is one of the most important causes of mortality and morbidity in newborns. Early recognition of etiology organism and start treatment can cause on better intervention and prevent progress of this disease. In order to determine the frequency of bacterial isolates from CSF culture and clinical profile this study was performed in NICU of Emam Reza hospital.

Materials and Methods: Newborns with final diagnosis of meningitis were studied retrospectively from mehr 1370 to aban 1380 in NICU of Emam Reza hospital. factors such as sex, birth weight, gestational age, delivery site, initial clinical manifestation, results of blood culture, CSF culture were extracted from documents. The analysis of data was done by SPSS and frequency distribution, mean and standard deviation.

Results: Ninety eight newborns were selected. Male to female ratio was 2.4/1. Clinical presentation was non – specific. clinical manifestations were fever and gastrointestinal signs. Majority (65%) of the culture isolated gram negative bacilli most commonly E coli, Enterococcus and pseudomonas. Symptoms manifested in the first week of life in 55.1 percent of newborn.

Conclusion: The most common causes of bacterial meningitis in our study were gram negative bacillus. Clinical manifestations were non specific; most of them appeared in first week of life probably due to early environmental contamination.

Key words: Newborn, meningitis, clinical manifestations.

توانبخشی صرع در کودکان

زهرا امین ناصری، ویدا فرج‌پور: کارشناسان مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

صرع در هر سنی می‌تواند آغاز شود اما بیشترین زمان شروع آن در اوان زندگی است. هر چند تصور بر این است که صرع با ناتوانیهای ذهنی و جسمی همراه است. اما در کودکان مبتلا به صرع کودکان باهوش طبیعی نیز دیده می‌شوند. لذا باید سعی شود تا با کمک همه جانبه از طرف والدین میزان توانایی کودک را بارور کرد.

بحث: شش گام اساسی برای پیشگیری از ابتلای صرع به معیار *WHO* عبارتند از:

مراقبت پیش از تولد

زایمان بی خطر

کنترل تب کودکان

کاهش ضربه مغزی

کنترل بیماری‌های عفونی و انگلی

مشاوره ژنتیک

در کودکان مصروع به عنوان اولین اقدام تقویت مؤثر اعتماد به نفس به وی اساسی است و ورزش در این میان از اقدامات مؤثر است. اما باید توجه داشت که حرکات بدنی خسته کننده - فشارهای روانی و هیجانی شدید همراه ورزش می‌تواند برای کودک مصروع خطرناک باشد. مدیریت و کنترل بر استرس ناشی از حملات صرع در محیط آموزش مانند مدرسه نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا باید والدین اطلاعات کافی از بیماری کودک خود به مدرسه بدهند. استفاده از دارو طوری باید تنظیم شود که نیازی به مصرف دارو بین روز و در مدرسه نباشد. کودک دچار صرع نباید از بیماری خود بعنوان یک بهانه برای رفع تکلیف استفاده نماید. والدین باید آموزش مقابله با استرس و یا پرهیز از موارد استرس زا را به فرزند خود بیاموزند.

نتیجه: کودکان مصروع فرزندان سالمی هستند که در صورت استفاده صحیح از داروها و مراقبت‌های منظم والدین و اولیای مدرسه می‌توانند زندگی سالمی را داشته باشند.

کودک آزاری و تشنجهای غیر صرعی

نیره باغچقی، حمیدرضا کوهستانی: مربی هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

مقدمه: تشنجهای غیرصرعی طی سالیان، مجموعه‌ای از نامهای متفاوتی به خود گرفته‌اند: حملات هیسیتریک، حملات صرع کاذب، حملات روانزاد و... با وجودیکه این بیماریها نادر نیستند ولی تشخیص و درمان این مشکلات سخت می‌باشد. از آنجا که تشخیص و درمان بیماری صحیح انجام نمی‌شود، لذا با مراجعات متعدد این بیماران به مراکز درمانی و صرف هزینه‌های زیاد جهت درمان، امکانات بسیار زیادی به هدر می‌رود.

متن: در کلینیک‌های اعصاب، بیماران زیادی با علائم رفتاری صرع وجود دارند که در EEG آنها علائمی دال بر صرع مشاهده نمی‌گردد، به چنین حالاتی تشنجهای غیرصرعی گفته می‌شود. متأسفانه برای حدود ۳۷-۵ درصد این بیماران، تشخیص صرع گذاشته می‌شود که چنین تشخیص نادرستی منجر به دریافت نابه جای داروهای ضد صرع می‌شود بدون اینکه بهبودی در وضعیت این افراد ایجاد شود. علتی را که می‌توان برای توجیه این مشکلات در نظر گرفت، احتمالاً وجود مشکلات روانی می‌باشد. در این بیماران سابقه مشکلات روانی مختلفی مثل افسردگی، اضطراب و... وجود دارد. یکی دیگر از مسائلی را که می‌توان در تاریخچه این افراد مشاهده نمود، داشتن تجربه کودک آزاری در دوران کودکیشان است. بد رفتاری با کودک یک فاجعه و یک اشتباه انسانی است. در ابتدایی‌ترین سطح آن بد رفتاری با کودک بی‌انگیز ناتوانی والدین است، ناتوانی در محافظت از کودک در برابر آسیب و ناتوانی در ایجاد جنبه‌های مثبت ارتباط والدین. مطالعات جدید بر روی این افراد نشان داده که اشکال مختلفی از سوء استفاده (روانی و جسمی) این افراد را تحت تأثیر قرار داده است. سوء استفاده جسمی از کودکان می‌تواند به اشکالی مانند تنبیه جسمی، خشونت خواهر و برادرها و... صورت بگیرد. سوء استفاده جنسی از کودکان را نیز می‌توان هم جزء سوء استفاده جسمی و هم جزء سوء استفاده روانی طبقه‌بندی نمود. باید این نکته را نیز مدنظر داشت که رشد اجتماعی - شناختی

و رشد تحصیلی و هوشی کودکانی که مورد کودک آزاری (سوء استفاده) قرار گرفته‌اند در مقایسه با همسالانشان تأخیر دارد. همچنان محققان ذکر کرده‌اند که مرحله رشدی که در آن سوءاستفاده صورت گرفته است، عامل اصلی در نوع نشانه‌ها می‌باشد. تحقیقات نشان داده است که مورد سوء استفاده واقع شدن در دوران بزرگسالی نیز می‌تواند زمینه‌ساز تشنج‌های غیرصرعی گردد. بنابراین تأثیر سوء استفاده در دوران بزرگسالی نسبت به آنچه که قبلاً تصور می‌شده بسیار بیشتر است. به علاوه در خانواده بسیاری از این بیماران، یک فرد مبتلا به صرع وجود داشته است، از این رو احتمالاً الگوسازی در پیشرفت تشنج‌های غیر صرعی می‌تواند مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری: هدف از درمان این افراد شامل شناسایی تشنج‌های غیر صرعی و حذف عواملی است که باعث تظاهر این علائم می‌شود. معمولاً به دنبال مداخلات روان شناختی، نتایج مطلوبی به دست می‌آید. افزایش آگاهی شاغلین سیستم‌های بهداشتی در مورد این بیماری باعث می‌شود تا افراد مبتلا به درستی تشخیص داده شوند و به طور مناسب ارجاع داده شوند و در حد امکان درمان شوند. این کار منجر به صرفه جویی و جلوگیری از صرف هزینه‌های بسیار جهت مداخلات تشخیصی و درمانی می‌گردد و به علاوه عوارض کمتری نیز برای این بیماران به دنبال دارد.

کلید واژه: کودک آزاری، تشنجهای غیرصرعی، اطفال.

تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و عملکرد والدین کودکان تب تشنجی در مورد اندازه‌گیری تب

پروین بزاز اقبالی: مرکز آموزشی و درمانی کودکان تبریز

مقدمه: همان طور که از نام تب تشنج پیداست تشنجی است که به علت بالا رفتن دمای بدن ایجاد می‌شود در اکثر موارد تشنج در ۲۴ ساعت اول از زمان شروع تب دیده می‌شود. برخی از مطالعات بالا رفتن سریع تب را نیز به عنوان علت تشنج ذکر کرده‌اند. چون عامل اصلی شروع تشنج در این گروه تب می‌باشد به نظر می‌رسد که جلوگیری از افزایش تب تا حدودی مانع از وقوع تشنج خواهد شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر یک روش نیمه تجربی است. در این مطالعه ۵۰ مورد بیمار تب تشنجی که در بخش اعصاب بیمارستان کودکان تبریز در خرداد و تیر ماه سال ۸۵ بستری شده بودند از نوع نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و جامعه پژوهش، مادران بیماران تب تشنجی بودند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه ۳ قسمتی بود که عبارت از مشخصات دموگرافیک کودک، مادر و دیگری سوالات به صورت چک لیست پرسشی و مشاهده‌ای از آگاهی و عملکرد مادران در مورد اندازه‌گیری تب بود. که ابتدا بصورت انجام *pre test* و سپس آموزش و در آخر *post test* توسط پژوهشگر از مادر بیمار به عمل آمد و سپس داده‌ها با استفاده از ابزار *spss* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که مبتلایان به تب تشنج بین ۵ ماهه تا ۷ ساله، اکثراً اولین فرزند و اولین بار بود که دچار تشنج شده بودند میزان تحصیلات مادران اکثراً کمتر از دیپلم بود و در پسران شایعتر از دختران بود. مادران قبل از آموزش به ۳۰ درصد سوالات پاسخ صحیح داده بودند در حالی که بعد از آموزش به ۸۸/۴ درصد سوالات پاسخ صحیح داده شده بود و روش اندازه‌گیری تب از نظر عملکرد اصلاح شده بود.

نتیجه‌گیری: آموزش تب سنجی صحیح به مادران نقش بسزایی در کاهش اضطراب والدین، افزایش آگاهی مادران در مورد درجه حرارت نرمال و غیر نرمال در نتیجه درمان تب به طور صحیح و کامل و نهایتاً کاهش بروز تب تشنج دارد بنابراین با توجه به نیاز آموزشی والدین توصیه می‌شود که پرستاران ساعتی از زمان کار خود را به آموزش بیماران اختصاص دهند.

تأثیر تغذیه در کنترل صرع کودکان

حمیرا بنکدار: کارشناس ارشد بیهوشی، مربی دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی

اغلب متخصصین معتقدند هنگامی که استفاده از دو و یا چند دارو در کنترل صرع با شکست مواجه می‌شود و یا درمان دارویی باعث عوارض می‌گردد و جان کودک را تهدید می‌کند استفاده از رژیم غذایی بسیار با ارزش است. رژیم کتوژنیک درمانی بسیار مناسب در کودکان صرعی می‌باشد.

مطالعات آماری نشان می‌دهد که این نوع رژیم در نیمی از کودکان مبتلا به صرع باعث پیشگیری از حملات تشنجی خواهد شد.

رژیم معمولاً در بیمارستان شروع می‌شود. کودک ۲۴ ساعت ناشتا نگه داشته می‌شود و به دقت تحت نظر قرار گرفته می‌شود تا چگونگی مقابله با استرس را در خلالی که غذا دریافت نمی‌کند را بررسی کنند. هنگامی که کودک شروع به سوزاندن چربی جهت تولید انرژی به جای قند می‌کند (کتوزیس) متخصص تغذیه به تدریج غذایی را که بخشی از تغذیه مناسب برای کودک است را آغاز می‌کند.

والدین کودکان تحت رژیم باید مرتباً با نوارهای مخصوص سطح کتون را در ادرار آنها اندازه‌گیری کنند تا بتوانند از عوارض احتمالی ناشی از رژیم در کودک پیشگیری کنند.

در این مقاله به تفصیل در مورد رژیم کتوژنیک، مطالعات آماری، موارد منع مصرف، عوارض آن و نحوه آموزش به والدین در مراقبت از کودک در منزل صحبت خواهد شد.

کلمات کلیدی: صرع کودکان، رژیم کتوژنیک.

صرع در کودکان

سیما بهجتی؛ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه و اهداف: صرع یکی از قدیمی‌ترین و شایعترین اختلالات عصبی است که از سنین کودکی آغاز می‌شود و صرع بعنوان بیماری کودکان تلقی می‌گردد. علل صرع به دوران قبل از تولد برمی‌گردد، ولی مهمترین علل صرع به بعد از تولد مربوط می‌شود. عفونت‌های داخل رحمی، نقص‌های ژنتیکی، ضایعات در حین زایمان، در دوران نوزادی عفونت‌های مغزی مانند مننژیت و آنسفالیت، سوء تغذیه و ضربه‌ها.

روش اجرا: هم اکنون ۶۵ درصد مصروعان را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند و پیش‌بینی شده حدود ۷۰۰ هزار مصروع در کشور وجود داشته باشد. باتوجه به این مسئله با بررسی متون و مقالات متعدد پزشکی یافته‌های زیر جمع‌آوری شده است.

یافته‌ها: در مورد صرع با سایر افراد خانواده صحبت کنید و سایر فرزندان خود را به سؤال کردن در مورد این بیماری تشویق کنید. سایر افراد خانواده را در دادن مسئولیت‌های خانوادگی به کودک مصروع (همانند سایرین) تشویق کنید. خواهر و برادر کودک را به عنوان نگهبان وی قرار ندهید. وقتی کودک شما عصبانی می‌شود، هیچگاه تسلیم نشوید. همان مقرراتی را اعمال کنید که با سایر کودکانتان انجام می‌دهید. با توجه به اینکه بیمار یک فرد عادی تلقی می‌گردد، به فرزند خود بیش از حد محبت نکنید و سعی کنید در تربیت او قاطع باشید.

بگذارید کودک شما در فعالیتهایی که دوست دارد (از جمله ورزش)، شرکت نماید. برخی متخصصان معتقدند که خطر صدمات جسمی کمتر از صدمات روحی-روانی است که با گفتن "تو به خاطر صرع نباید بازی کنی" به وی وارد می‌شود.

با معلم کودک در ابتدای هر سال تحصیلی ملاقات کرده و نه تنها در رابطه با بیماری و داروهای مصرفی کودک، بلکه همچنین در مورد رشد و نمو اجتماعی وی نیز صحبت کنید. هرگز صرع فرزند خود را از اولیا مدرسه پنهان ننمائید، زیرا عواقب عدم اطلاع مسئولین مدرسه متوجه فرزند شما خواهد بود.

نتیجه‌گیری: تمام والدین می‌خواهند یک محیط سرشار از عشق و حمایتگرانه در خانه ایجاد کنند. جایی که فرزندشان بتواند رشد کند و متکی به خود باشد. باید توجه داشت آنچه که کودک مصروع در مورد بیماری خود در محیط خانه می‌آموزد تعیین‌کننده شخصیت وی در آینده است. کودکی که یاد می‌گیرد از صرع بترسد، ممکن است در آینده فردی وابسته و رشد نیافته از نظر شخصیتی باشد و کودکی که تشویق می‌شود تشنج خود را یک ناراحتی موقتی و گذرا بداند و در فعالیتهای سایر کودکان هم سن خود شرکت داده می‌شود و کودکی که یاد می‌گیرد در زندگی خانوادگی و اجتماعی شرکت داشته باشد، شانس بیشتری دارد تا فردی مستقل و متکی به خود باشد. صرع همانند هر بیماری مزمن، میتواند روال عادی خانواده را به هم بزند. خواهران و برادران کودک ممکن است احساس کنند که والدین آنها را فراموش کرده‌اند و حس حسادت نسبت به کودک مصروع داشته باشند. احساسات خود را آزادانه برای افراد خانواده بیان کنید و صرع را برای دیگران توضیح دهید. کودک مصروع را به عنوان یک قسمت طبیعی از زندگی‌اش بپذیرد.

کلمات کلیدی: صرع، رفتار، آموزش.

نقش اسیدهای چرب امگا ۳ در بهبود عملکرد کودکان مبتلا به ADHA

افسانه بیرانوند، پرستو کردستانی مقدم: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

چکیده: در مطالعات مختلف ارتباط بین سطوح پایین اسیدهای چرب بلند زنجیره اشباع نشده خون به ویژه اسیدهای چرب امگا ۳ و انواع اختلالات رفتاری از جمله **ADHD** مشاهده شده است. **ADHD** بیماری است که با نقص توجه، بیش فعالی و رفتارهای تکانه‌ای مشخص می‌شود، در ۵ تا ۱۰ درصد کودکان سن مدرسه مشاهده می‌شود و باعث اختلال در عملکرد کاری، تحصیلی، ارتباطات خانوادگی و اجتماعی می‌شود. در اکثر افراد مبتلا عامل بیماری ناشناخته است ولی عوامل بیولوژیک را در آن دخیل دانسته‌اند. یکی از این عوامل بیولوژیک کمبود اسیدهای چرب ضروری ذکر شده است. در برخی مطالعات هم کمبود امگا ۳ و هم امگا ۶ در فسفولیپیدهای پلاسمای این کودکان مشاهده شده است. اسیدهای چرب امگا ۳ به ویژه **DHA** در مغز و سیستم عصبی غلظت بیشتری داشته و برای عملکرد و تکامل مناسب این ارگانها ضروری‌اند. عملکردهای احتمالی **DHA** در مغز در طیفی از تنظیم نسخه‌برداری ژن تا تأثیر بر سیگنال‌دهی سلولها قرار دارد. مطالعات بر روی حیوانات نشان داده است که بین کمبود اسیدهای چرب امگا ۳ و ناهنجاری‌های رفتاری و بین افزایش سطوح آنها با بهبود عملکرد رفتاری بهنجار ارتباط وجود دارد. تئوری غالب در ایجاد **ADHD** فرضیه هیپو دوپامینرژیک است که اساس آن مشاهده بهبود علائم **ADHD** در پاسخ به متیل‌فندیت و سایر داروهای افزایش دهنده دوپامین در سیناپس عصبی است. متابولیسم اسیدهای چرب ممکن است در تنظیم دوپامین نقش داشته باشند چرا که در برخی مطالعات افزایش اسیدهای چرب رژیم غذایی باعث اصلاح انتقال عصبی دوپامین شده‌اند.

Fatty acids, in particular omega-3 fatty acids, have been found to affect behavior and cognition both directly and indirectly. Evidence to suggest a link with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) derives from three key areas: 1) animal dietary restriction studies observed increased locomotive hyperactivity and reduced cognitive ability in offspring; 2) animal dietary studies indicate

alterations in the dopamine pathway; and 3) human studies report reduced plasma omega-3 fatty acids in ADHD subjects. repeatedly been associated with a variety of behavioral disorders including attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The exact nature of this relationship is not yet clear. We have studied children with ADHD who exhibited skin and thirst symptoms classically associated with essential fatty acid (EFA) deficiency, altered plasma and red blood cell fatty acid profiles, and dietary intake patterns that do not differ significantly from controls. This led us to focus on a potential metabolic insufficiency as the cause for the altered fatty acid phenotype.

بررسی فراوانی فاکتورهای محرک بر بروز حملات صرع در کودکان کمتر از ۱۵ سال مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاهی علوم پزشکی و آزاد اسلامی مشهد

نسرین توکلی، سید علی هوشیار، گیتی زعفری، زهرا اکبری اوغاز: اعضاء هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

مقدمه و هدف: صرع یعنی بروز شارژهای الکتریکی غیرطبیعی و گاه گاهی از سلولهای مغزی که نشانه شایعی از اختلال عملکرد مغز می باشد که از بیماریهای شایع در دنیا است و در همه سنین و همه نژادها و در هر دو جنس بروز می کند. (کد ۱ و ۲) میزان شیوع آن ۹-۷ در هزار (کد ۱) و ۱۰-۵ در هزار نفر (کد ۲) می باشد و میزان بروز آن حدود ۰/۵-۰/۳ درصد (کد ۱ و ۲) است و نیز آمارها نشان می دهند که از هر ۲۰۰ کودک ۳ نفر به این بیماری مبتلا هستند (کد ۳) در این مقاله با هدف کلی: تعیین فراوانی فاکتورهای محرک بر بروز حملات صرع در کودکان کمتر از ۷ سال مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاهی علوم پزشکی و آزاد مشهد، به بررسی فراوانی این عوامل بر اساس گزارش مادران کودکان مبتلا در بروز حملات صرع در سال ۱۳۸۷ در شهر مشهد بوده است.

مواد و روشها: این مطالعه یک بررسی توصیفی تحلیلی بوده است که در آن ابتدا ۸۰ کودک مبتلا به صرع مراجعه کننده به کلینیکهای اطفال بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد مشهد بر اساس معیار حذف و شمول براساس روش نمونه گیری ساده مبتنی بر هدف انتخاب شده اند. سپس فرمهای مشخصات فردی و چک لیست عوامل محرک حملات صرعی بوسیله کمک پژوهشگر از مادر سؤال و تکمیل گردیده است. از شاخصهای آماری توصیفی و تحلیلی توسط نرم افزار آماری *spss 15* برای نیل به اهداف پژوهش استفاده شده است.

نتایج: میانگین سن برابر با $6/32 \pm 4/11$ بوده است. تب $85/7$ درصد، عفونت $74/3$ درصد، اختلال الکترولیتی $51/4$ درصد و خستگی $34/3$ درصد، فعالیت بیش از اندازه $28/6$ درصد، رژیم غذایی $25/7$ درصد عامل ایجاد حملات صرعی بوده اند دیگر عواملی چون یبوست، تنفس

تند و وحشت‌زدگی و فشارهای روحی نیز کمتر از ۲۵ درصد در ایجاد حملات صرعی نقش داشتند.

بحث: شایعترین علل محرک حملات صرع در این بیماران به ترتیب تب، عفونت، اختلال الکترولیتی و خستگی، فعالیت بیش از اندازه، رژیم غذایی، یبوست، تنفس تند و وحشت‌زدگی و فشارهای روحی بوده است.

بررسی عوارض پلاسما فرزیس در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز - دانشگاه علوم پزشکی

حمیرا جعفرنژاد: سرپرستار بخش همودیالیز

فریبا حسین پورتلاقی: پرستار بخش داخلی

دکتر محمد برزگر: فوق تخصص مغز و اعصاب کودکان و استاد دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه و اهداف: تعویض در مانی پلاسما *TPE* شامل جداسازی خون به اجزای سازنده آن با استفاده از روش سانتریفوژ یا فیلتر کردن می‌باشد که در نتیجه آن پلاسما خارج شده و با مقدار مساوی پلاسما تازه منجمد *FFP* و یا ترکیبی از آلبومین و کلراید سدیم ایزوتون جایگزین می‌شود. در طی دو دهه گذشته این روش درمانی به طور وسیعی به عنوان روش درمانی جایگزین در تعداد زیادی از بیماریها مورد استفاده قرار گرفته است. هدف از این مطالعه بررسی عوارض جانبی این روش درمانی در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز بود.

مواد و روشها: این مطالعه یک مطالعه مقطعی و توصیفی (آینده نگر) بود که در آن از اول فروردین تا آخر مرداد ۸۷ در طی ۵ ماه برای ۱۳ بیمار، ۴۵ جلسه پلاسما فرزیس توسط پرستار همودیالیز که در این زمینه آموزش لازم را دیده بود با استفاده از دستگاه *Haemonetics-PCS2* (ساخت آمریکا) انجام گرفت.

مقدار پلاسما تعویض شده در هر جلسه بر اساس وزن بیمار یک حجم پلاسما (*cc/Kg*) ۴۰-۳۵ از طریق وریدهای محیطی و در مواردی وریدهای عمقی انجام شد. مایع جایگزین حجم مساوی از آلبومین ۴ درصد و یا پلاسما منجمد تازه بود. از محلول سیترات با غلظت ۱ به ۱۴ به عنوان ماده ضد انعقادی استفاده شد. برای پیشگیری از هیپوکلسمی *cc* ۱۰ گلوکونات کلسیم ۱۰ درصد به هر لیتر سرم نرمال سالین اضافه می‌شد.

یافته‌ها: از تعداد ۱۳ بیمار ۱۱ نفر با تشخیص سندرم گیلن باره، یک نفر تالاسمی و یک نفر *ITP* بودند. میانگین سنی بیماران ۷/۷ سال (۱۴-۱۳ سال) بود. ۱۰ مورد (۲۲/۲ درصد) از طریق کاتتر ساب کلویین ۳ مورد (۶/۷ درصد) از طریق کاتتر فمورال ۳۱ مورد از طریق وریدهای محیطی پلاسما فریز شدند و از کل موارد ۴۳ مورد (۹۵/۶ درصد) موفق و ۲ مورد (۴/۴ درصد) به

دلیل عدم دسترسی به راه عروقی ناموفق بودند. از عوارض حین پلازما فرزیس ۲۲/۲ درصد اشکال در دسترسی به عروق ۴/۴ درصد افت فشار خون و در ۱۴/۴ درصد هر دو مورد مشاهده گردید. بعد از پلازما فرزیس در ۵۴ درصد *PT* بیشتر از ۱۴" و در ۵۴ درصد *PTT* بیشتر از ۳۶" و در ۴۴/۴ درصد *Ca* کمتر از ۱ *mm/lit* گزارش شده بود. خوشبختانه هیچ کدام از موارد علامت‌دار نبوده و در کنترل بعدی *PT*، *Ca*، *PTT* در محدوده نرمال قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: پلازما فرز یک روش درمانی مؤثر و بی‌خطر در درمان تعداد زیادی از بیماریها می‌باشد. با تمهیدات لازم در پیشگیری عوارض آن می‌توان این روش درمانی را بی‌خطرتر کرد.

کلید واژه: پلازما فرزیس.

نوروپاتی زود آغاز ارثی مستعد فلج سفت در کودکان

مریم حجیری، ناهید جاوید، بهاره دهقانی، شیوا توسلی، فرحناز نوری، پریش نجفی؛
کارشناس پرستاری بیمارستان امام (ع) کرمانشاه

مقدمه: شروع بالینی نوروپاتی های زود آغاز ارثی مستعد فلج سفت در کودکان از اختلالات نادری است که به ندرت گزارش می شود. بر این پایه ما به بررسی مقالات متعدد پرداختیم تا به ارزیابی اختصاصات بالینی و ژنتیکی بیماران دچار این اختلال که شروع بالینی شان در سنین پایین (زیر ۱۰ سالگی) اتفاق می افتد، بپردازیم.

روش ها: ما به بازخوانی تمام موارد ثبت شده نوروپاتی های زودآغاز فلج سفت در کودکان زیر ۱۰ سال، از طریق جستجو در مقالات الکترونیکی *pubmed;medline* با استفاده از واژه های کلیدی "نوروپاتی ارثی مستعد فلج سفت، کودکان، میلین" پرداختیم. برای یافتن مقالات مرتبط در ژورنال ها که در فاصله زمانی ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰ چاپ شده بودند، ما تنها مواردی را در این مطالعه آوردیم که از نظر بررسی های ژنتیکی یا بیوپسی عصبی مورد تأیید بوده و از تعیین سن شروع دقیقی برخوردار بودند.

یافته ها: مقالات مربوط به ۱۵ مورد با نوروپاتی زود آغاز مستعد فلج سفت در کودکان زیر ۱۰ سال که بین سال های ۱۹۷۲ تا ۲۰۰۶ منتشر شده و با هدف این مطالعه سازگار بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ویژگی های انسان شناختی، بالینی و ژنتیک بیماران توصیف شده در مقالات بدین گونه شرح داده می شود: دو بیمار علائم نوروپاتی را به هنگام تولد نشان داده بودند که منونوروپاتی شایع ترین گرفتاری عصبی بود، عصب رادیال در ۴ مورد آسیب دیده بود، اما اعصاب سلیاک، مدین و اولنار با فراوانی کمتری گرفتار بودند. شبکه بازویی در دو بیمار آسیب دیده بود. ۳ مورد هم دچار گرفتاری غیر قرینه بیش از یک عصب بودند که تصویری از یک مولتی نوروپاتی را بروز دادند.

بحث و نتیجه گیری: داده های اپیدمیولوژیک نوروپاتی زود آغاز مستعد فلج سفت بیشترین شیوع را در دهه های دوم و سوم زندگی (۲۰-۱۵ سالگی) نشان می دهند. اگر چه

مونونوروپاتی‌ها برای بروز علائم شایع تر اند اما نوروپاتی‌های ژنرالیزه به همراه گودی بیش از حد کف پا، اسکلیوز، آتروفی عضلانی، پولی نوروپاتی پیشرونده حسی- حرکتی، فلج عصب صورتی راجعه، فلج حاد طناب صوتی، گرفتاری راجعه و مجزای شبکه بازویی، همچنین مونونوروپاتی‌های متعدد نیز گزارش شده اند. علائم این بیماری در کودکان در هر سنی می‌تواند رخ دهد که در برخی موارد علائم بعد از تولد است. در این موارد، احتمالاً هم وضعیت قرارگیری جنینی و هم تروماهای خفیف هنگام زایمان نقش اساسی دارند. استراتژی‌های بازتوانی در جهت افزایش توان عضلانی و جلوگیری از جمع شدگی عضلانی و سفتی مفاصل در مواردی که سیر پیشرونده وجود دارد می‌بایست در درمان فلج عصبی خصوصاً در مواردی که انتظار می‌رود بهبودی به صورت نسبی باشد، انجام گیرد. تمرینات ورزشی در جهت افزایش توان عضلات و کاهش خستگی می‌تواند مؤثر باشد. استفاده از آتل‌ها و ابزارهای مکانیکی به همراه متحرک سازی مفاصل جهت اجتناب از عوارض مفصلی و جلوگیری از دفورمیتی مفید هستند. در نتیجه چون نوروپاتی‌های زود آغاز مستعد فلج سفت در کودکان می‌تواند به صورت عود کننده یا مولتی نوروپاتی‌های مزمن بیانجامد، تشخیص به موقع جهت اجتناب از یک پیش‌آگهی نامطلوب عملکردی، برای برنامه ریزی یک درمان فیزیوتراپی زودرس و دادن مشاوره عملی جهت تصحیح رفتارهای حرکتی نامطلوب که می‌تواند باعث قرارگیری در معرض تروماهای خفیف متعدد شود، لازم است.

کلمات کلیدی: نوروپاتی زودآغاز، فلج سفت، کودکان.

بررسی میزان شیوع و ارتباط عوامل مستعد کننده در ابتلا به کم شنوایی در نوزادان متولد شده در زایشگاه های شهر بندرعباس

سعید حسینی تشنیزی: مربی آمار زیستی دانشکده پرستاری و مامایی
آرژینا کامجو: مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه: شنوایی یکی از حواس برتر انسان است، محرومیت از این حس در واقع معلولیتی خاموش و پنهان است. خاموش از این نظر که کودک نمیتواند بگوید، بشنود و علائم کم شنوایی تأخیر یا عدم رشد گفتار طبیعی طی ۲-۳ سال پس از تولد مورد توجه قرار میگیرد. برای پی بردن به کم شنوایی نوزادان به غربالگری عمومی نیاز میباشد این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع کم شنوایی نوزادان متولد شده در زایشگاههای شهر بندرعباس انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه از نوع توصیفی می باشد که جامعه آماری آن تعداد ۲۶۲۶ پرونده نوزادانی است که از مهر ۸۵ تا مهر ۸۶ جهت غربالگری شنوایی به مرکز بهزیستی بندرعباس مراجعه نموده اند، می باشد. نوزادان پس از ترخیص از زایشگاه وارجاع به بهزیستی با دستگاه *OAE(1)* مورد غربالگری قرار می گیرند. در صورت مشکوک بودن، ۱۰ روز بعد با *OAE* مورد ارزیابی مجدد قرار میگیرند. مجدداً در صورت مشکوک بودن به مرکز تشخیص شنوایی ارجاع داده میشوند و در آنجا نیز در صورت مشکوک بودن با دستگاه *ABR(2)* ارزیابی می شوند، تشخیص نهایی در این مرحله است. با استفاده از چک لیست محقق ساخته اطلاعات مورد نیاز (وزن، جنس، سن جنینی و...) جمع آوری شده اند و سپس با استفاده از روشهای آمار توصیفی و آزمون لجستیک چندگانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته اند.

یافته ها: در مرحله اول از تعداد ۲۶۲۶ نوزاد، ۲۲۵۶ (۸۵/۹ درصد) سالم و ۳۶۷ (۱۴ درصد) مشکوک و ۳ نوزاد (۰/۱ درصد) حاضر به انجام غربالگری نشدند. در مرحله دوم (*OAE2*) از تعداد ۳۶۷ نوزادان مشکوک تعداد ۱۵۶ (۴۲/۵ درصد) سالم و ۱۳۲ نوزاد (۳۶ درصد) مشکوک و ۷۹ نوزاد (۲۱/۵ درصد) عدم مراجعه داشته اند. در مرحله سوم: ارجاع از ۱۳۲ مورد مشکوک (۳۶ درصد)، ۱۲۱ نوزاد (۱۹/۷ درصد) ارجاع داده شدند. ۹ مورد (۶/۸ درصد) از نوزادان ارجاع

نشندند و ۲ مورد (۱/۵ درصد) از نوزادان عدم مراجعه داشتند. در مرحله چهارم: از ۱۲۱ نوزاد ارجاع شده، ۱۰۷ مورد (۸۸/۴ درصد) سالم و ۱۲ مورد (۹/۹ درصد) مشکوک و ۲ مورد (۱/۷ درصد) عدم مراجعه داشته اند. در مرحله آخر: از ۱۲ مورد (۹/۹ درصد) مشکوک، ۳ نوزاد (۰/۱ درصد) سالم و ۴ نوزاد (۰/۲ درصد) کم شنوا و ۵ مورد (۰/۲ درصد) عدم مراجعه داشته اند. نتایج آزمون لجستیک چندگانه نشان داد که در سطح ۰/۰۵ عوامل سن جنینی، سن هنگام مراجعه و تعویض خون به علت زردی بر کم شنوایی نوزادان تأثیر داشته است.

نتیجه گیری: با تشخیص و درمان زودرس نوزادان مبتلا به زردی، پیشگیری از زایمان زودرس و همچنین دادن آگاهی لازم برای مراجعه بموقع به بهزیستی می‌توان از شیوع ناشنوایی در نوزادان کاست.

واژه های کلیدی: کم شنوایی، نوزادان، عوامل مستعد کننده.

اداره زنان با اپی لپسی، نقائص لوله عصبی و مکمل غذائی اسید فولیک

معصومه دل آرام : کارشناس ارشد مامائی مربی هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامائی -
دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
علیرضا صادقی: دانشجوی رشته کارشناسی پرستاری

مقدمه: در نوزادانی که در رحم در معرض داروهای ضد صرع قرار می‌گیرند، خطر نقائص مادرزادی تقریباً ۴-۶ درصد است، یعنی حدود دو برابر میزانی که در جمعیت عمومی اتفاق می‌افتد. در این رابطه انواع ناهنجاریها گزارش شده و داروهای مختلفی مورد بررسی قرار گرفته اند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط مکمل غذایی اسید فولیک با بروز نقائص لوله عصبی در نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به بیماری صرع می‌باشد.

مواد و روشها: این بررسی به روش مروری سیستماتیک با استفاده از کتب، مجلات و سایتهای مختلف اینترنتی به بررسی مطالعات انجام شده در مورد ارتباط تجویز مکمل غذائی اسید فولیک با بروز نقائص لوله عصبی در نوزادان متولد شده از مادران مبتلا به بیماری صرع می‌پردازد.

نتایج: والپروات و کاربامازپین با نقائص لوله عصبی خصوصاً اسپینا بیفیدا ارتباط دارند. در مصرف والپروات شیوع اسپینا بیفیدا تقریباً ۲-۱ درصد و در مصرف کاربامازپین تقریباً ۵/۰ درصد افزایش می‌یابد. ریسک فاکتورهای گزارش شده برای نقائص لوله عصبی شامل سابقه قبلی از این ناهنجاری، دیابت وابسته به انسولین مادر، کمبودهای تغذیه ای مختلف، مسائل شغلی و وزن بالای مادر قبل از حاملگی است و در این ارتباط کمبود فولات نیز مطرح شده است. اهمیت تجویز فولات قبل از حاملگی در پیشگیری از نقائص لوله عصبی در همه زنان پدیدار شده است. اگرچه هنوز معلوم نیست که آیا مکمل اسید فولیک علیه اثرات امبریوتوکسیک و تراتوژنیک داروهای ضد صرع عمل می‌کند یا نه، چون مطالعات حیوانی و انسانی و گزارشات موردی نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند. با این وجود مکمل اسید فولیک برای تمامی زنان در سن باروری بخصوص آنهایی که مبتلا به اپی لپسی هستند، پیشنهاد

می‌شود. حتی با تجویز اسید فولیک، زنانی که داروهای ضد صرع مثل والپروات و کاربامازپین مصرف می‌کنند، باید در دوره پره‌ناتال مورد ارزیابی اولتراسوند تشخیصی در جهت رد نقائص لوله عصبی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری: اگر چه هنوز معلوم نیست که آیا مکمل اسید فولیک علیه اثرات امبریوتوکسیک و تراژونیک داروهای ضد صرع عمل می‌کند یا نه، با این وجود این مکمل برای تمامی زنان در سن باروری بخصوص آنهایی که مبتلا به اپی‌لپسی هستند، پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اپی‌لپسی، داروهای ضد صرع، نقائص لوله عصبی.

Management issues for women with epilepsy: neural tube defects and folic acid supplementation.

M. Delaram, Sadeghi. A. R.

Introduction: For infants exposed to antiepileptic drugs (AEDs) in utero, the risk for congenital malformations is approximately 4 to 6%, twice the rate reported in the general population. In this regard different drugs were reviewed. The aim of this study is to investigate the association of complementary the folic acid with neural tube defects in newborns in epileptic mothers.

Material and Methods: This systematic review investigated the books, articles and different internet sites about the association of complementary the folic acid with neural tube defects in newborns in epileptic mothers.

Results: The association of valproate and carbamazepine with neural tube defects (NTDs)--specifically, with spina bifida aperta (SB)--has been identified. The prevalence of SB is approximately 1 to 2% with valproate exposure and 0.5% with carbamazepine. Reported risk factors for NTDs include previous pregnancy with an NTD, maternal insulin-dependent diabetes mellitus, various nutritional deficiencies and occupational exposures, and high prepregnancy weight. Deficiencies of folate have been implicated in the development of birth defects, including NTDs. The value of periconceptional folic acid supplementation for women in the general population is accepted. However, it is unclear whether folic acid supplementation protects against the embryotoxic and teratogenic effects of AEDs because animal and human studies and case reports have shown variable results. Nevertheless, folic acid supplementation is recommended for women with epilepsy as it is for other women of childbearing age. Even with supplementary folic acid, women taking valproate or carbamazepine should undergo perinatal diagnostic ultrasound to rule out NTDs.

Conclusion: However, it is unclear whether folic acid supplementation protects against the embryotoxic and teratogenic effects of AEDs, Nevertheless, folic acid supplementation is recommended for women with epilepsy as it is for other women of childbearing age.

Key words: Epilepsy, Antiepileptic drugs, Neural tube defects.

توصیه های غذایی در مراقبت از کودکان مبتلا به صرع

زهرا دلیر: عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
زهرا شجاعیان: عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد قوچان

مقدمه: کودکان مبتلا به صرع به علت حملات تشنجی مکرر و مصرف داروهای ضدصرع در معرض عوارض جانبی مانند کاهش اشتها، کاهش دریافت غذا و تداخل در جذب مواد غذایی می باشند که نتیجه آن عقب ماندگی رشد می باشد. از طرفی استفاده از رژیم های خاص درمانی مانند رژیم کتوژنیک که در کاهش یا رفع حملات صرع مؤثر است، ممکن است کودک را در معرض برخی کمبودهای غذایی قرار دهد که باید مورد توجه قرار گیرد.

یافته ها: مطالعه استلا (۲۰۰۷) نشان داد که کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم بطور معنی داری دریافت غذایی کمتری در میزان انرژی، پروتئین، کربوهیدرات، چربی، انواع ویتامین و املاح معدنی (کلسیم، فسفر، فولات....) داشتند که کمبود برخی از ویتامین ها و املاح منجر به بروز حملات تشنجی می شود. مک الینی (۲۰۰۷) بیان می کند که رژیم کتونیک یک گزینه درمانی مناسب برای کودکان مبتلا به صرع مقاوم است. این رژیم حاوی چربی بالا، کم پروتئین و کم کربوهیدرات است، بدین ترتیب بدن برای تولید انرژی از اسیدهای چرب بجای گلوکز استفاده می کند و باعث کاهش حملات صرع می شود. رژیم کتونیک تقریباً ۹۰ درصد از چربی است و نسبت دریافت چربی به پروتئین و کربوهیدرات ۴:۱ یا ۳:۱ است که میزان این مواد در دریافت های غذایی و دارویی روزانه باید دقیقاً محاسبه شود. بیشتر کودکان به مدت ۲ تا ۳ سال تحت این رژیم قرار میگیرند که در صورت نداشتن حملات تشنجی بتدریج قطع می شود و ممکن است با رژیم تعدیل شده *Atkins* ادامه یابد که جایگزین خوبی است و شامل محدودیت میوه، نان ها و نشاسته (کم کربوهیدرات) می باشد. علیرغم فواید رژیم کتونیک، اثرات جانبی آن شامل: مشکلات گوارشی، هیپوگلیسمی، اختلال در لیپیدهای خون، تاخیر در رشد... می باشد. این رژیم از نظر ویتامین های *C* و *B* و املاح معدنی (کلسیم، فسفر، روی...) دارای کمبود است، بنابراین دریافت مکمل ها ضروری است.

نتیجه‌گیری: اعضای تیم مراقبت بهداشتی در مراقبت از کودکان مبتلا به صرع باید از الگوی دریافت مواد غذایی و کمبودهای غذایی آنها آگاه باشند و به خانواده‌ها جهت فراهم کردن رژیم غذایی کافی با در نظر گرفتن مکملهای ویتامین و مواد معدنی آموزش لازم را ارائه دهند. بدین ترتیب کمک مؤثری در کنترل عوارض جانبی ناشی از درمان و نیز کاهش حملات صرع خواهد بود.

کلمات کلیدی: تغذیه، رژیم کتوژنیک، کودکان مبتلا به صرع.

Nutritional Recommendations in Children with Epilepsy Care

Z. Dalir: faculty member of Mashhad nursing & midwifery school

Z. Shojaeian: faculty member of Ghouchan Azad University

Introduction: Children with epilepsy are at risk for side effects such as decrease in appetite and food intake or interference in nutrient absorption from frequent seizure attacks and antiepileptic drugs, that result in growth retardation. Also special therapeutic diet such as ketogenic diet can decrease or eliminate epilepsy attacks, It may cause some nutrient deficiency that should consider it.

Findings: Stella's (2007) study results showed children with epilepsy compared with healthy children had significantly lower intakes of total energy, protein, fat, carbohydrate, vitamins and mineral (calcium, phosphorus, folate...). This deficiency of some vitamins and minerals causes seizure attacks. McElhiney (2007) said the ketogenic diet is a high-fat, low-protein and low-carbohydrate diet, so body consumes fatty acids for energy rather than glucose, it causes decrease epilepsy attacks. Ketogenic diet is approximately 90% fat, and the ratio of fat to protein plus carbohydrate intake is on 4:1 or 3:1. The amounts of these must be calculated exactly on daily food and drug intakes. Most children stay on this diet for 2-3 years, if the child has remained seizure free, the diet may be discontinued slowly and it may continue with modified Atkins diet as alternative diet with restriction of fruits, breads and starches (low-carbohydrate). With effectiveness of the ketogenic diet, its adverse effects include: gastrointestinal problems, hypoglycemia, abnormal lipid profiles, growth delay and...The

ketogenic diet is deficient in B, C vitamins and minerals (calcium, phosphorus, zinc..), therefore children must take supplements.

Conclusion: The studies suggest that health care professionals caring for children with intractable epilepsy should be aware of this pattern of decrease nutrient intake and consider vitamin and mineral supplementation. Therefore it can control treatment side effects and decrease epilepsy attacks.

Key words: Nutrition, Ketogenic diet, Children with epilepsy.

کنترل صرع در کودکان و نوجوانان

نسرین رضائی: هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
مهناز قلجی: هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مقدمه و اهداف: صرع را تخلیه الکتریکی مغز دانسته‌اند و یک اختلال شایع پزشکی است. یک سوم بیماران علائم صرع را قبل از ۱۸ سالگی نشان می‌دهند. در ایران بر پایه برآورد انجمن صرع ایران بیش از یک میلیون کودک و بزرگسال مبتلا به صرع هستند.

روش اجرا: این مطالعه مروری است، که درمان‌های دارویی متداول و درمان‌های شناختی را مورد بررسی قرار داده است. داروههای قدیمی درمان صرع مثل فنوباریتال و پرمیدون دارای اثراتی مانند بیش‌فعالی، بی‌قراری و حواس‌پرتی در کودکان سنین مدرسه‌اند؛ فنی‌توئین موجب کند شدن حرکت و فعالیت‌های مدرسه می‌گردد. در مورد داروی ویگابترین گزارش شده که بیماران تحت درمان با آن از مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری و اختلال کارکرد حافظه رنج می‌برند.

امروزه با توجه به یافته‌ها در مورد عوارض درمان‌های دارویی توجه پژوهشگران به روش‌های کنترل روانشناختی و غیر دارویی درمان صرع جلب شده است. شیوه‌های درمانی مبتنی بر شناخت و رفتار درمانی میزان علائم بالینی صرع را در مطالعات انجام شده بطور معنی‌داری کاهش داده‌اند.

نتیجه‌گیری: بررسی‌ها نشان می‌دهند که می‌توان به بیمار مهار تشنج را آموخت تا از احساس عملکرد خود آگاه گردد. در روش مداخله روان‌درمانی می‌توان با بهره‌گیری از بیوفید بک توانایی دستیابی به کنترل تشنج، توسط خود بیمار را به او آموزش داد.

کلمات کلیدی: کنترل، صرع، کودکان، نوجوانان.

Control epilepsy in teenagers & children

N. Rezaee, MSN, M. Galja, MSN.

Introduction & purpose: Epilepsy is known as electrical discharge which is a common disorder. The epilepsy is outbreak in one third patients before 18th. According to Iran's Epilepsy Association, there are 1 million epilepsy patients among children& adults.

Method: This study is a review article; which is investigated common& cognitive treatments.

Old drugs of epilepsy treatment such as Phenobarbital & Primidon have affects such as hyperactivity, agitation, restlessness & distractness in school children. Phenyitoin slowed motion & school activity. Patients using Vigabatrin suffered from behavioral problem such as aggressiveness and disorders in brain function.

Today, with due attention to side effects of drugs treatment, researchers pay more attention to psychiatric control & non-drug ways. Ways of treatment based on cognitive & behavioral treatment, relatively, reduced clinical signs.

Result: Studies show that, it is possible to teach patients control seizure in order to become conscious of their function. In the method of psychiatric intervention with use of bio feedback, patients could be thought to control their seizure themselves.

Key words: Control, Epilepsy, Children, Teenagers.

بررسی ساقه مغز در کودکان مبتلا به دایپلژی اسپاستیک با استفاده از آزمون پاسخ های برانگیخته شنوایی (ABR)

نیما رضازاده: کارشناس ارشد شنوایی شناسی

زمینه و هدف: بروز بالای اختلالات گفتاری در کودکان مبتلا به فلج مغزی می تواند نشانه ای از نقص در پردازش های پایه شنوایی باشد. از این رو ضروری است تا با استفاده از آزمون های الکتروفیزیولوژیک و رفتاری شنوایی، وجود هرگونه آسیب محیطی و مرکزی سیستم شنوایی مورد بررسی دقیق قرار گیرد. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت ساقه مغز در کودکان مبتلا به دایپلژی اسپاستیک با استفاده از آزمون ABR بود.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۵ کودک مبتلا به دایپلژی اسپاستیک، در محدوده سنی ۳ الی ۱۰ سال (میانگین ۵/۷۷ سال) و ۱۵ کودک هنجار با میانگین سنی ۵/۳۳ سال تحت آزمون های اودیومتری تون خالص، ایمیتانس (تمپانومتری و رفلکسومتری) و پاسخ های شنوایی ساقه مغز قرار گرفتند و نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه گردید.

یافته ها: آستانه های شنوایی و وضعیت گوش میانی در تمامی شرکت کنندگان در محدوده هنجار قرار داشت. مقایسه زمان نهفتگی مطلق و بین موجی پاسخ های شنوایی ساقه مغز در دو گروه آزمایشی و شاهد، حاکی از افزایش معنی دار زمان نهفتگی امواج انتهایی، خصوصاً موج V بود ($p=0/04$) که در نتیجه آن، فاصله بین موجی III-V ($p=0/02$) نیز افزایش چشمگیری نسبت به گروه شاهد نشان داد. هیچ اختلاف معناداری در شاخصه های امواج بین دو جنس و دو گوش نمونه مبتلا به دایپلژی اسپاستیک مشاهده نشد ($p>0/05$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد اختلالات عصبی خصوصاً در مسیر پونتو-تیکولو-اسپینال و همچنین هسته های پونتین-تشکیلات مشبک و قسمت های بالایی پونز که مجاور با هسته های شنوایی لمینیسکوس جانبی و کولیکولوس تحتانی (که منشا احتمالی امواج انتهایی ABR هستند) قرار دارند موجب به هم ریختگی همزمانی عصبی و افزایش زمان نهفتگی امواج انتهایی ABR می شود.

کلید واژه‌ها: پاسخ شنوایی ساقه مغز، دایپلژی اسپاستیک، وضعیت شنوایی.

Study of Brainstem in children with spastic diplegia using Auditory Brainstem Responses

Objective: High incidence of Speech disorders in children with cerebral palsy could represent a deficiency in basic processing of auditory stimuli. So it is vital to check out any peripheral or central disorders in auditory system using Behavioral and electrophysiological auditory tests.

Methods: In this cross-sectional study, 15 children with spastic diplegia, aged between 3 to 10 years old (mean age 5.77 years) and 15 normal children (mean age 5.33 years) were tested using Pure tone audiometry, Immittance and auditory brainstem response (ABR). results were compared between both groups.

Results: hearing Thresholds and middle ear status were in normal range in all participants. Comparison of absolute latency and interpeak latency of waves between both test and control groups showed significant difference specially for wave V ($P_v=0.04$) and IPL III-V ($P_v=0.02$). No significant difference was observed for all ABR parameters between both genders and both ears ($P_v>0.05$).

Conclusion: It seems that neurological disorders in ponto-reticulo-spinal pathway and nuclei of pontine reticular formation and upper pons that are adjacent to auditory nuclei of lateral lemniscus and inferior colliculus (that are the probable origins of ABR later waves) could result in auditory dys-synchrony and latency increase in latter waves of

Key Words: Auditory brainstem response, spastic diaplegia, Hearing ability.

تعیین شیوع و علت تشنج در نوزادان متولد شده در بیمارستان ۲۲ بهمن در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۷۸ و ارائه راهکارهای مناسب جهت جلوگیری از تشنج

طیبه ریحانی: عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد
دکتر مریم قوامی: متخصص اطفال و نوزادان

تشنج نوزادی یک تظاهر هشدار دهنده و مشکل زمینه ای نوزاد می باشد. شروع زودرس تشنج در نوزادان می تواند روی تکامل وی اثر بگذارد. گر چه اکثریت تشنجات نوزادان بصورت حاد و اکتیو همراه با طیف وسیعی از فاکتورهای اتیولوژیک می باشد، این فاکتورها تعیین کننده های اصلی نتایج تکاملی نوزادان با تشنج می باشند.

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در این راستا و برای تعیین علل شیوع تشنج انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه نوزادان متولد شده در سالهای ۱۳۸۳ - ۱۳۷۸ بوده که تمام نوزادانی که دچار تشنج شده اند نمونه پژوهش می باشند. تعداد نمونه ها ۶۹ نوزاد بوده که اطلاعات آنها توسط چک لیست از پرونده ها استخراج شده است.

نتایج حاصل نشان داده که علل تشنج به ترتیب پره ترم بودن $43/5$ درصد، هیپوگلیسمی 10 درصد، هیپوکلسمی $7/2$ درصد و LBW $5/8$ درصد بوده است. همچنین شیوع تشنج در 5 ساله اخیر در بین نوزادان متولد شده در بیمارستان ۲۲ بهمن 1 درصد بوده است.

جهت پیشگیری و کنترل این موارد شناسایی نوزادان در معرض خطر که مبتلا به هیپوگلیسمی اولیه و زودرس می شوند مهم می باشد و تهیه نمونه خون در ساعات اولیه (بعد از ساعت سوم تولد) و شروع درمان مناسب و در صورت مشاهده سطوح سرمی قند زیر 50 و کلسیم زیر $7/5$ درمان شروع خواهد شد. این نوزادان شامل نوزادان، مادران دیابتیک یا دیابت حاملگی، آسفیکسی، نوزادان پره توم، $IUGR$ ، نوزادان ایتروبلاستوزفتالیس، پلی سیتمی، هیپوترمی، نوزادان با دیسترس تنفسی و دو قلوها می باشد.

و مسئله مهمتر پیشگیری از زایمان های زودرس که مراقبت های ویژه از مادران در معرض خطر و کنترل عفونت های سه ماهه آخر حاملگی می باشد که درمان مناسب جلوگیری از تولد نوزاد پره ترم است که بیشترین علت تشنج نوزادان را شامل می شود.

New-born children and providing suitable ways to prevent convulsion

Tayebe Reyhani: Mashhad nursing and midwifery school faculty member
Dr Maryam Ghavami: pediatrician

Convulsion in children is a waning and basic problem in infants. Early convulsion in infants can affect their evolution. Although most of the infant acute convulsions is accompanied with vast spectrum of etiologic factors these factors are determiners of evolution results of convulsive children.

This research is a kind of descriptive-analytic research that in this case is accomplished to determine the causes of convulsion prevalence. The population included the whole children who were born in 1378-1383 and the subjects involved the children affected with convulsion. The number of the subjects contained 69 ones whose information was collected by check list from their files.

Findings indicated that the causes of convulsions were preterm birth 43.5% hypoglycemia 10% hypocalcemia 7.2% and LBW with 5.8% respectively. Also the rate of convulsion in 22 Bahman hospital in recent 5 years was 10%.

It is important to prevent and control these at risk infants that are affected by primary and early hypoglycemia also providing their blood samples in their early hours of birth (after the third hour of birth) and if the level of blood sugar is below 7.5 treatment begins. These infants included the infants of diabetic mothers or pregnancy diabetes asphyxia preterm neonates IUGR erythroblastosis fetalis infants polycythemia hypothermic infants and infants with breath distress and twins.

And the more important mother is to prevent early births that include special cares of at risk mothers and controlling of the third trimester infections. So the suitable treatment is to prevent of preterm birth that is the main reason of infant convulsions.

توانبخشی در کودکان عقب مانده ذهنی

نیره ریزابی: مددکار اجتماعی، بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

کودکان عقب مانده ذهنی طیف وسیعی از کودکان را شامل می‌شود که از جهات مختلف ذهنی، عاطفی، جسمانی، اجتماعی و یادگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای با کودکان امثال خود را دارند. بر اساس آمارهای جهانی حداقل ۱۲ درصد از کودکان در سنین مدرسه در هر جامعه‌ای استثنائی بوده و نیاز به برنامه‌های آموزشی و توانبخشی داشته که از این تعداد ۲ درصد ناتوان تکلمی، دارای ۲ درصد ناسازگار اجتماعی و هیجانی بین ۲ تا ۵/۲ درصد عقب مانده ذهنی، ۲ درصد کودکان سرآمد، ۲ درصد نابینا، ۵/۱ درصد معلول جسمی، ۵/۱ درصد ناشنوا، ۱ درصد اختلالات یادگیری، ۵/۱ درصد با بیماری‌های ویژه همچون صرع یا قند می‌باشد. متأسفانه این آمار در ایران به واسطه سنتی بودن جامعه و بالطبع از دواچه‌های فامیلی رقم بالاتری را نشان می‌دهد.

مراحل توانبخشی شامل: پیشگیری، تشخیص، درمان، آموزش و نگهداری..... می‌باشد. تشخیص و تعیین سطح توانائی در صورت نیاز نگهداری آنها، ارتقاء توانائی با استفاده از روش‌های تخصصی و علمی پرورش و تقویت خواص پنجگانه، آموزش مهارت‌های خودیاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، کارهای فنی و دستی.....

برنامه‌های آموزشی، ثبت نام در مدارس استثنائی، نمایش فیلم، آموزش به خانواده‌ها جهت پذیرش آنها در کانون خانواده.....

بنابر این یکی از اهداف مهم روش‌های پیشگیری عقب ماندگی ذهنی، تشخیص سریع، تعلیم و تربیت صحیح، برنامه‌های مشاوره و راهنمایی، خدمات پزشکی، روانشناسی، مددکاری و مشاوره خانوادگی، خدمات بهداشتی و اجتماعی و آموزشی از عوامل اصلی در جهت خدمت به جامعه محسوب می‌شود.

کلمات کلیدی: توانبخشی، عقب مانده ذهنی.

دیدگاه و تجربیات مادران کودکان بستری به علت تشنج ناشی از تب

زهرا سبزی، فاطمه سبزی: مربی آموزشی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

مقدمه: تشنج ناشی از تب (*Febrile Convulsion*) یا به اختصار *FC* از شایع ترین مسائل نورولوژیک در طب اطفال می باشد. و تشنجی است که همراه با بالارفتن ناگهانی درجه حرارت بدن بیش از $38-37/8$ درجه سانتی گراد در بچه های زیر ۶ سال اتفاق می افتد و شواهدی از عفونت سیستم اعصاب مرکزی یا صرع ارگانیک وجود ندارد.

هدف: هدف از این مطالعه توصیف عمیق تجربه مادران کودکان بستری به علت تشنج ناشی از تب در بیمارستان طالقانی گرگان سال ۱۳۸۷ بوده است.

مواد و روشها: در این مطالعه کیفی به منظور تبیین دیدگاه و تجربیات مادران کودکان بستری با ۲۵ مادر کودک بستری به علت تشنج ناشی از تب که برای اولین بار این وضعیت روی داده است، مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه ها ضبط و دست نویس شده و با استفاده از آنالیز محتوی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مضامین بدست آمده شامل "اضطراب و ترس شدید"، "ترس از دست دادن کودک"، "هل و دست پاچه شدن" در هنگام مواجه با تشنج کودک بوده و مادران اقداماتی از قبیل: محدود کردن حرکات کودک، سعی در باز نگه داشتن دهان کودک، پاشیدن آب به صورت کودک و رساندن وی به مرکز درمانی را به دنبال تشنج کودک انجام داده‌اند.

بحث و نتیجه گیری: باتوجه به شیوع بالای تشنج ناشی از تب و خوش خیم بودن این عارضه، از طرفی مشکلات زیادی که والدین در برخورد با کودک مبتلا تجربه می کنند. لذا در نظر گرفتن ترس عمده والدین در برخورد با آنها در زمان پذیرش و آموزش والدین به خصوص مادران بعد از اولین تشنج همراه با تب حائز اهمیت بوده و موجب ارتقا سطح سلامت کودک و خانواده خواهد شد.

کلید واژه: تشنج ناشی از تب، مادران، کودکان بستری.

بررسی نقش درمانی رژیم کتوژنیک در بیماری صرع در کودکان

مریم سبکتکین، شراره حمیدی فرد، مرجان مهدوی روشن

مرکز تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه: صرع یک بیماری متناوب و مزمن عصبی است که احتمالاً ناشی از تخلیه ناگهانی نورونهای مغزی می باشد. رژیم غذایی کتوژنیک اغلب برای درمان انواع حملات صرعی در کودکانی که درمانهای دارویی موفق نبوده است بکار میرود. امروزه استفاده از رژیم کتوژنیک ابعاد گسترده تری پیدا کرده و مطالعات نشان داده اند که این رژیم علاوه بر صرع روش درمانی مناسبی جهت سایر بیماریها نیز می باشد

روش مطالعه: جهت تهیه این مقاله از سایتهای علمی *Ovid, Pubmed, ScienceDirect, Elsevier* و غیره جهت جمع آوری مطالعات انجام گرفته از سال ۱۹۸۵ تا سال ۲۰۰۸ استفاده شده است.

یافته ها: استفاده از رژیم کتوژنیک از سال ۱۹۲۰ شروع شد و مطالعات نشان داده اند که رژیم، صرع را در ۳/۱ کودکانی که حملاتشان غیر قابل کنترل بوده بطور کامل کنترل می کند. اما کودکان دارای حملات جزئی ممکن است بخوبی به رژیم پاسخ ندهند. این روند یک برنامه غذایی پرچرب، کم کربوهیدرات با پروتئین متوسط است، بدن معمولاً از کربوهیدرات بعنوان منبع عمده سوخت استفاده می کند اما چون رژیم کتوژنیک کربوهیدرات کمی دارد چربیها سوخت اولیه می باشند. اغلب محققین معتقدند این روش در کنترل حملات *myoclonic* پنهان و آتونیک دوران کودکی مؤثر است. مکانیسم اثر رژیم کتوژنیک بخوبی روشن نشده است اما تجارب بالینی از این نظریه که سطح حداقلی از کتوزیس برای کنترل حملات نیاز می باشد، حمایت می کنند. از آنجایی که رژیم با عوارضی همراه می باشد تجویز رژیم نیاز به دقت دارد و پزشک هر ماه وضعیت کودک را مورد بررسی قرار می دهد.

کلمات کلیدی: صرع، رژیم کتوژنیک.

بررسی عملکرد مادران کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب بستری در بیمارستان شهدای کارگر شهر یزد در سال ۱۳۸۷

نیره سلمانی، هنگامه امیریان: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد

مقدمه: یکی از شایعترین علل تشنجات در کودکان ۱-۲ ساله تب می‌باشد. اکثر والدین در هنگام بروز تب دچار نگرانی می‌شوند و از ابتلاء فرزندشان به تشنج وحشت دارند و برای پیشگیری از بروز تشنج اقداماتی را انجام می‌دهند که نوع و نحوه انجام این اقدامات بستگی به درک آنان از تشنج دارد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است که بر روی ۵۰ نفر از مادرانی که دارای کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب بستری در بیمارستان بوده‌اند، انجام شده است. انتخاب نمونه‌ها به طور تصادفی در دسترس بوده و نمونه‌ها پرسشنامه بررسی اطلاعات دموگرافیکی و بررسی عملکرد را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: ۶۷ درصد مادران روزی ۲-۴ بار دمای بدن کودک را کنترل می‌کنند. ۳۴ درصد در کنار کودک خود می‌خوابند، ۴۴ درصد به طور مکرر در طی شب کودک خود را چک می‌کنند. ۱۳ درصد در طی شب بیدار می‌مانند. ۶ درصد آمپول دیازپام را در دسترس قرار می‌دهند. ۸ درصد کودک خود را خنک نگه می‌دارند.

نتیجه‌گیری: ترس از تب و تشنج ناشی از آن بر روی عملکرد والدین اثرات منفی داشته است که لزوم افزایش دادن آگاهی والدین را در رابطه با پدیده تب، تشنج، مراقبت‌های مناسب، در این زمینه را به اعضای تیم مراقبتی به ویژه پرستاران، گوشزد می‌کند.

کلمات کلیدی: عملکرد، تشنج ناشی از تب.

Survey of Mothers Practice with Convulsion due Fever Child Hospitalized in Yazd Shohadaye Kargar hospital in 2008

Naiire Salmani, Hengame Amiryan: Attendance training, Member of Yazd Azad University

Introduction: One of the most incident reasons of Convulsions in 1-2 years old child is fever. Most of parents when their children fever get worry and they afraid of getting Convulsion by their child and they do some thing for preventing convulsion that what they do is related to what they know about convulsion.

Materials and Methods: This studding is a kind of descriptive-analyzing that has been done on mothers with Convulsion due Fever Child Hospitalized. Sample choosing was random and the samples fill the demography survey data questionnaire and the practice questionnaire.

Results: 67%check the child body temperature. 34 % sleep in child bed. 44 % check the child repetitious. 13% remain awake at night ,6% put diazepam ready for use, 8% keep the child cool.

Conclusion: Scaring of fever and Convulsion due it had negative impression on parents work that show the importance of improving the parents knowledge about fever phenomenon – convenient watchful in this basis.

Key words: Practice, Convulsion due fever.

آموزش تکنیک های کنترل دفع ادرار و بهبود عملکرد روده در کودکان با ضایعه طناب نخاعی

محمد علی سلیمانی، طاهره صادقی، معصومه نیشابوری: مربی هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

مقدمه: افراد با آسیب طناب نخاعی تغییرات جسمی را تجربه می کنند که شایعترین این تغییرات تغییر در عملکرد روده و مثانه می باشد. به طوری که ۸۱ درصد بیماران تغییر در عملکرد مثانه و ۶۳ درصد بیماران تغییر در عملکرد روده را گزارش کرده اند. این تغییرات جسمی منجر به تغییر کیفیت زندگی بعد از آسیب می گردد که کنترل ادرار و مدفوع تأثیر به سزایی در آن دارد. هدف از این مقاله ارائه تکنیک های کنترل دفع ادرار و بهبود عملکرد روده در کودکان با ضایعه طناب نخاعی می باشد.

بحث: بعد از سپری شدن مرحله حاد آسیب بیماران از دو هفته تا مدت ها تحت بازتوانی و آموزش قرار می گیرند تا هرچه سریعتر به زندگی روزمره بازگردند. پرستاران پس از خانواده و دوستان مهم ترین گروهی هستند که با بیمار در ارتباط هستند. لذا آموزش رفتار های خود مراقبتی با حمایت پرستاران باعث استقلال و اعتماد به نفس در بیماران با آسیب طناب نخاعی در زندگی روزمره می گردد. جهت کنترل دفع مثانه راهکارهای متفاوتی وجود دارد که توسط پرستار به بیمار آموزش داده می شود. این راهکارها شامل تعدیل برنامه غذایی، افزایش فشار داخل شکمی، روش کردی، سندگذاری توسط بیمار، برنامه آموزش کنترل مثانه، کشش مقعد برای تحریک دفع ادرار و درمان دارویی می باشد. جهت بهبود عملکرد روده نیز اقداماتی را به منظور پیشگیری از یبوست و کنترل اسهال می توان انجام داد که آموزش برنامه الگویی دفع روزانه، تعدیل برنامه غذایی، تحریک مقعد با استفاده از شیاف و انجام تمرینات قدرتی ایزومتریک شکم جزء آموزش هایی هستند که می توان به بیمار داد.

کاربرد و نتیجه گیری: آموزش تکنیک های کنترل دفع ادرار و مدفوع در بیماران با ضایعه طناب نخاعی یک روش موثر در بهبود کیفیت زندگی می باشد و یک روش موثر جهت پیشگیری از مشکلات ادراری و روده ای می باشد.

کلید واژه‌ها: بیماران با ضایعه طناب نخاعی، تکنیک های دفع ادرار و روده.

صرع کودکان و صدمات تولد

زهره شجاعیان: کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان
 زهره دلیر: کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد
 ربابه صادقیان هرات: کارشناس مامایی بیمارستان قائم

زمینه و هدف: صرع یک بیماری مزمن عصبی است که علل متفاوتی از جمله صدمات وارده به سر، بیماریهای عروق مغزی و عفونتهای سیستم اعصاب مرکزی و صدمات تولد در به وجود آمدن آن نقش دارند پیک حملات صرعی در دوران کودکی است. درمان صرع به دلیل هزینه بالا، درمانهای جراحی محدود، نگرش منفی به آن در بعضی کشورها و نیاز به تسهیلات ویژه، مشکل و زمان بر است از این رو پیشگیری از علل به وجود آورنده آن بسیار مهم است از این میان کنترل صدمات حین تولد و بررسی ارتباط شدت، میزان و نوع صدمه با احتمال صرع قابل ارزیابی است.

مروری بر مطالعات: در مطالعه گری بر روی ۱۲۰ کودک مبتلا به صرع لوب تمپورال مشخص شد ۳۳ درصد دچار صدمات حین تولد بوده و پاتولوژی این بیماران با بقیه متفاوت است و کیکو و ساتو نیز به این نتیجه رسید هیپوکسی یا آنوکسی زمان تولد احتمالاً در تکامل لوب تمپورال و احتمال تشنج در بزرگسالی همراه است و در مطالعه راشل ۲۰۰۶ هیپوکسی حین تولد با افزایش تشنج در دوران کودکی همراه بوده و از طرفی انسفالوپاتی بدنبال تشنج با افزایش احتمال صرع در آینده و اختلالات عصبی و شناختی همراه بوده است در مطالعه آبراهام توبین نیز مشخص شد فرایند های هیپوکسیک علت اصلی صدمات مغزی و ایجاد اسکار در مغز هستند زخم های اسکار مزمن در مغز منجر به اختلال عملکرد مزمن مانند اختلالات روانی همراه با تشنج، عقب ماندگی، فلج مغزی و اختلالات مینور خواهند شد سن بارداری در زمان بروز هیپوکسی تعیین کننده شدت و وسعت صدمه خواهد بود همچنین نوع زایمان در هیپوکسی زمان تولد و عوارض ناشی از آن نقش دارد اگر چه در مطالعه گری ۲۰۰۶ بدنبال سزارین انتخابی در ۳۹ هفته شیوع هیپوکسی کاهش داشت اما تعیین زمان انجام سزارین،

هزینه بالا با توجه به تعداد زیاد زایمانها و از طرفی عدم حمایت سزارین در پیشگیری از عوارض عصبی طولانی مدت از سزارین به جای زایمان طبیعی جهت پیشگیری از هیپوکسی توصیه نمی‌شود همچنین طبق مطالعه کرب جنینهایی که تا زمان ترم پرزانتاسیون آنها بریچ باقی مانده بود ریسک بیشتری از جنینهای سفالیک برای ابتلا به صرع در آینده داشتند و این خطر با نوع زایمان و آپگار تولد ارتباطی نداشت اما با محدودیت رشد در دوران بارداری مرتبط بود و در بررسی کریستینا آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ در زمان تولد با افزایش شیوع صرع، عقب ماندگی ذهنی و فلج مغزی همراه بود اما آپگار کمتر از ۷ در دقیقه ۵ به عوامل متعددی از جمله پرزانتاسیون بریچ، زایمان قل دوم، وزن بالای ۵ کیلوگرم نوزاد، سن مادر، زایمان اول، سیگار کشیدن، زایمان پست ترم، آنالژزی اپیدورال، جنین پسر و زایمان در شب بستگی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به آنکه هیپوکسی زمان زایمان و سن بارداری دو فاکتور مهم در ایجاد بیماریهای اعصاب در آینده می باشند از اینرو پیشگیری از زایمان های پره ترم، فراهم بودن اقدامات احیاء و پیش بینی احتمال هیپوکسی در زایمانهای طولانی و آشنایی کارکنان اتاق زایمان با اقدامات احیاء میتواند از جمله اقدامات پیشگیرانه باشد.

کلید واژه ها: بیماریهای کودکان، صرع، صدمات تولد.

Epilepsy and birth injury

Zahra shojaeian: Master of midwifery, faculty member of Islamic republic azad Ghouchan University

Zahra dalir: Master of nursing, faculty member of nursing and midwifery of Mashhad University

robabeh sadegian harat: midwife(BS), ghaem hospital

Objective: epilepsy is a neurological chronic disease. the main causes are head injuries, cerebrovascular disease, CNS infections, and birth trauma. the pick of attack epilepsy is in childhood and treatment of epilepsy is complex because of expensive cost, limitation of surgery and negative attitude in some countries and needs to special facilities and so prevention of cases is very important. The control of birth injury and evaluations relationship between intensity, type and rate injury and epilepsy is valuable.

Review of literature: in research gary on 120 child that had temporal lobe epilepsy, %33 percent of child had birth injury and different pathology. Birth hypoxia or anoxia affected on development

of temporal lobe and appearing of seizures in adulthood in kaiko and sato study. In the russel study (2006) birth hypoxia was more probably of seizures in childhood and encephalopathy due to seizures was more attendant epilepsy and neurological and cognitive disorder in future. Abraham towbin Investigations identified hypoxic processes as the main cause of prenatal cerebral damage. chronic scar lesions, were correlated organically with chronic functional sequels for example psychopath disorder with seizures , elements of mental retardation, cerebral palsy and minimal brain dysfunction. The gestational age at the time of the hypoxic exposure and the severity of the hypoxia appear, are determine the location and the extent of the damage in the cerebrum and also model of delivery effected on birth injury and side effect. in the gary study(2006) birth hypoxia decreased due to elective caesarian section. there isn't any support of use of caesarian instead of vaginal delivery for prevention of hypoxia because caesarian cannot prevention of long-term neurological disorder and exact the date of caesarian section is hard and costs due to plenty delivery is expensive. Kereb said Breech presentation was a risk factor for epilepsy and mode of delivery and low apgar score were not related to epilepsy in breech presentation but The increased risk of epilepsy in term breech infants is related to growth restriction in pregnancy. the result of Cristina study showed the Apgar below 7 at 5 minutes was with increased of incidence of epilepsy, mental retardation and cerebral palsy and risk factors for Apgar below 7 at 5 minutes were birth weights above 5 kg ,and second born twins,.primiparity, maternal age, smoking, post-date pregnancy, epidural analgesia, male infant gender, and being born at night,

Conclusion: birth hypoxia and gestational age were two important factor for introduce of neurological disorder in the future and so prevention of preterm labor, availability of resuscitation facility and ready for birth hypoxia in prolonged labor and awareness of all of labor room personnel to resuscitation practices are preventive actions.

Key words: Childhood disease, Epilepsy, Birth injury.

رژیم غذایی کتوژنیک و پیشگیری از صرع در کودکان

زهرا شریف زاده: مربی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لارستان

وقتی بدن چربی را متابولیز می‌کند، موادی به نام کتون تولید می‌شود. غذاهای کتوژنیک با افزایش چربی و محدودیت کربوهیدرات بدن را مجبور به استفاده از چربی بیشتر بجای گلوکز می‌کنند. هنوز کاملاً مشخص نشده است که چرا و چگونه غذاهای کتوژنیک حملات تشنجی را کاهش داده یا پیشگیری می‌کنند، اما تأثیر آن در کودکان صرعی مشخص شده است، ولی این رژیم برای افراد بزرگسال مؤثر نیست.

یک رژیم غذایی کتوژنیک شامل ۴ گرم چربی به ازای هریک گرم پروتئین و کربوهیدرات با هم است. افرادی که تحت رژیم کتوژنیک هستند، باید غذاهای چرب مثل کره، خامه و روغن بادام زمینی بخورند. غذاهایی مثل نان، میوه و سبزیجات بشدت کاهش داده شده و کالری و مایعات محدود می‌گردد. در هر وعده، مواد غذایی بدقت اندازه گیری شده تا مقدار صحیح هر ماده غذایی داده شود. تی انحراف مختصر می‌تواند اثرات آنرا از بین ببرد.

رژیم کتوژنیک بتدریج و در عرض چند روز شروع می‌گردد تا بدن بتواند با تغییرات مهم سازگار شود. این افراد ممکن است احساس خستگی و از دست دادن انرژی در چند روز اول داشته باشند. کودکان در هنگام شروع این رژیم در یک بیمارستان یا مرکز صرع بستری شده تا کاملاً تحت نظر پزشک یا متخصص تغذیه باشند.

رژیم غذایی کتوژنیک گاهی در درمان کودکانی که دچار حملات صرعی شدید شده و به درمانهای ضدصرع پاسخ نمی‌دهند، مثل حملات صرعی مرتبط با *Lennox-Gastaut syndrome* مؤثر باشد.

فایده دیگر غذای کتوژنیک برای کودکان این است که مقدار مصرف دارو کاهش یا اصلاً نیازی به دارو ندارند بنابراین از عوارض دارویی نیز پیشگیری می‌شود. رژیم کتوژنیک ممکن است یکسری عوارض از جمله: دهیدراتاسیون، یبوست، استفراغ، افزایش میزان کلسترول، سنگ کلیه، تغییرات رفتاری، کندی رشد در کودکان را به همراه داشته باشد.

کودکانی که این رژیم برایشان تجویز می‌شود ممکن است دچار کمبود ویتامین و املاح شوند مگر اینکه جایگزین ویتامین و املاح برایشان شروع شود.

Ketogenic diet for epilepsy

Zahra Sharifzadeh: Shiraz Medical University, Hazrat Zaynab Nursing College Larestan

When the body metabolizes fat, it creates substances called ketones. The ketogenic diet tries to force the body to use more fat for energy instead of glucose by increasing fat and restricting carbohydrates. It is not yet clear how or why the ketogenic diet prevents or reduces seizures, but it has been shown to be effective in reducing epileptic seizures in some children.

Ketogenic diet can not prevent of epileptic seizures in adults.

One version of the ketogenic diet provides 4gram of fat for every 1 gram of protein and carbohydrate together. People on a ketogenic diet have to eat mostly fatty food, such as butter, cream, and peanut butter. Foods such as bread, fruits, and vegetables have to be severely limited, and the person's total calories and fluids are also restricted. At every meal, the food has to be measured carefully so that the right amounts of each food are given. Even a slight departure from the diet can cancel its effect.

The diet is gradually introduce over several days, so that the body can get used to the dramatic change. The person may feel tired and lack energy during the first few days.

Children are usually admitted to a hospital or epilepsy center when starting the diet so that they can be monitored. The ketogenic diet should always be given under the supervision of a doctor and a dietitian.

The ketogenic diet may sometimes be used to treat children with sever seizures who have not responded to antiepileptic medicines. It has been especially effective in treating seizures related to Lennox-Gastaut syndrome.

Another benefit of the ketogenic diet for some children is that may reduce or end the need for medicine and thus avoid the side effects that result from medicine.

The ketogenic diet may cause side effects in some people. These are not usually serious but may include:

Dehydration, constipation vomiting, kidney ston, behavioral changes, high colestrol level, slower growth rates in children.

People on the ketogenic diet may develop vitamin and mineral deficiencies unless they take vitamin and mineral supplements.

بررسی تأثیر رویکرد رشدی حرکتی بوبت بر روی عملکرد حرکتی درشت اندام فوقانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی

علیرضا شمس الدینی، دکتر محمد تقی حلی ساز، سینا لباف: دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، بیمارستان بقیه الله(عج)، بخش کاردرمانی

مقدمه و هدف: بچه‌های با فلج مغزی اغلب برای توانبخشی به کاردرمانی ارجاع داده می‌شوند. یکی از مشکلات عمده این بچه‌ها اختلال عملکرد درشت اندام فوقانی می‌باشد. رویکرد رشدی حرکتی بوبت یکی از قدیمی‌ترین و در عین حال شایعترین رویکرد در توانبخشی این بچه‌ها می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی رویکرد رشدی حرکتی بوبت بر روی عملکرد حرکتی درشت اندام فوقانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی می‌باشد.

مواد و روشها: ۲۱ کودک فلج مغزی از نوع همی پلژی با دامنه سنی ۱/۵ تا ۵ سال به دو گروه درمان و کنترل تقسیم شدند. در گروه درمان ۱۱ کودک (۶ پسر و ۵ دختر) و در گروه کنترل ۱۰ کودک (۵ پسر و ۵ دختر) قرارداشتند. گروه درمان به مدت ۱۰ هفته و هر هفته ۳ جلسه یک ساعته تحت درمان توانبخشی با رویکرد رشدی حرکتی قرار گرفتند ولی گروه کنترل فقط در منزل توسط والدین تحت یکسری حرکات ورزشی قرار داشتند. جهت بررسی میزان پیشرفت در انجام حرکات درشت اندام فوقانی از معیار *Gross Motor (GMFM)* *Functional Measure* استفاده شد. نتایج: با توجه نتایج بدست آمده، در وضعیت غلتیدن و نشستن اختلاف میانگین دو گروه با $P = ۰/۰۰۰$ معنی دار بود. همچنین در وضعیت چهار دست و پا نیز اختلاف میانگین بین گروه کنترل و گروه درمان با $P = ۰/۰۰۳$ معنی دار بود اما اختلاف میانگین بین دو گروه بر اساس معیار اندازه گیری فوق در وضعیت ایستادن و راه رفتن به ترتیب با $P = ۰/۲۳۷$ و $P = ۰/۲۵$ معنی دار نبود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد انجام فعالیتهای کاردرمانی خصوصاً رویکرد رشدی حرکتی بر روی توانایی‌های حرکتی بچه‌های فلج مغزی موثر است. البته این تأثیر در مراحل اولیه رشد حرکتی از جمله غلتیدن، نشستن و چهار دست و پا موثر تر از مراحل بعدی رشد حرکتی کودک است.

کلمات کلیدی: کاردرمانی، فلج مغزی، رشد حرکتی، رویکرد رشدی حرکتی.

Effect of Neurodevelopmental therapy in Gross motor Function of Children with cerebral palsy

Alireza Shamsoddini, Mohammad Taghi Hollisaz, Sina Labbaf: Baqiyatallah university of Medical Sciences, Baqiyatallah Hospital, Occupational therapy ward

Objective: Children with cerebral palsy (CP) are frequently referred for Occupational therapy; the primary problem in CP is gross motor dysfunction. Neurodevelopmental therapy (NDT) is common and traditional method for rehabilitation of these patients. This study was planned to investigate the effect of Neurodevelopmental therapy (NDT) on Gross motor skills in cerebral palsy.

Materials and Methods: Twenty-one children with Hemiplegia Cerebral Palsy (1.5 to 5 year) were randomly divided into two groups. NDT training were given to first group (n=11; 5 girls, 6 boys) the second group was determined as a control group (n = 10; 5 girls, 5 boys) and only the home program was given. All children were evaluated with Cross Motor Function Measure (GMFM) in Rolling, Sitting, Crawling, Standing and walking position before and after intervention. The NDT training programmes were applied for 1 hour, 3 days per week for 10 weeks.

Results: According to result, average difference between two group in Rolling and sitting position with $P=0.000$ was significant. Also average difference between two group in crawling position with $P=0.003$ was significant. But in standing ($P=0.237$) and walking ($P=0/25$) position after and before assessment average difference between two groups was not significant.

Conclusion: This study shows that programmes of NDT training effect Neurodevelopmental abilities children with cerebral palsy. But

in initial positions such as rolling, crawling and sitting was effective than standing and walking positions.

Key words: Occupational therapy, Cerebral palsy, Neurodevelopmental approach, Neurodevelopmental ability.

توانمند سازی والدین در مراقبت از کودک بیمار

مهین شورودی: کارشناس کودکان مرکز بهداشت شماره ۳ مشهد

مقدمه: طولانی بودن فرایند درمان برخی بیماریها؛ محدودیت مراکز و کادر درمانی و کاهش هزینه‌های درمانی اهمیت توانمندسازی والدین را در مراقبت از کودک خاطر نشان می‌سازد.

عوامل تسهیل کننده فرایند توانمند سازی:

- ۱- پذیرفتن دیدگاهها
- ۲- ارتقاء سطح آگاهی
- ۳- آموزش مهارتهای ویژه
- ۴- ایجاد همکاری متقابل
- ۵- افزایش خود کار آمدی

موانع عمده بر سر راه توانمندی:

- ۱- درک غلط در رابطه با تواناییهای والدین
- ۲- ناتوانی جسمی؛ فکری و مالی والدین
- ۳- خصوصیات شخصی والدین یا پرسنل
- ۴- ناپایداری در پیگیری اهداف با توجه به گذشت زمان

مدل طرح توانمندسازی در رابطه با والدین کودک بیمار :

آشنا نمودن والدین با بیماری و عوارض آن (تهدید درک شده)
کمک به شکل گیری خود کارآمدی در والدین

مراحل ایجاد خودکار آمدی:

- ۱- آموزش شیوه ی پرستاری از کودک :با استفاده از تکنیکهای مختلف آموزشی
- ۲- تمرین عملی: اصلاح ایرادها
- ۳- ایجاد حس موفقیت:وظایف والدین را به بخشهای کوچک تقسیم کنید تا موفقیت‌های کوچک بسیاری را طی فرایند یادگیری تجربه نمایند.
- ۴- تکرار و تمرین: مهارت والدین را افزایش دهید

۵- ترغیب کلامی: نقاط قوت والدین را شنا سایی و تحسین نمایید. با تلقین مثبت آنان را به انجام کارهایی که خود را قادر به انجام آن نمی دانند تشویق کنید

۶- برانگیختگی فیزیو لوژیکی /هیجانی: اضطراب و خستگی باعث عدم خود کار آمدی می گردند. به والدین تفسیر علائم و مدیریت استرس را آموزش دهید

اثر خودکار آمدی بر توانمندی والدین:

۱- لذت از فعالیت

۲- تلاش و ممارست

۳- تمایل به آموزش بیشتر

۴- بهبود روند درمان

کلمات کلیدی: توانمندسازی-خود کارآمدی-والدین.

معرفی ابزارهای بررسی وضعیت کودکان مبتلا به اختلالات مغز و اعصاب

طاهره صادقی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه کودکان

فریبا اسدی نوقایی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه کودکان

نسیم بهرامی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه مامائی

محمد علی سلیمانی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه داخلی جراحی

مقدمه: اولین و اساسی‌ترین اقدام جهت رسیدن به تشخیص پزشکی و پرستاری بیماران مبتلا به اختلالات مغزی و اعصاب بستری در *ICU* بررسی وضعیت بیمار می باشد. ابزارهای مختلفی برای طبقه بندی و نمره گذاری این بیماران وجود دارد. هدف از این تحقیق ارزیابی ارزش ابزارهای نمره گذاری مختلف در *ICU* می باشد.

روش کار: محققان ابزارهای مختلف را بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که این ابزار از لحاظ اطمینان برای تشخیص شدت بیماری و برای تخمین نتایج ناشی از بیماری متفاوت می باشند. در مطالعه‌ای که در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اعصاب انجام شد، نتایج نشان داد که در رابطه با کاربرد معیارهای جدید، نمونه‌های پژوهشی، آگاهی و عملکرد ضعیفی داشتند و فقط به طور سنتی از جدول *GCS* در بیماران با مشکلات مغزی استفاده می نمودند و با توجه به روز شدن اطلاعات پزشکی و درمان‌های این بیماران به نظر می رسد که کاربرد معیارهای جدید جهت بررسی وضعیت بیماران لازم و ضروری است این ابزارها جهت مشخص کردن وضعیت بیمار و برآوردی از خطر مرگ می توانند پیشبرد برنامه های درمانی را راهبری کرده، تصمیم گیری را ساده و کیفیت مراقبت از بیماران را ارزیابی نمایند.

نتایج: در این مطالعه ضمن پرداختن به نتایج پژوهش خود و با بررسی مطالعات انجام گرفته بر روی ابزارهای *REMS, PAPS, GCS, MEES, APACH III, APACH II* این ابزارها معرفی شده و جزئیات هر معیار و طریقه امتیاز دهی آنها با هم مقایسه نموده و صحت آن را در پیش بینی مشکلات ای بیماران بازگو می نماید.

کلید واژه‌ها: *REMS, PAPS, GCS, MEES, APACH III, APACH II*

بررسی تشنج ناشی از تب در کودکان بستری شده بخش اطفال مجتمع آموزشی درمانی امیر (ع) سمنان

سکینه صیادجو: عضو هیئت علمی، مجتمع دانشگاه علوم پزشکی سمنان

مقدمه: از جمله مواردی که سلامت کودکان را به مخاطره می اندازد بیماری ها هستند در طی دوره کودکی مانند سایر دوره ها، کودک با بیماری های ویروسی، باکتریایی و... روبرو می شود که برخی از آنها با تشنج همراه است مانند تشنج ناشی از تب که با افزایش دمای بدن و در صورت عدم کنترل و کاهش دما می تواند منجر به تشنج شود بطوری که شیوع این مشکل ۲-۵ در صد و یک مورد از ۲۰ کودک ۶ ماهه تا ۵ ساله را درگیر می سازد. لذا به دلیل اهمیت موضوع بررسی حاضر جهت تعیین علت تشنج و برخی از مشخصات دیگر کودکان بستری در بخش اطفال مجتمع آموزشی درمانی امیر (ع) سمنان صورت گرفت.

مواد و روشها: این مطالعه بصورت توصیفی- مقطعی بوده که در مدت یکسال (۱۳۸۶) با مطالعه کلیه پرونده های کودکانی که به علت تشنج ناشی از تب بستری شده بودند، انجام شد اطلاعات لازم مانند سن، جنس، سابقه تشنج و... از آنها استخراج گردید و در چک لیست وارد شده سپس اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که از لحاظ جنسیت پسر و دختر هر کدام ۵۰ درصد بودند، ۸۹/۴ درصد کودکان زیر ۵ سال، و در خصوص تکرار تشنج در این کودکان ۱/۸ درصد برای مرتبه اول و ۳۸/۲ درصد برای بار دوم دچار تشنج شده بودند. کوتاه ترین و بلندترین مدت زمان تشنج به ترتیب ۱ و ۱۵ دقیقه بود. از لحاظ وجود سابقه تشنج ناشی از تب در فامیل، یافته ها نشان داد که از ۴۱ پرونده کودک که سابقه فامیلی ثبت شده بود ۱۴ نفر ۳۴/۱ درصد بروز تشنج در فامیل درجه یک و دو مثبت گزارش کرده بودند. بیبش از نیمی از کودکان ۵۱/۷ درصد حاصل سزارین و مابقی زایمان طبیعی بودند. ۵۰ درصد تشنج در فرزند اول، ۲۴ درصد در فرزند دوم و بقیه در فرزندان دیگر رخ داده بود. شایعترین علائم بترتیب تونیک کلونیک ۷۳/۵ درصد

خیره شدن چشم‌ها ۶۴/۷ درصد، خارج شدن کف از دهان ۳۸/۲ درصد، کاهش سطح هوشیاری ۲۷/۹ درصد، سیانوز ۲۲ درصد و بی اختیاری ادراری یا دفعی ۱۱/۷ درصد و سردرد ۱/۳ درصد در کودکان گزارش شده است. بیشترین بیماری‌های همراه سرماخوردگی، اسهال و استفراغ، اوتیت میانی حاد و عفونت‌های ادراری بودند. ۲۹/۵ درصد بدون درمان، ۴۸/۵ درصد تحت درمان با فنوباربیتال به تنهایی یا همراه داروهای دیگر و ۲۲ درصد فقط تحت درمان با دیازپام قرار گرفتند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های فوق نشان می‌دهد تشنج ناشی از تب در کودکان زیر ۵ سال شایع می‌باشد که با توجه به افزایش قابل توجه عوارض شدید عصبی در آینده از قبیل صرع، شناسایی و کنترل افزایش دمای بدن و در صورت بروز تشنج تشخیص و درمان به موقع از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

کلمات کلیدی: تشنج، تب، کودکان.

بررسی فراوانی بیماران مبتلا به پرتس مراجعه کننده به مرکز ارتوپدی فنی هلال احمر اصفهان

علیرضا طاهری: مربی عضو هیئت علمی

محمد قریبعلی: کارشناس ارتوپدی فنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

زمینه و اهداف: بیماری پرتس جزء بیماریهای اعصاب کودکان است که بدلائل ناشناخته در سنین ابتدائی، کودک دچار آن می‌گردد. البته فاکتورهائی از جمله عفونت، تروما و... نیز مؤثر هستند با توجه به اینکه آمار مشخصی از این بیماری و عوامل مرتبط با آن وجود ندارد لذا توصیه‌ها، آموزش و درمانهای کونسرواتیو در شناسائی به موقع می‌تواند در روند بیماری، کاهش سیر آن، کاهش علائم نقش بسزائی داشته باشد. هدف اصلی در این مطالعه تعیین فراوانی مبتلایان به پرتس با محوریت کلیه علائم و خصوصیات این بیماری می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه کلیه مراجعین به مرکز ارتوپدی فنی هلال احمر اصفهان پس از ارزیابی و معاینه اولیه توسط پزشک متخصص و تشخیص بیماری، خصوصیات و متغیرهای لازم که بصورت پرسشنامه تنظیم گردیده توسط والدین کودک تکمیل و سپس متغیرهای چون میزان کوتاهی توسط کارشناس و بوسیله تخته کوتاهی اندازه گیری شده و در فرم مربوطه ثبت می‌گردد.

یافته‌ها: در این تحقیق از ۷۷ بیمار مبتلا به پرتس ۶۳ نفر (۸۳ درصد) پسر و ۱۴ نفر (۱۸ درصد) دختر هستند که سن ابتلا از یک تا ۱۳ سال (میانگین ۷) داشتند. میزان درد و لنگش توام ۴۷ نفر (۶۱ درصد) و ۲۲ نفر (۲۹ درصد) لنگش تنها و ۸ نفر (۱۰ درصد) فقط درد داشتند. میانگین کوتاهی ۱/۶ سانتیمتر بود که ۱۸ درصد نیز بدون کوتاهی بودند. ۳۳ نفر (۴۴ درصد) دارای ضایعه در سمت راست و ۳۴ نفر (۴۴ درصد) چپ و ۱۰ نفر (۱۱ درصد) دوطرفه هستند. ۵۱ نفر در آب و هوای معتدل و ۲ نفر گرمسیر و ۲۴ نفر سردسیر زندگی می‌کنند و از این میان ۸۷ درصد در مناطق هموار و ۱۳ درصد در مناطق کوهستانی بسر می‌برند.

لازم به ذکر است که فقط ۴ نفر (۵درصد) دارای سابقه فامیلی بودند و ۲۸ نفر در فرزند اول ومابقی در فرزندان دوم به بعد دیده شد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به مطالعات انجام شده در دیگر کشورها میزان بروز در دختر و پسر یک به ۵ است که در این تحقیق نیز همین تناسب دیده می شود و همچنین سن بروز ۲ تا ۱۲ سال است که در این مطالعه نیز همین میانگین وجود دارد. میانگین میزان کوتاهی ۱/۶ سانتیمتر است که در دیگر تحقیقات یک اینچ می باشد و این اختلاف شاید میانگین بررسی کوتاهی تا پایان درمان بوده که در این مطالعه هدف ارزیابی بیمار در هر مرحله که بیمار قرار داشته باشد، است البته تساوی جنسیت در میزان کوتاهی به دیگر مطالعات همخوانی داشت. همچنین تساوی وجود ضایعه در دو سمت نیز از دیگر موارد در دیگر کشور ها بود. از نظر بسیاری از محققین وجود سابقه فامیلی و ارثی بودن مورد تأیید نبوده و میزان ۶درصد در این مطالعه نیز تأیید بر این ادعا است. وجود برخی از علائم کلینیکی مثل درد و لنگش نیز در افراد مورد بررسی که علت اصلی مراجعه به پزشک بوده نیز تأیید شد. در اکثر مطالعات میزان ابتلا در فرزند سوم به بعد گزارش شده که در این تحقیق اغلب در فرزند اول (۳۶درصد) و مابقی در فرزند دوم به بعد مشاهده گردید.

با توجه به مراجعه ۷۷ نفره در مدت ۹ ماه و فقط به یک مرکز درمانی حاکی از شیوع زیاد این بیماری است که لزوم تدابیر لازم جهت پیشگیری و درمان کانسرواتئو از جمله ارتز می تواند از ایجاد مخاطرات بعدی بکاهد.

کلید واژه ها: شیوع، بیماری پرتس، مرکز ارتوپدی فنی هلال احمر.

بررسی آگاهی و عملکرد زنان همسر دار در سن باروری در مورد پیشگیری از عقب افتادگی ذهنی نوزادان در شهر یزد در سال ۱۳۸۷

سکینه طایفی نصرآبادی

بیان مسئله: یکی از بهترین راه‌ها برای جلوگیری از اتلاف سرمایه‌های انسانی و مالی، جلوگیری از بروز عقب ماندگی‌های ذهنی است که اکثراً قابل پیشگیری می‌باشند. مشکل اساسی در ایران پیشگیری از معلولیت‌های ذهنی است که بر اساس آمارهای جدید حدود ۲ تا ۳ درصد از کل افراد جامعه را معلولین ذهنی تشکیل می‌دهند. عوامل ارثی در ایران، دلیل عمده معلولیت‌های ذهنی می‌باشد و عمده این عقب ماندگی‌ها مربوط به عقب ماندگی ذهنی نوزادان می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی سطح آگاهی زنان همسر دار در سن باروری در جهت پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی نوزادان آن‌ها صورت گرفته است تا به مسئولین ارائه دهنده خدمات بهداشتی در افزایش سطح آگاهی مادران جهت پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی نوزادان کمک نماید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که به روش مقطعی انجام شده است و واحد‌های مورد پژوهش شامل ۱۵۰ زن همسر دار در سن باروری می‌باشند که در تابستان سال ۱۳۸۷ به مراکز بهداشتی درمانی و درمانگاه‌های زنان و زایمان یزد مراجعه کرده‌اند. انتخاب نمونه به روش تصادفی انجام گردیده است، بدین نحو که در هر روز غیرتعطیل به طور تصادف یکی از مراکز فوق الذکر انتخاب و با مراجعه پرسشگر به آن مکان، از کلیه مراجعین واجد شرایط پرسشگری به عمل آمده است.

نتایج: در این تحقیق ۱۴۱ زن همسر دار در سن باروری مورد بررسی قرار گرفته‌اند؛ میانگین سن $28/76 \pm 7/44$ ($Mean \pm SD$) با دامنه تغییرات از ۱۵ تا ۴۶ سال بود. میانگین تعداد حاملگی آنها $1/64 \pm 2/32$ با دامنه تغییرات از ۰ تا ۹ بود. از نظر تحصیلات ۴/۴ درصد بیسواد، ۱۱/۱ درصد دانشگاهی و بقیه ابتدایی تا دیپلم بودند. از نظر شغلی ۸۷/۹ درصد خانه دار، ۱۰/۶ درصد کارمند و ۱/۴ درصد کارگر بودند. در مقابل این سؤال که

آیا عقب ماندگی ذهنی نوزادان قابل پیشگیری است؛ ۴/۳ درصد پاسخ منفی دادند، ۷۴/۵ درصد پاسخ مثبت و ۲۱/۳ درصد گفته اند نمی دانم. از افرادی که به این سوال پاسخ مثبت داده‌اند، ۶۴/۸ درصد عفونت باکتریایی و یا ویروسی را در دوران بارداری عامل بالقوه عقب ماندگی ذهنی ذکر نموده اند همچنین ۶۷/۶ درصد مصرف خودسرانه دارو، ۶۱/۳ درصد مواجهه با سموم مانند سرب و جیوه، ۶۹ درصد عامل ژنتیک، ۷۵/۲ درصد مصرف سیگار، ۸۲/۹ درصد مصرف مواد مخدر، ۷۸/۶ درصد مصرف الکل در دوران بارداری را عامل عقب ماندگی ذهنی ذکر نموده اند. همچنین ۸۰ درصد از نمونه‌ها، برخی از بیماری‌های کنترل نشده مادر در دوران بارداری، ۸۷/۶ درصد ضربات شدید به شکم در دوران حاملگی، ۷۷/۱ درصد بارداری در سن بالا، ۴۵/۷ درصد افزایش مقاربت در سه ماهه آخر بارداری و ۴۷/۶ درصد بیماری‌های انگلی را عامل عقب ماندگی ذهنی نوزادان متذکر شده‌اند. در مورد این سؤال که تشخیص وجود عقب ماندگی ذهنی قبل از تولد چگونه انجام می‌گیرد تنها ۱۲/۴ درصد پاسخ صحیح داده‌اند. ۷۹ درصد اظهار بی‌اطلاعی نموده‌اند و ۸/۶ درصد نیز پاسخ‌های غلط داده‌اند. در نمونه‌های مورد بررسی ۵۶/۲ درصد اظهار داشتند که در هر یک از بارداریهایشان ترس را، به دنیا آوردن کودک عقب مانده ذهنی داشته‌اند. که دلیل این ترس، ۱۳/۱ درصد وجود سابقه فامیلی، ۲۴/۶ درصد ازدواج فامیلی، ۲۷/۹ درصد وجود هر یک از ریسک فاکتورها و ۳۴ درصد سایر عوامل را در این بیماری مؤثر دانسته‌اند. در ضمن عوامل دیگری نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند که در صورت پذیرش چکیده در اصل مقاله ارائه خواهد گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج حاصله می‌توان گفت که تقریباً یک سوم افراد مورد بررسی یا عقب ماندگی ذهنی نوزادان را غیر قابل پیشگیری دانسته‌اند یا اینکه اطلاعی در مورد فوق‌الذکر نداشته‌اند و حدوداً ۱۲ درصد افراد از روش تشخیص عقب ماندگی ذهنی قبل از تولد آگاهی داشته‌اند. همچنین حدود نیمی از افراد نمونه، ترس به دنیا آوردن کودک مبتلا به عقب ماندگی ذهنی داشته‌اند. که در کل رقم قابل توجهی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: عقب ماندگی ذهنی، مادر، نوزاد، آگاهی، عملکرد.

بررسی حوادث منجر به ضربه مغزی در کودکان مصدوم مراجعه کننده به بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد سال ۱۳۸۶

هادی عباسپور: کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی قوچان
زهرة بشیری: کارشناس پرستاری

زمینه و هدف: صدمات مغزی ناشی از تروما مهمترین علل مرگ و میر عوارض در کودکان محسوب می گردد. در ایران یکی از شایع ترین حوادث حاد کودکان مسئله تروما به خصوص ترومای سر می باشد و این آمار با توجه به افزایش وسایل نقلیه و ماشینی شدن زندگی احتمال می رود رو به افزایش باشد. طبق آمار بین ۲۰-۳۰ درصد مصدومین حوادث بیمارستان های عمومی و اورژانس را کودکان تشکیل می دهند. هدف از این مطالعه بررسی حوادث منجر به ترومای مغزی در کودکان زیر ۱۴ سال می باشد. که در طول سال ۱۳۸۶ به بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد مراجعه نموده اند.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۴۰۶۲۲ مصدوم در طی سال ۱۳۸۶ که در بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد بستری شده اند انجام گرفت اطلاعات تحقیق که شامل سن، تشخیص و تاریخ پذیرش بود از طریق پرسشنامه و توسط مجریان طرح جمع آوری گردید. و به وسیله آمار توصیفی از طریق نرم افزار *SPSS* مورد تجزیه و تحلیل آمار قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۲۱ هزار مصدوم ناشی از تصادفات بودند که از این تعداد ۳۶۵۱ (۱۸ درصد) مورد را کودکان زیر ۱۴ سال تشکیل می دادند و از این تعداد ۲۴۹۱ (۱۲ درصد) تن پسر و ۱۱۶۰ (۶ درصد) دختر بودند همچنین از کل مراجعات ۴۲۰۰ مورد سقوط از ارتفاع داشتند که ۹۵۴ (۲۳ درصد) مورد کودکان بودند از این تعداد ۷۱۱ (۱۷ درصد) تن پسر و ۲۴۳ (۶ درصد) تن دختر بودند. از کل موارد مربوط به تصادفات و سقوط از ارتفاع که منجر به ترومای سر شدند ۱۹۷۹ (۱۸ درصد) تن کودک بودند و پسران ۱/۵ برابر دختران بودند. تعداد موارد مرگ از کل حوادث مربوط به تصادفات و سقوط ۲۱۰ مورد بوده است که از این تعداد

۲۳ (۱۱ درصد) مورد کودکان تشکیل می دادند. از این تعداد ۱۷ (۸ درصد) مورد پسر و شش (۳ درصد) مورد دختر بودند.

نتیجه گیری: حوادث تصادف و سقوط هنوز یکی از شایعترین علل منجر به ترومای مغز در کودکان می باشد توصیه می شود که ضمن ارائه آموزشهای کافی و همگانی در خصوص پیشگیری از حوادث در کودکان - با همکاری سایر ارگان هادر سطح ملی جهت کاهش تصادفات - امکانات لازم جهت انتقال سریع بیماران و ارائه درمان های بموقع و مؤثر در سطح پیشگیری دوم و سوم نیز انجام گیرد.

واژه های کلیدی: حوادث، ترومای مغزی، کودکان.

مقایسه آگاهی مادران کودکان معلول و غیر معلول ۱۲-۶ سال در زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی و ذهنی

محمود عجم، طیبه ریحانی: اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

مقدمه: پیشگیری از معلولیتها و فراهم نمودن اقدامات لازم در جهت برنامه ریزی معلولین در ابعاد گوناگون از جمله سیاستهای بهداشت جهانی است بطوری که یونسکو سالهای ۱۹۹۰-۱۹۸۰ را به عنوان دهه معلولین نامگذاری کرد. طبق آمار ۱۹۸۱ سازمان بهداشت جهانی ۵۰۰ معلول در جهان وجود دارد که قریب یک سوم آنان را کودکان تشکیل می دهند. در ایران طبق آخرین آمار غیر رسمی در حال حاضر به استثنای معلولین جنگ تحمیلی ۱۰ درصد جمعیت کشور ما را معلولین تشکیل می دهند. بنابراین در حال حاضر ضرورت قوانین از جانب مسئولین بیش از پیش احساس میشود و در کنار آن رسالت ما به عنوان عضوی از کادر بهداشتی و درمانی سنگین تر از گذشته است تا با بدست آوردن اطلاعات دقیق و پایه در زمینه آگاهی والدین جهت برنامه ریزی بعدی بخصوص پیشگیری گامی هر چند ناچیز در این زمینه برداریم.

اهداف و روش تحقیق: این مطالعه با هدف کلی تعیین مقایسه آگاهی مادران کودکان معلول و غیر معلول در زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی و ذهنی انجام شده است در این تحقیق. ابتدا اهداف جزئی بصورت سنجش آگاهی مادران کودکان معلول و غیر معلول در زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی و ذهنی به طور جداگانه انجام و پس از آن مقایسه در دو گروه انجام شده است.

این تحقیق یک مطالعه توصیفی، تحلیلی دو گروهی موردی شاهدهی بوده که به منظور مقایسه آگاهی مادران کودکان معلول و غیر معلول ۱۲-۶ سال در زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی و ذهنی انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه مادران کودکان ۱۲-۶ سال در مناطق شهری بودند که از بین آنها ۵۰ مادر کودک معلول از مناطق مختلف به عنوان گروه مورد و ۵۰ مادر کودک غیر معلول همگون با گروه مورد به عنوان گروه شاهد انتخاب و مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند. ابزار گردآوری داده ها برگه مصاحبه بوده که بر اساس

اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات لازم در زمینه عوامل پیشگیری کننده قبل و بعد از تولد جمع‌آوری شده است.

یافته‌های پژوهش: یافته‌ها و استنتاج آماری در مورد اهداف نشان داد که آگاهی مادران کودکان معلول در زمینه عوامل پیشگیری کننده قبل از تولد بیشتر از آگاهی مادران کودکان غیر معلول بوده و این تفاوت از نظر آماری با $p < .01$ معنی دار بوده است. در زمینه عوامل پیشگیری کننده بعد از تولد تفاوت آگاهی جزئی بوده که از نظر آماری معنی دار نبوده است.

نتیجه‌گیری: اطلاعات بدست آمده نشان داد که ازدواج‌های فامیلی، سن بالای مادران از عوامل مهم در ایجاد معلولیتها بوده که بایستی زمینه‌ای مناسب جهت مشاوره ژنتیکی قبل از ازدواج. آموزش به والدین در مورد عدم حاملگی در سنین بالا انجام شود. اطلاعات بعدی نشان داد که بیشترین درصد مادران در هر دو گروه در زمینه پیشگیری از معلولیتها آموزشی را فرانگرفته‌اند بنابراین ضرورت آموزش از طرق مختلف جهت پیشگیری از معلولیتها امری لازم و ضروری است.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، پیشگیری، معلولیت جسمی و ذهنی.

درمان صرع به روش جراحی

زهرا غلامی حاجی آبادی: کارشناس پرستاری، بیمارستان قائم (عج)، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

چکیده: زمانیکه داروها صرع را کاملاً کنترل نمی‌کنند در اغلب موارد عمل جراحی می‌تواند آنرا مهار کند و هر چه جراحی زودتر انجام شود بهتر است. در این مقاله درمان غیر دارویی صرع (روش جراحی) را مورد بررسی قرار داده ایم و به بررسی دو روش درمانی بیماری صرع یکی تحریک عصب واگ و دیگری رژیم کتوژنیک پرداخته ایم. تحریک عصب واگ روشی جدید در درمان صرعه‌های غیر قابل کنترل است و می‌تواند در بسیاری از مواقع حملات تشنجی را کاهش دهد. در رژیم کتوژنیک کربوهیدراتها محدود شده و باعث کاهش تشنجات در نیمی از بیماران می‌شود.

کلمات کلیدی: صرع، جراحی صرع، تحریک عصب واگ، رژیم کتوژنیک، کتون.

عقب ماندگی ذهنی *Mental Retardation*

سیما کاهنی؛ مربی دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند

مقدمه: عقب ماندگی ذهنی یعنی کارکرد عمومی هوش نسبت به مرحله‌ی رشدی کودک کمتر از حد متوسط باشد و همراه با نقایصی در رفتار انطباقی کودک باشد. به عبارت دیگر عقب ماندگی ذهنی، نا توانی شناختی در دوران کودکی است (قبل از ۱۸ ماهگی) که به وسیله‌ی پایین بودن بهره‌ی هوشی (در حد ۷۵-۶۵ یا کمتر) همراه با محدودیت‌های شناختی و انطباق مشخص می‌شود.

بحث: عقب ماندگی ذهنی با ناتواناییهای شناختی، ادراکی، یادگیری و اختلال در گفتار؛ مراقبت از خود؛ مهارت‌های اجتماعی؛ ایمنی؛ بهداشت؛ همکاری؛ اداره نمودن خود همراه است. در ۳ درصد تولد های زنده و ۱ درصد جمعیت روی می دهد. نسبت مذکر به مؤنث ۱/۵ بر ۱ است. شیوع *MR* با وضعیت اجتماعی- اقتصادی نسبت عکس دارد. نشانه‌ی اصلی عقب ماندگی ذهنی تأخیر در دستیابی به تکامل طبیعی است. از علل عقب ماندگی ذهنی میتوان عوامل قبل از تولد، عوامل هنگام تولد و عوامل بعد از تولد را نام برد. نواقص و نارساییهای شناختی، تأخیر در تکامل و مهارت‌های زبانی، نارسایی در دستیابی به جنبه‌های اساسی تکامل. از مشکلات همراه با عقب ماندگی ذهنی است. برای پیشگیری از *MR* باید سه مورد را بررسی کرد: پیشگیری اولیه: بر طرف کردن دلایلی که می‌تواند سبب *MR* شود، (عوامل ژنتیک، اجتماعی، فیزیولوژیکی)، پیشگیری ثانویه: جلوگیری از پیشرفت اختلال از طریق درمان است (مثال: درمان به موقع *PKU* و کرتینیسیم)، پیشگیری ثالثیه: در جهت به حداقل رساندن پیامدهای *MR* از طریق توانبخشی، جراحی، ... است. پرستاری در این کودکان شامل: شناسایی علائم اولیه‌ی عقب ماندگی یکی از مشکلاتی است که پرستاران بهداشت عمومی در بازدید منزل با آن مواجه هستند. کمک به والدین تا تشخیص را قبول کنند: پیشنهاد قرار دادن کودک در مراکز خاص مثل مهد کودک‌ها. آموزش به والدین برای حفظ سلامت کودک در مقابل حوادث، باید احتیاط‌های لازم را انجام دهند و باید بر اساس سن عقلی کودک با او رفتار کرد نه سن تقویمی او. به کودک کارهای کوچک اجتماعی را بیاموزید زیرا عامل مهمی در جهت

مورد قبول واقع شدن او به وسیله ی دیگران است به والدین متذکر شد که هر بار به کودک فقط یک چیز را بیا موزند. عکس ها و تصاویر مناسب کمک عینی با ارزشی در یادگیری کودکان *MR* می باشد. ظاهر کودک یکی دیگر از عواملی است که می تواند به مورد قبول واقع شدن نزد دیگران مؤثر باشد (توجه به انتخاب لباس مناسب، مدل موی سر، بهداشت، ...).

ابتدا به کودک موارد آسان را یاد دهید و تدریجاً کارهای سخت تر و مبهم تر را بیاموزید. صبر و حوصله و تکرار از مسایل پسندیده لازم برای کسانی است که به کودک *MR* تعلیم می دهند.

نتیجه گیری: برای این کودکان زمان مورد نیاز برای تعلیم و تربیت بیش از آن چیزی است که در کودک طبیعی مورد نیاز است و یارای صبر و برد باری زیاد از طرف والدین می باشد.

کلمات کلیدی: عقب ماندگی ذهنی، کودکان.

هراس و استیگما: تجربه زندگی با بیماری صرع

نوشین کاشفی، دکتر اکرم ثناگو، دکتر لایلا جویباری: دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گرگان

مقدمه: مددجو دختری ۱۶ ساله، مجرد و محصل و سومین فرد خانواده از یک خانواده ۵ نفری می باشد. در فامیل سابقه هیچگونه حملات تشنج و صرع وجود نداشته است. مددجو اولین بار در سن سه سالگی دچار تشنج می شود. در حال حاضر داروی والپرات سدیم مصرف می کند. برادر بزرگتر او هم به صرع مبتلاست.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی تجربیات فردی یک نوجوان مبتلا به حملات صرع می باشد.

روش کار: در این مطالعه از روش گزارش مورد استفاده شد. روش گردآوری اطلاعات مصاحبه های بدون ساختار انفرادی بوده است. از روش "آنالیز محتوا" برای تجزیه و تحلیل استفاده شد.

یافته ها: مضمون اصلی که در این مطالعه ظهور یافت "هراس" بوده است. مضامین فرعی "ترس از آشکار شدن، ترس از کاهش بهره هوشی، کاهش اعتماد به نفس، ترس از زندگی آینده زناشویی" تبیین کننده نگرانی های یک نوجوان صرعی می باشند. "احساس اینکه همه مشکل او را می دانند و در باره وی حرف می زنند، استرس ناشی از اثر تشنج بر سلول های مغز و احتمال کاهش بهره هوشی، نگرانی از اثرات قرص ها، احساس کمتر بودن از سایرین و دوستان، احساس پوچی کردن، مشکلات ازدواج و بارداری" از مواردی بوده است که تجربه نوجوان مبتلا به صرع را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج حاکی از آن است بیمار صرعی تنش های مضاعفی را علاوه بر بیماری جسمی خود متحمل می شود. داغ بیمار صرعی را حمل نمودن برای یک دختر نوجوانی که در اوج رویش است می تواند به لحاظ روانی مخرب باشد. ابتلا به صرع جرم نیست و نباید بیماران تاوان سختی را برای آن بدهند. گروه های خودیار و پیوستن به انجمن ممکن است برای به اشتراک گذاردن مشکلات مفید باشد. افزایش آگاهی جامعه و ارائه تصویر بهتری از این بیماری نیز ضروری می نماید.

کلمات کلیدی: بیماری صرع، تجربه بیمار، گزارش مورد.

آتروفی عضلانی - نخاعی (SMA)

ناھید کنعانی: سوپروایزر آموزشی، شیدا خیرالهی؛ پرستار کنترل عفونت، سهیلا استیفائی؛ مترون

مقدمه: SMA یافته‌ای ژنتیکی است که سبب ضعیف شدن عضلات سرتاسر بدن بدلیل درگیری سلولهای طناب نخاعی و اعصاب حرکتی می باشد.

هدف: این مقاله مروری می باشد، که هدف از آن بدست آوردن اطلاعات لازم جهت تدوین بررسی های کلینیکی لازم در SMA می باشد.

زمینه و یافته‌ها: تقریباً ۱۶-۱۰ نفر از هر ۱۰۰/۰۰۰ کودک متولد شده به این بیماری مبتلا هستند.

مشخصه SMA ضعف عضلانی و کاهش تون عضلانی است که بیشتر در پاها خود را نشان می دهد تا دستها و نیز عضلات پروگزیمال (آنهایی که به بدن نزدیک هستند مانند لگن و ممانه) بیشتر از عضلات دیستال (آنهایی که از بدن دورند مانند انگشتان دستها و پاها). این ضعف به طور مساوی قسمت راست و چپ بدن را فرا می گیرد عضلات قفسه صدری نیز ممکن است علاوه بر عضلات دستها و پاها در گیر شوند که می تواند منجر به مشکلات تنفسی گردد.

شدت علائم در افراد مختلف متفاوت است بطوری که بیماران به سه گروه تقسیم می شوند.

Type 1: (Werdnig - Hoffmann Disease)

شدیدترین شکل بیماری است این کودکان به تنهایی قادر به نشستن نیز نمی باشند و به علت داشتن مشکلات تنفسی طول عمر کمی دارند و قبل از شش ماهگی تشخیص داده می شوند.

Type 2 : شکل بینابین بیماری است و قبل از ۱۸ ماهگی تشخیص داده می شوند و

درجات مختلفی از اختلال تنفسی دیده می شود و طول عمر کوتاهی دارند.

Type 3 : (Kugelberg - Welander Disease)

خفیف ترین نوع بیماری است که دیستروفی عضلانی در آنها دیده می شود و جهت تشخیص نیاز به تستهای اختصاصی دارد.

هر سه نوع بیماری یک نوع عامل ژنتیکی دارند ولی شدت بیماری متفاوت است.

ژنتیک SMA: ژن SMA، SMN (Survival motor neuron)

نامیده می‌شود و در روی کروموزوم ۵ قرار دارد SMN پروتئینی را که برای سلولهای عصبی جهت کار و ادامه حیات لازم دارند را از بین می‌برد. البته موتاسیونهای ژنی نیز می‌توانند منجر به ایجاد این بیماری شوند. ۹۵٪ موتاسیون‌ها نیز مربوط به حذف بخشی از ژن به نام *exon 7* می‌باشد.

موتاسیون‌ها از طریق یکی از والدین و یا از طریق هر دو والد ایجاد می‌شود.

زمانیکه موتاسیون تشخیص داده شد والدین یا بستگان باید از جهت موتاسیون (حذف *exon 7*) بررسی شوند که جهت بررسی ژنتیکی نیاز به یک نمونه خون دارد که معمولا ۴ هفته بعد جواب آن آماده می‌شود.

تستهای تشخیص پره ناتال در ۱۰ هفته بارداری با نمونه برداری از پرده های جنینی و از ۱۵ هفته بارداری با آمینو سنتز که ریسک خطر کمی هم دارند وجود دارد.

نتایج: نتایج بررسی های کلینیکی بدست آوردن روش درمانی جدید و موثر است

۱- بررسی کشش عضلانی

۲- تستهای فعالیتهای حرکتی مثل (*GM FM*)

صرع ناشی از بازیهای ویدئویی

حمیدرضا کوهستانی، نیره باغچقی: مربی و عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

مقدمه: صرع رفلکسی شایعترین نوع تشنج هایی است که با محرکها و یا وقایع خارجی ویژه ایجاد می شود. صرع رفلکسی حساس به نور در اثر محرکهای چشمک زن محیطی ایجاد می شود. صرع ناشی از بازیهای ویدئویی یکی از انواع صرع های رفلکسی حساس به نور می باشد. شایعترین نوع صرع رفلکسی، صرع حساس به نور است که به دنبال مواجهه با محرکهای نوری چشمک زن محیطی ایجاد می شود، حملات عمومی صرع که به وسیله این محرکهای بینایی متناوب ایجاد می شود، یک پاسخ تشنجی نسبت به نوری می باشد. صرع رفلکسی حساس به نور ۱۰ درصد همه موارد جدید صرع در گروه سنی ۱۹-۷ سال را شامل می شود. در دخترها شیوع بیشتری دارد و قبل و بعد از این سنین کمتر دیده می شود. حملات به صورت تشنج تونیک کلونیک ژنرالیزه (۸۴ درصد)، تشنج افسنس (۶ درصد) و انقباضات میوکلونیک (۲ درصد) رخ می دهد. صرع وابسته به بازیهای ویدئویی تقریباً شبیه صرع حساس به نور می باشد. تلویزیون و کامپیوتر شایعترین تسریع کننده های این نوع حملات هستند. دستگاه تلویزیون خانگی تقریباً بیشترین زمینه را برای شروع یک حمله فراهم می کند به ویژه اگر از نزدیک و یا در یک اتاق تاریک تماشا شود. بسیاری از افراد، حین انجام بازیهای ویدئویی در فاصله بسیار نزدیک از دستگاه تلویزیون و صفحه کامپیوتر قرار می گیرند.

صرع وابسته به بازیهای کامپیوتری نوع دیگری از صرع حساس به نور است. مطالعات نشان داده اند که در بیماران دچار این نوع صرع نسبت به محرک نوری متناوب با فرکانس ۵۰ هرتز دارای حساسیت بیش از حد می باشند که این موضوع نشاندهنده این است که نمایش نورهای چشمک زن ممکن است باعث ایجاد این نوع صرع شود. به همین دلیل احتمالاً بعضی از بازیها نسبت به بقیه بیشتر ایجاد صرع می کنند. همچنین باید در نظر داشت که همه بیماران دچار صرع حساس به نور ممکن است دچار صرع ناشی از بازیهای ویدئویی نیز شوند. بنابراین غربالگری حساسیت به نور باید هم در مورد محرکهای نوری متناوب با فرکانس ۵۰ هرتز و هم برنامه های نمایش داده شده با فرکانس ۵۰ هرتز در تلویزیون یا مانیتور انجام شود. به هر حال توصیه شده که *EEG* همه کسانی که دچار این نوع صرع می باشند باید از نظر حساسیت به نور

مورد بررسی قرار گیرد. عوامل متعددی در ایجاد صرع طی بازیهای کامپیوتری مؤثرند که از آن جمله می‌توان موارد زیر را نام برد:

نورهای چشمک زن، تغییر سریع تصاویر، کنتراست زیاد بین تصاویر مثلا تغییر بین روشنایی و تاریکی، تغییر سریع در رنگها مثلا رنگ قرمز می‌تواند محرک باشد، فرکانس دستگاه الکتریکی مورد استفاده، حرکات دست، عوامل احساسی مثل اضطراب و هیجان. باید توجه داشت که آستانه صرع با محرومیت از خواب یا خستگی کاهش می‌یابد. دوری کردن از این محرکها به اضافه استفاده از داروها، هنوز درمان انتخابی و استاندارد این نوع صرع می‌باشد. اغلب تحقیقات استفاده از والپروات سدیم را پیشنهاد می‌دهند اما بنزودیازپین‌ها، اتوسوکسامید، لاموتریژین ولوتیراستام هم اغلب مؤثرند. بیماران مبتلا به صرع ناشی از بازیهای ویدئویی باید به نکات زیر توجه خاص داشته باشند.

زمانیکه از بازیهای ویدئویی استفاده می‌شود، نباید صفحه نمایش کوچکتر از ۱۲ اینچ باشد، فاصله تماشاگراز صفحه نمایش باید ۴ برابر قطر صفحه نمایش باشد، از بازی کردن بیش از یک ساعت خودداری شود، در زمان کمبود خواب، وجود تب، خستگی مفرط یا گرسنگی از بازی کردن خودداری شود، اگر سابقه خانوادگی حساسیت به نور وجود دارد تا زمان مشخص شدن نتیجه *EEG* با استفاده از محرکهای نوری، از انجام بازیهای ویدئویی خودداری شود، اگر حساسیت به نور مشاهده می‌شود، بیمار باید از انجام بازیهای تسریع کننده صرع خودداری کند و تحت نظارت یک بزرگسال که قادر به اداره تشنج می‌باشد، بازی کند، از دیدگاه تکنیکی، صفحه های نمایش با فرکانس ۱۰۰ هرتز و بازیهای کمتر از *lux* ۵۰ و استفاده از فیلترهای بینایی ویژه ممکن است خطر صرع حساس به نور را کاهش دهد، بهتر است زاویه تماشای مانیتور یا تلویزیون، حدود ۴۵ درجه باشد، افراد حساس به نور باید در نور خورشید از عینکهای پلاریزه کننده استفاده کنند و زمانیکه در معرض نورهای چشمک زن قرار می‌گیرند، باید یک چشم خود را ببندند.

نتیجه‌گیری: صرع وابسته به بازیهای کامپیوتری در افرادی که حساسیت زیادی به نورهای چشمک زن دارند، رخ می‌دهد. از این رو شناسایی این افراد و اجرای اقدامات لازم جهت پیشگیری از این نوع صرع نسبت به درمان آسان تر بوده و عوارض و هزینه کمتری نیز به دنبال خواهد داشت.

کلید واژه: صرع حساس به نور، صرع رفلکسی، بازیهای ویدئویی.

بررسی ساکشن بسته در کودکان بستری در بخش ICU اعصاب

شهرناز گرگانان: کارشناس مامایی

حسین نظمی: کارشناس ارشد پرستاری، مجید همتی، بیمارستان شهید صدوقی یزد

مراقبت ویژه شامل کلیه مراقبتهای حساس وابسته به زندگی بیمار است و بخش مراقبت ویژه محلی است که اینگونه مراقبتها اجرا می‌شود و بخش *ICU* مهمترین بخش مراقبت ویژه بیمارستانی به علت بستری کودکان حساس و آسیب پذیر و آیندگان جامعه محسوب می‌گردد و یکی از مهمترین مراقبت‌ها حفظ و ایجاد راه هوایی مطمئن برای بیماران است که در جهت نیل به این هدف از ساکشن داخل تراشه استفاده می‌شود و معمولاً توسط پرستاران انجام می‌گردد که به کمک آن ترشحات از دستگاه تنفسی خارج شده و از تجمع ترشحات جلوگیری می‌کند و بالطبع افزایش کاردستگاه تنفسی، آتلکتازی و عفونت تنفسی پیشگیری می‌نماید و آگاهی از ساکشن صحیح بسیار مهم می‌باشد زیرا ساکشن دارای عوارضی مثل تروما به راه هوایی، اسپاسم برونش ها، هیپوکسمی، تغییر در فشار متوسط شریانی، اختلال در ریتم قلبی، پنومونی وابسته به ودستگاه تهویه مکانیکی و... می‌باشد ولی شایع ترین عارضه آن هیپوکسمی است که می‌تواند زمینه ساز تغییر در تعداد ضربان قلب، دیس ریتمی قلبی و اختلال در تعادل همودینامیک، ایست قلبی و مرگ گردد که این عارضه برای کودکان بستری در بخش *ICU* دارای اهمیت زیادی می‌باشد زیرا ساکشن غیر اصولی می‌تواند سبب آسیب های مغزی جبران ناپذیر و دائمی و حتی مرگ در کودک گردد، نیاز بیماران به ساکشن متفاوت می‌باشد بطوریکه از دو الی سه بار در روز تا ۱۷-۱۸ و گاهی بیشتر متغیر می‌باشد و امروزه ساکشن به دو روش باز و بسته رایج می‌باشد در روش باز کودک از دستگاه تهویه مصنوعی جدا و ساکشن انجام می‌گردد در حالیکه ساکشن بسته در حالیکه بیمار وصل به دستگاه ونتیلاتور می‌باشد، انجام می‌گردد، در دهه گذشته استفاده از روش بسته بطور گسترده در بیمارستانهای ایالات متحده آمریکا گسترش یافته است، مطالعات نشان داده است که ساکشن به روش بسته مؤثرتر از روش باز می‌باشد و علاوه بر پیشگیری از هیپوکسمی سبب حفظ تهویه، فشار مثبت انتهای بازدم و *FiO2* و مانع از کلاپس ریه ها می‌گردد همچنین میزان عفونت وابسته به

ونتیلاتور را بعلت ایجاد سیستم بسته حین ساکشن را کاهش می‌دهد که همین امر سبب تسریع در بهبودی کودک، پیشگیری از دیگر عوارض، کاهش هزینه‌های بیمارستانی و رضایتمندی خانواده کودک و کادر درمانی می‌گردد.

کلمات کلیدی: ساکشن، اطفال، هیپوکسی.

بررسی نیاز ابراز شده والدین در تماس تلفنی با پرستاران بخشهای نورولوژی اطفال

سید ناصر لطفی فاطمی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

هدف: امروزه تماسهای تلفنی بکرات در مدیریت بیماران در بخشهای بیمارستانی، کلینیکها و اورژانس مورد استفاده قرار می‌گیرد. کمبود متخصصین نورولوژی اطفال و عدم دسترسی مددجویان و خانواده‌های آنها به اینگونه متخصصین در ساعات مختلف شبانه روز منجر به افزایش تماسهای تلفنی به پرستاران بخشهای اعصاب کودکان جهت کسب اطلاعات و مشاوره تلفنی شده است. که در این مطالعه سعی گردیده است ماهیت و نوع تقاضای والدین مورد بررسی قرار گیرد.

روش کار و نتایج: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در طی آن تمامی مکالمات تلفنی انجام شده با پرستاران بخشهای نورولوژی اطفال در طی مدت پژوهش از نظر طول مدت مکالمه، اطلاعات دموگرافیک، نوع درخواست تماس گیرندگان جمع آوری گردید. از مجموع ۵۹۷ مکالمه انجام شده ۲۰۸ مورد (۳۴/۸ درصد) از طرف والدین اطفال بیمار جهت کسب اطلاعات صورت گرفته بود. در ۳۵/۶ درصد موارد مربوط به تشنج اطفال و ۳۲/۷ درصد مربوط به سایر مشکلات نورولوژیک بود. برای ۶۳/۵ درصد از مددجویان تشخیص اپی لپسی گذاشته شده بود و ۴۵/۲ درصد دچار تاخیر در رشد بودند. اکثریت کودکان در سنین بین ۱ تا ۷ سال بودند (۳۳/۹ درصد). اکثریت تماسها (۵۷/۲ درصد) توسط مادران گرفته شده بود. در ۲۸۵/۴ موارد در خصوص چگونگی تجویز دارو و ۲۷/۹ درصد در خصوص علائم و نشانه‌های بیماری بود. در ۴۷/۱ درصد موارد توسط پرستار توصیه به مراجعه به پزشک انجام گرفته بود. طول مدت مکالمه در اکثریت موارد بین ۱ تا ۵ دقیقه بود.

نتیجه‌گیری: بالا بودن حجم تماسها در خصوص کسب اطلاعات، نحوه تجویز داروها، عوارض ناخواسته و نشانه‌های بیماری و اهمیت آنها نشانگر این واقعیت است که این نیاز از طرف مددجویان و خانواده‌های آنها در انجام یک مشاوره تلفنی در زمانیکه دسترسی به متخصصین اعصاب کودکان به راحتی میسر نیست احساس میشود.

بکارگیری پرستاران آموزش دیده و مجرب در ارائه مشاوره تلفنی با یک خط تلفنی مشخص با استراتژی کاهش مراجعات غیر ضروری به کلینیک و بیمارستانهای اطفال میتواند سبب صرفه جویی در وقت متخصصین و پرستاران حاضر در بخشهای اعصاب اطفال و امکان ارائه خدمت به سایر بیماران گردد. اگرچه در نگاه اول این امر هزینه بر تلقی می‌گردد اما با احتساب هزینه مراجعه کنندگان و از کار افتادگی والدین و نیز درگیر نمودن وقت پرسنل رویکردی مقرون به صرفه برای جامعه خواهد بود.

کلمات کلیدی: پرستاری اعصاب کودکان، مشاوره تلفنی.

بررسی میزان شیوع معلولیت و تعیین برخی مشخصات دموگرافیک معلولین و والدینشان در استان کهگیلویه و بویر احمد سال ۱۳۸۳

زینت محبی، شهلا نجفی، مسعود مقیمی: عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

مقدمه و هدف: تولد یک کودک عقب مانده به عنوان یک فشار شدید روی والدین می‌باشد. در ایالات متحده آمریکا نزدیک به ۳ درصد کل جمعیت را عقب ماندگی ذهنی تشکیل می‌دهد که حدود ۴ میلیون نفر از آنها کودک هستند. در ایران حدود ۲ میلیون معلول وجود دارد که سازمان بهزیستی تنها قادر است به ۶ درصد از این تعداد خدماتی را ارائه نماید. لذا این تحقیق با هدف تعیین میزان شیوع معلولیت و تعیین بعضی از مشخصات دموگرافیک آنها و والدینشان در سال ۱۳۸۳ در استان کهگیلویه و بویر احمد صورت گرفت.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی (مقطعی) است. که پژوهشگر با مراجعه به مراکز نگهداری معلولین در استان (۱۸ مرکز خصوصی و ۳ مرکز دولتی) به تعیین تعداد معلولین اقدام نمود. در ضمن جهت جمع آوری داده‌ها به صورت تصادفی به ۱۰۰ نفر از والدین این معلولین پرسشنامه‌ای که شامل مشخصات آنها و فرزند معلولشان بود داده تا توسط آنان تکمیل گردد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تعداد کل معلولین استان ۱۶ هزار نفر بوده که در رأس آنها معلولیت جسمی - حرکتی و بعد از آن معلولیت ذهنی بیشترین شیوع را داشتند. به ۶۰۰ معلول به صورت مجانی ارائه خدمت می‌شد. میانگین سنی معلولین $12/45 \pm 4/8$ ، ۶۲ درصد آنها مذکر و ۳۸ درصد مؤنث بودند. در زمینه علت معلولیت، ۱۰ درصد آنها قبل از تولد، ۷۱ درصد حین تولد و ۱۹ درصد بعد از تولد تعیین گردید. ۴۴ درصد پاسخ دهندگان مادران کودکان معلول و ۵۶ درصد پدران آنها بوده‌اند. در خصوص شغل والدین معلولین تکمیل کننده پرسشنامه ۱۱ درصد بیکار، ۳۰ درصد کارمند، ۵ درصد کشاورز، ۳۱ درصد بی سواد، ۲۷ درصد زیر دیپلم، ۲۵ درصد دیپلم و ۱۷ درصد بالاتر از دیپلم بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتیجه تحقیق حاضر به نظر می‌رسد که با بهبود و ارتقاء برنامه‌های آموزشی قبل از ازدواج بخصوص در زمینه مشاوره قبل از ازدواج، قبل و حین بارداری و بعد از تولد بتوان گامی در کاهش میزان معلولیت برداشت. **واژه‌های کلیدی:** معلولیت، شیوع، مشخصات دموگرافیک.

بررسی آگاهی و نگرش مربیان مهد کودک در مورد بیماری صرع

غلامرضا محمدی، کلثوم دلدار: عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری نیشابور

مقدمه و هدف: صرع یکی از شایعترین مشکلات عصبی دوره کودکی است، و بیشترین شیوع آن در دهه اول زندگی می باشد، دوره ای که کودکان رشد و تکامل اجتماعی و آموزشی خود را شروع و کامل می نمایند. نگرش و آگاهی از بیماری صرع در مربیان و معلمان جزء مهمی از تجربیات آموزشی و مراقبتی از کودکان مبتلا به صرع می باشد. هدف از این پژوهش بررسی آگاهی و نگرش مربیان مهد کودک شهر نیشابور در مورد بیماری صرع و کودکان مبتلا به آن می باشد.

روش اجرا: پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی است. نمونه پژوهش شامل ۸۱ نفر از مربیان مهد کودکهای شهر نیشابور بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه نیمه ساختار یافته بود که پاسخهای مربیان مهد های کودک را در ارتباط با آگاهی و نگرش آنها نسبت به بیماری صرع و کودکان مبتلا به این بیماری مورد بررسی قرار می داد. از روش تعیین اعتبار محتوی و آزمون مجدد جهت تعیین روایی و پایایی پرسشنامه استفاده گردید.

یافته ها: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت (۹۴/۹ درصد) مربیان مطالبی را در مورد صرع شنیده بودند، همچنین ۵۳/۸ درصد آنها بیماری صرع را یک بیماری عادی می دانستند. یافته ها در ارتباط با آگاهی مربیان نسبت به علل بروز صرع نشان داد که از نظر آنها اختلالات ژنتیک، ضربه به سر و تب بالا شایعترین علل می باشد، اما ۱۷/۴ درصد نیز تنبیه الهی و روح شیطانی را از علل بروز بیماری صرع بیان کردند. سطح آگاهی مربیان در مورد علائم صرع و نحوه مواجهه با فرد مبتلا به حملات صرعی مطلوب بود اما در مورد عوارض و عواقب این بیماری نگرش آنها رضاینبخش نبود. همچنین ۳۲/۹ درصد مربیان بیان نمودن که مخالف مراقبت و کار با کودکان مبتلا به صرع می باشند.

نتیجه: هرچند آگاهی مربیان در مورد بیماری صرع در بسیاری از مربیان مطلوب بود اما در مورد نگرش آنها نسبت به این بیماری، عوارض و مراقبت از کودکان مبتلا به صرع بسیاری از

مربیان نگرش منفی داشتند. اجرای برنامه های آموزشی می تواند ارتقا و تصحیح آگاهی و نگرش مربیان بسیار سودمند باشد.

کلمات کلیدی: صرع، آگاهی، نگرش، مهدکودک.

Knowledge of epilepsy and attitudes towards the condition among nursery teachers

Gholamreza Mohammadi, Deldar kolsom: Faculty of Nursing, Neyshabour

Introduction: Epilepsy is the most common neurological problem of childhood, and its incidence is highest in the first decade of life, a period during which children begin and complete a critical part of their social and educational development. The attitudes and epilepsy-related knowledge of teachers are an important component of the educational experiences of children with epilepsy. This study was done to assess nursery teachers knowledge and attitudes toward epilepsy.

Methods: This study was conducted to assess 81 nursery teachers' knowledge and attitude towards epilepsy. They answered a semi - structured questionnaire in order to quantify their knowledge of and attitude towards epilepsy in Neyshabour. The questions were mainly of the yes/no/don't know type, but nursery teachers were also allowed to express their opinions by means of free answers.

Results: Almost (94/9%) all the nursery teachers had heard about epilepsy. Most (53%) of the nursery teachers believed that this disease is a natural disease. Almost nursery teachers related epilepsy to genetic disorder ' head trauma and high fever. The knowledge about the clinical characteristics and initial procedures to attend a person during a seizure was satisfactory and a bout side effect was unsatisfactory. 32/9% teachers was opposite work with child epileptic.

Conclusion: The results suggest that although teachers nursery attitudes about epilepsy were generally positive, there were significant deficits in terms of general knowledge about epilepsy, its impact in educational settings, and the appropriate management of epilepsy and seizures in the classroom.

Key words: Epilepsy, Knowledge, Attitude, Nursery.

اختلالات سیستم اعصاب مرکزی در افراد مبتلا به لکنت

هیوا محمدی: کارشناس ارشد گفتار درمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه گفتار درمانی

یک اختلال در روانی گفتار است که علت اصلی آن هنوز ناشناخته باقی مانده است. نظریه های مختلفی در مورد ماهیت و منشا اصلی لکنت مطرح شده است. تقسیم بندی لکنت به زیرگروه های غالباً حرکتی یا غالباً زبانی، فرضیه های ارتباط و تداخل دوطرفه فرمول سازی زبانی و پردازش حرکتی گفتار و تئوری استرس زاهای زبانی، تعدادی از نظریه های موجود در تبیین ماهیت لکنت هستند. گروهی از پژوهشگران امکان وجود یک اختلال کنترل حرکتی را به عنوان یکی از علت های ممکن لکنت، مورد توجه قرار داده اند. بدعملکردی های مراکز عصبی و اختلال در زمان بندی دقیق مورد نیاز جهت تولید گفتار از مباحث مورد توجه در این زمینه هستند. اولین نظریه ای که لکنت را ناشی از بدعملکردی سیستم اعصاب مرکزی می دانست، نظریه برتری طرفی نیمکره های مغزی بود. بر اساس این نظریه عدم برتری نیمکره ها برای گفتار منجر به ایجاد بی نظمی در ایمپالس های عصبی ارسال شده به عضلات گفتاری می شود. مطالعات تصویر برداری مغزی به طور دقیق تر مراکز عصبی مرتبط با لکنت را شناسایی و مطالعه کرده اند. نتایج این مطالعات بدعملکردی ساختارهای عصبی سیستم لیمبیک، عقده های قاعده ای، مخچه، نواحی حرکتی فرونتال و نواحی شنیداری لوب گیجگاهی را نشان داده اند.

واژه های کلیدی: لکنت، برتری طرفی نیمکره های مغزی، تصویر برداری مغزی.

بررسی اوتیسم و روشهای رفتاری مقابله با آن در کودکان

شهناز مرادی: کارشناس آموزش، دکترمجید آهویی - دکترای روانشناسی، پروانه آزادی: پرستار دیالیز، فرزانه میری: کارشناس آموزش، فرشته جلالوندی: کارشناس ارشد پرستاری دفتر توسعه پژوهش

مقدمه: اختلال اوتیسم یک اختلال رفتاری مربوط به رشد است اختلالات فراگیر رشد شامل گروهی از اختلالات روانی هستند که در آنها تخریب در مهارت‌های تعامل اجتماعی - رشد زبان و طیف ذخایر رفتاری وجود دارد این زمینه‌ها بطور متناسب رشد نمی یابند اختلال اوتیسم مشهورترین اختلال این گروه با تخریب پایدار در تعامل اجتماعی - انحراف ارتباطی و الگوهای رفتاری کلیشه‌ای محدود مشخص است طبق تحقیقات بعمل آمده در آمریکا در سال ۲۰۰۱ تقریباً بین ۳-۶ کودک از هر ۱۰۰۰ کودک به اوتیسم مبتلا می‌شوند این بدین معناست که در کشوری مانند ایران با جمعیت حدود ۷۰ میلیون نفر احتمال می‌رود حدود ۲۸۰ هزار بیمار اوتیسم وجود داشته باشد.

مواد و روشها: لذا این مطالعه مروری با هدف تبیین تعدادی از روشهای رفتاری مقابله با اوتیسم جهت کودکان و ارائه راهکار برنامه‌ریزی شده می‌باشد که با استفاده از منابع علمی - کتابخانه‌ای و جستجوی اینترنتی تهیه و گردآوری شده است.

یافته‌ها: تاکنون هیچ علت مشخصی برای اوتیسم کشف نشده است ولی مشخص شده است که عملکرد غیر عادی مغز باعث ایجاد حالات اوتیسم می‌شود در حال حاضر تحقیقات فراوانی در رابطه با احتمال دخالت عوامل ژنتیکی و عوارض دارویی در بروز اوتیسم در حال انجام است محقق دیگری نیز معتقدند که تحت شرایط خاصی تعدادی از ژنهای ناپایدار باعث اختلال در عملکرد مغز و در نهایت بروز اوتیسم می‌شود تعداد دیگری از محقق نیز بر روی احتمال بروز اوتیسم در دوران بارداری تحقیق می‌کنند آنها معتقدند که یک عامل ویروس ناشناخته - اختلال متابولیسمی و یا آلودگی به مواد شیمیایی - محیطی در دوران بارداری می‌تواند عامل ایجاد این بیماری باشد احتمال بروز اوتیسم در کودکانی که بیماریهایی مانند سندرم ژن ایکس حساس -

نوبروس سلروسیس - سندروم روبلا - فینل کتنوریای درمان نشده داشته باشند بیشتر است بعضی از مواد خطرناک مانند جیوه نیز در دوران بارداری وارد بدن مادر شوند می‌توانند احتمال بروز اوتیسم را افزایش دهند. طبق تحقیقات اخیر دریافتند که اگر پدر و مادر دچار مشکلاتی چون شیذوفرنی - افسردگی یا طیفی از سایر اختلالات شخصیتی و روان پریشی باشند ابتلا به اوتیسم در فرزندشان به میزان قابل توجهی بیشتر می‌شود در این بررسی‌ها هزار و ۲۳۷ کودک که بین سالهای ۱۹۷۷ تا ۲۰۰۳ در سوئد متولد و تا قبل از رسیدن ۱۰ سالگی به اوتیسم مبتلا شده بودند تحت آزمایش و مطالعه قرار گرفتند این گروه با حدود ۳۱ هزار کودک سالم دیگر مقایسه شدند و معلوم شد که بین ابتلا به اوتیسم در کودک و مشکلات روانی در والدین رابطه وجود دارد وضعیت اقتصادی اجتماعی - سبک زندگی و سطح تحصیلات والدین نقشی در بروز اوتیسم ندارد این اختلال بر رشد طبیعی مغز در حیطه تعاملات اجتماعی و مهارت‌های ارتباطی تأثیر می‌گذارد.

تعدادی از روشهای رفتاری مقابله با اوتیسم بصورت زیر ارائه می‌گردد:

- ۱- جلوگیری از اصرار بر یکنواختی مقاومت در برابر تغییرات
- ۲- پیشگیری از تکرار کلمات - خنده نابجا - گریه بی مورد - استرس - پرخاشگری و نگرانی بی علت

۳- برآوردن نیازهای آنها

۴- جلوگیری از تنها ماندن و رابطه برقرار کردن با آنها و کمک به کودک در انتخاب دوست

۵- برقراری تماس چشمی که توسط روشهای آموزشی انجام می‌شود

۶- چون ظاهراً از چیزی نمی‌ترسند ترساندن آنها موانع آسیب زا

نتیجه: اوتیسم یک بیماری روانی نیست کودکان اوتستیک قابل درمان هستند و نباید از آنها قطع امید شود تحقیقات نشان داده است که تشخیص زودهنگام اوتیسم در درمان - بهبود وضعیت کودکان مبتلا بسیار مؤثر است بسیار مهم است که متخصصین و والدین همکاری بسیار نزدیکی با هم در درمان کودک داشته باشند.

حملات عصبی واپنه در اطفال

محمد رضا مصطفایی: هئیت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

حملات ریشه‌ای قطع تنفس در کودکان، همراه با از دست رفتن هوشیاری می باشد و این موضوع باعث بروز ترس در والدین شده و از طرف دیگر بعلت شباهت آن به حملات تشنجی نگرانی مضاعفی را در اطرافیان کودک بوجود می آورد.

بدین منظور پژوهشی تحت عنوان ((بررسی ارتباط بین فقر آهن و بروز حملات ریشه ای قطع تنفس در کودکان ۶ ماهه تا ۶ ساله مراجعه کننده به کلینیک اعصاب کودکان بیمارستان اکباتان شهر همدان)) انجام پذیرفته است.

این بررسی از نوع مقطعی بصورت توصیفی - تحلیلی بوده و جامعه آن همه کودکان مبتلا به حملات ریشه ای سنین ۶ ماهه تا ۶ ساله مراجعه کننده به کلینیک اعصاب بیمارستان اکباتان می باشد.

روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده و بر اساس مراجعه به درمانگاه اعصاب صورت گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک لیست اولیه، معاینات فیزیکی و همچنین تست‌های تشخیصی اندکس های خونی شامل آهن، فریتین، میزان آهن باند شده و شمارش کامل گلبولی می باشد. معیار سنجشی در نرم افزار آماری *SPSS*، $P < 0/05$ به عنوان معنی دار بودن آزمون در نظر گرفته شده است. نتایج نشان داد که بین نوع حملات ریشه ای قطع تنفس و آنمی فقر آهن رابطه معنی داری وجود ندارد ($P = 0/6$)، بین دو متغیر سن و تعداد حملات رابطه ضعیفی مشاهده شد ($P = 0/3$)، همچنین با افزایش سن از میزان بروز حملات کاسته می شود ($r = -0/12$).

کلید واژه‌ها: حملات ریشه‌ای قطع تنفس، آنمی فقر آهن کودکان.

نقش بازی در درمان و مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی

صدیقه منتصری، میترا ادراکی، شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)

فلج مغزی یکی از اختلالات نورولوژیکی در کودکان بوده که با شیوعی برابر با ۳ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده اتفاق می افتد. علل ایجادکننده این بیماری به صورت عوامل قبل از تولد- حین تولد و بعد از تولد از طیف وسیعی برخوردار می باشد که باعث ایجاد اختلالات حسی- حرکتی- گفتاری- هوشی و در نهایت مشکلات عاطفی- روانی و اجتماعی در کودکان مبتلا میگردد. فیزیوتراپی- کار درمانی- گفتار درمانی و مداخلات جراحی و دارویی از جمله درمانهای شایع در این بیماری میباشند. اما تحقیقات مختلف نشان داده است که انجام این روشهای درمانی بدون توجه به وضعیت روانی-عاطفی و اجتماعی این کودکان نمیتواند به تنهایی موفق باشد. در این رابطه منابع متعدد اذعان می دارند از آنجایی که اطفال مبتلا به فلج مغزی در درجه اول یک کودک میباشند بازی به عنوان یک جزء جدانشدنی از زندگی آنها همراه با سایر روشهای درمانی میتواند مؤثر واقع شود. در واقع ترکیب بازی با روشهای درمانی رایج در این بیماری باعث میگردد تا این کودکان درمانهای اساسی را از طریق خنده و شادی دریافت کنند. به علاوه بازی می تواند به عنوان یک فرآیند

بازتوانی به تقویت و بهبود مهارتهای حسی- حرکتی- روانی- ارتباطی و رشد خلاقیت- یادگیری و در نهایت شکل گیری بهتر شخصیت و هویت کودک مبتلا به فلج مغزی کمک نماید. لذا آگاهی کلیه اعضای تیم درمانی و بخصوص پرستاران از اهمیت بازی در این کودکان- چگونگی انتخاب اسباب بازی مناسب و نحوه بکارگیری بازیهای مختلف همراه با سایر مراقبتهای درمانی و پرستاری امری ضروری بوده که لازم است در سیستمهای بهداشتی- درمانی مورد توجه و برنامه ریزی قرار گیرد. به این منظور سعی خواهد شد که با بیان جزئیات مراحل مختلف در اصل مقاله گامی هر چند کوتاه جهت آشنایی پرستاران با این موضوع مهم برداشته شود. چرا که دنیای بازی دنیای تمام کودکان است حتی کودکان مبتلا به فلج مغزی!

Play Role in Treatment & Care of Children with Cerebral Palsy

Sedigh Montaseri, Mitra Adraki: Shiraz-Fatemeh (p.B.U.H) College of Nursing & Midwifery

Cerebral Palsy is one of neurologic disorders in children that occur 3 in 1000 live birth. The causes of this disease is wide spread from prenatal & postnatal that

Induced sensory-motor- language and intellectual disturbance & at least emotional-psychosocial problems. Physical – occupational-speech therapy & medication and surgical intervention are usual treatment in disease. But researches showed this treats without consideration to emotional and psychosocial condition of child not successful. Related to this resources talking that because child with cerebral palsy are kids and because play is an integral part of the child's life, thus is effective.

In reality combination play with usual treatment induced that taken treatment with Fun, Beside play is a process that improve skills of sensory, motor, psychologic, communication and growths creation, teaching and at least help to building – up of personality and identity in child with cerebral palsy. Thus orientation of all of

Person in treatment team and speciality nurses, related play importance, selection of toys and application and combination play with other treatment and nursing care

Is essential that should be considered. Then related to this important aspect, try with talking about in original article. Because world of play is world of all kids, un less children with cerebral palsy!

مروری بر تعیین الگوهای راه رفتن در کودکان مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک دوطرفه با استفاده از مؤلفه های اصلی

معصومه مهدوی، فرشته کشاورز، بهاره دهقانی، فاطمه عباسی، فرحناز نوری: کارشناس پرستاری
بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه

مقدمه: این مطالعه به عنوان یک روش عینی، طبقه‌بندی نموداری الگوهای راه رفتن را در کودکان با فلج مغزی اسپاستیک دو طرفه را بر اساس آنالیز مؤلفه های اصلی گسترش می‌دهد.

روش‌ها: الگوهای راه رفتن در ۲۰ کودک سالم و ۲۰ کودک مبتلا به فلج مغزی اسپاستیک دو طرفه معاینه شد که ویژگی های راه رفتن تعریف شود. آنالیز مؤلفه‌های اصلی به منظور کاهش، به طور بعد بندی ۲۷ پارامتر (۲۶ مورد مربوط به متغیرهای حرکتی و یک مورد هم در مورد سن کودک انتخاب شد) از ۴۰ عبارت در مورد متغیرهای زمینه‌ای در داده‌ها تعیین شد.

یافته‌ها: در آنالیز خوشه ای *C-mean* یک سوم مؤلفه های اصلی را تغییر داده بود، در حالیکه برای ۶۱ درصد از کل متغیرها محاسبه شده بود. نتایج نشان داد که تنها کودکان سالم در شاخه ای جدا قرار گرفته بودند. به هر حال آن ممکن بود که الگوهای راه رفتن را در کودکان مبتلا به فلج دوطرفه در شاخه های مداخله ای ثبت کند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که ممکن است آن از لحاظ کمی برای طبقه بندی الگوهای راه رفتن در کودکان مبتلا به فلج مغزی از آنالیز مؤلفه های اصلی استفاده کند. طبقه بندی نموداری الگوهای راه رفتن می‌تواند در ارزشیابی بالینی کودکان کمک کننده باشد و همچنین به عنوان گزارشاتی خوب برای برنامه ریزی طرح های درمانی به کار رود.

کلمات کلیدی: فلج عمومی کودکان، الگوهای راه رفتن، آنالیز خوشه‌ای، روش‌های کمی.

Determination of gait patterns in children with spastic diplegic cerebral palsy using principal components

This study developed an objective graphical classification method of spastic diplegic cerebral palsy (CP) gait patterns based on principal component analysis (PCA). Gait analyses of 20 healthy and 20 spastic diplegic CP children were examined to define gait characteristics. PCA was used to reduce the dimensionality of 27 parameters (26 selected kinematics variables and age of the children) for the 40 subjects in order to identify the dominant variability in the data. Fuzzy C-mean cluster analysis was performed plotting the first three principal components, which accounted for 61% of the total variability. Results indicated that only the healthy children formed a distinct cluster; however it was possible to recognise gait patterns in overlapping clusters in children with spastic diplegia. This study demonstrates that it is possible to quantitatively classify gait types in CP using PCA. Graphical classification of gait types could assist in clinical evaluation of the children and serve as a validation of clinical reports as well as aid treatment planning

Key words: Cerebral palsy, Children Gait analysis, Cluster analysis ,Quantitative methods.

حمایت از والدین کودکان مبتلا به صرع

مهین نادری فر: مربی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مقدمه: صرع مجموعه علائمی از چندین بیماری عملی مغز است که با تشنجات عود کننده مشخص می شود و همچنین صرع یکی از شایع ترین اختلالات عصبی شناخته شده در جهان و ایران می باشد. تقریباً یک سوم بیماران صرعی کمتر از ۲۰ سال دارند. این بیماری نوعی اختلال مزمن است که بر نحوه زندگی افراد مبتلا و خانواده آنها تأثیرگذار است.

نتایج: آسیب های جسمی، محدودیت در انجام بعضی فعالیت ها، اجتناب از عوامل مستعد کننده حملات صرعی، نحوه کنترل صرع، پیشگیری و درمان عوارض احتمالی، مشکلات اقتصادی در ارتباط با تهیه داروهای گرانبقیمت، مشکلات ازدواج و... از جمله عوامل تأثیرگذار بر زندگی افراد مبتلا به صرع و خانواده آنها می باشند.

نتیجه گیری: نگرش والدین و کنترل کودک مبتلا به اختلال صرعی مشابه والدین کودکان مبتلا به اختلال مزمن تنوع داشته و نیازمند مبارزه طلبی طولانی مدت یکسان است. خواه حملات ناشی از بیماری، صدمه یا اتیولوژی نا مشخص باشد. والدین ممکن است احساس گناه، اضطراب و غالباً خفت و خواری کنند. آنها می خواهند بدانند آیا حملات در توان فکری کودک تأثیر خواهد داشت یا خیر؟

بسیاری از افراد اشتباهاً اپی لپسی را با عقب ماندگی ذهنی یکسان می دانند، اگر چه حملات صرعی ضمناً تظاهراتی از آسیب مغزی یا ضربه مغزی می باشد، ولی اکثر کودکان مبتلاً به صرع از هوش کافی برخوردارند. والدین همچنین مایل هستند که آگاه شوند از اینکه بیماری کودک آیا در آینده وی تأثیر خواهد داشت یا خیر؟ آنها نیاز به اطمینان دارند بدانند که بیماری، طول عمر کودک را کم نمی کند. کودک می تواند به مدرسه برود، در سن مناسب ازدواج کند و تولید مثل داشته، ولی ممکن است محدودیت هایی در انتخاب شغل داشته باشد. باید تأکید کرد که حملات را می توان کنترل کرد یا در اکثریت کودکان مبتلا به طور قابل توجه کاهش یابد. باید توصیه نمود که نگرش مثبت نسبت به کودک و وضعیت او داشته و

احساس کفایت نسبت به توان خودشان نموده تا بتوانند مسئولیت خود را در ارتباط با کودک ادامه دهند. کودک باید مشابه هر کودک سالم تربیت شود، نیاز وی را باید درک کرده، ولی حمایت بیش از حد نکنند. بسیاری از والدین از تنبیه آنان خودداری می‌کنند، خصوصاً وقتی که آنها تجربه اینگونه تنش عاطفی را که موجب حمله شده است، پیدا کرده‌اند. نباید این احساس را در کودکان ایجاد کرد که او متفاوت از دیگران است. به والدین باید توصیه نمود که رفتار حاکی از صداقت و آشکار در ارتباط با بیماری با کودک و سایرین داشته باشند. بعضی از والدین ممکن است ماهیت بیماری کودک را پنهان نمایند به دلیل اینکه معتقدند که بیماری شرم آور بوده یا ننگ‌آور برای خانواده است. انجمن‌های خاص می‌توانند در زمینه آموزش و احقاق حقوق آنان از نظر مسائل قانونی و استخدامی کمک ارزنده نمایند.

کلید واژه‌ها: صرع، حمایت، والدین، کودکان.

مروری بر اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و کیفیت زندگی در کودکان با فلج یک طرفه مغز

سپیده ناظری، بهاره دهقانی، شیوا توسلی، پریوش نجفی: کارشناس پرستاری، بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه

مقدمه: برای تحقیق در مورد اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود و کیفیت زندگی در کودکان با فلج یک طرفه مغز به طور نمونه با همسالان شان که بهبود یافته بودند، مقایسه شدند.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی ۸۶ کودک (۳ تا ۱۶ سال؛ ۵۴ پسر؛ میانگین سنی ۳/۷+ ۹/۴) با فلج یک طرفه مغز هماهنگ با همسالان شان بررسی شدند. اعتماد به نفس و تصور ذهنی از خود با الگوی سنجش تصور ذهنی از خود (سن ۸-۱۶ سال؛ ۵۵ نفر همسال) و معیار تصویر ذهنی و پذیرش از سوی جامعه برای کودکان (سن ۳-۷ سال؛ ۳۱ نفر همسال) اندازه گیری شده بود. کیفیت زندگی با معیار کیفیت واقعی زندگی کودکان *version 4* اندازه گیری شده بود.

یافته‌ها: تفاوت‌های معنی دار در میانگین امتیازات ($CI=95\%; P < .05$) در گروه همسالان برای سنجش توان فیزیکی ($HCP 2.8 [2.5, 3.0]; peer 3.2 [3.1, 3.3]$)، توان ورزش کردن ($HCP 2.8 [2.6, 3.0]; peer 3.1 [3.0, 3.3]$)، توان تحصیلی ($HCP 2.7 [2.5, 2.9]; peer 3.1 [3.0, 3.3]$) یافته شد، اما در کودکان با فلج یک طرفه بدن برای پذیرش از سوی مادر ($HCP 3.1 [2.9, 3.3]; peer 2.7 [2.5, 3.0]$) متفاوت بود. کیفیت زندگی به طور معنی داری برای گروه همسالان نشان برای هر دو والد ($HCP 54.5 [51.1, 58.0]; peer 80.6 [78.3, 82.9]$) و برای ارزشیابی کودک بالاتر بود ($HCP 67.6 [62.7, 72.6]; peer 80.6 [78.1, 83.1]$).

نتیجه گیری: بچه‌های با فلج یک طرفه مغزی تجربه‌شان از کیفیت زندگی و تصویر ذهنی از خود در مقایسه با گروه‌های همسالان‌شان که بهبود یافته بودند، کمتر بود.

کلمات کلیدی: فلج مغزی، فلج یک طرفه بدن.

Self-Esteem, Self-Concept, and Quality of Life in Children with Hemiplegic Cerebral Palsy

Objectives: To investigate self-esteem, self-concept and quality of life in children with hemiplegic cerebral palsy (HCP) compared with typically developing peers.

Study design Cross-sectional evaluation of 86 children (3-16 years; 54 boys; mean age 9.4 \pm 3.7 years) with HCP and age and sex-matched peers. Self-esteem/concept was measured with the Self-Perception Profile for Children (age 8-16; n = 55 pairs) and the Pictorial Scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children (age 3-7 years; n = 31 pairs). Quality of life was measured with the Pediatric Quality of Life Inventory, version 4.

Results: Significant differences in mean scores ([95%CI] P < .05) favoring the peer group were found for physical competence (HCP 2.8 [2.5, 3.0]; peer 3.2 [3.1, 3.3]), athletic competence (HCP 2.7 [2.5, 2.9]; peer 3.1 [3.0, 3.3]), and scholastic competence (HCP 2.8 [2.6, 3.0]; peer 3.1 [3.0, 3.3]), but favored children with HCP for maternal acceptance (HCP 3.1 [2.9, 3.3]; peer 2.7 [2.5, 3.0]). Quality of life was significantly higher for the peer group for both parent (HCP 54.5 [51.1, 58.0]; peer 80.6 [78.3, 82.9]) and child (HCP 67.6 [62.7, 72.6]; peer 80.6 [78.1, 83.1]) scales.

Conclusions: Children with HCP experience reduced quality of life and self-concept compared with typically developing peers.

Key words: Cerebral Palsy, Hemiplegic.

شیوع ADHD در کودکان و اختلالات همراه

شهلا نجفی دولت آباد، زینت محبی نوبندگانی: عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی یاسوج

ADHD یک اختلال رفتاری شایع و مزمن بوده و جزو اختلالات رشد طبقه‌بندی می‌شود که منشأ عصب شناختی دارد. توصیف پزشکی این بیماری، اولین بار در انگلیس و در سال ۱۹۰۲ انجام گردیده است. نشانه‌های ابتدایی این اختلال بیش‌فعالی، فراموشکاری، بی‌توجهی، ضعف در کنترل رفتارهای تکانه‌ای و حواس‌پرتی است.

نتایج پژوهشی سراسری در آمریکا شیوع ADHD را در ایالت‌های مختلف این کشور بین ۱۱/۹-۴/۵ درصد بیان نموده است. نتایج تحقیق دیگری در این کشور شیوع اختلال را در کودکان ۷-۳ درصد و در بزرگسالان ۵-۲ درصد برآورد نموده است. این در حالی است که سایر مطالعات شیوع آن را ۱۲-۹/۱ درصد، ۱۸ درصد، ۸ درصد، ۱۱/۲-۵/۸ درصد، ۱۶/۱ درصد و... بیان نموده‌اند. بعلاوه شیوع این اختلال در کشور فنلاند ۸/۵ درصد گزارش شده است. اما براساس برآوردهای انجام شده شیوع این اختلال در کودکان سن مدرسه در کل جهان ۱۰-۵ درصد می‌باشد. کودکان مبتلا ممکن است به انواع اختلالات رفتاری مبتلا شوند بطوری که نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که احتمال بروز اختلالات رفتاری در این افراد حدود ۵۰ درصد، بروز رفتارهای اجتماعی ۴۵-۲۵ درصد، اختلالات یادگیری ۴۰-۲۵ درصد، کاهش اعتماد به نفس و افسردگی ۲۵ درصد و ابتلا به سایر اختلالات روانی مثل اختلالات بایپولار ۱۰-۵ درصد، سوء مصرف مواد ۲۰-۱۰ درصد، اعتیاد به مواد مخدر، الکل، تنباکو، ماری‌جوانا و کوکائین ۲۵-۱۰ درصد و... می‌باشد.

معمولاً این کودکان با افزایش سن بهتر می‌شوند. البته بهبودی قبل از دوازده سالگی بعید است ولی بین سنین دوازده تا بیست سالگی اکثریت موارد مبتلا به این اختلال بهبود می‌یابند. در ۲۰-۱۵ درصد موارد علائم تا بزرگسالی باقی می‌ماند. افراد مبتلا به این اختلال در بزرگسالی علائم مربوط به پرتحرکی را ندارند؛ بلکه بیشتر بیقراری دارند، تکانه‌ای عمل می‌کنند و اختلال توجه و تمرکز نشان می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: ADHD، شیوع، کودکان، عوارض.

خصوصیات بالینی اولین حمله تب تشنج در کودکان

ث. نوائی پور: کارشناس پرستاری، م. برزگر: مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز

مقدمه و هدف: تب تشنج شایعترین اختلال تشنجی دوران کودکی بوده و در مطالعات متعدد شیوع آن ۵-۲ درصد برآورد شده است. تب تشنج به تشنجی اطلاق می‌شود که بعد از سن یک ماهگی رخ داده و با تب همراه بوده قرائنی بر عفونت درون جمجمه نداشته و علت مشخصی برای آن یافت نمی‌شود. هدف از این مطالعه بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیک و بالینی اولین حمله تب تشنج در کودکان بستری شده در بیمارستان کودکان تبریز بود.

روش اجرا: در طی ۵ ماه ۱۴۵ کودک که به علت اولین حمله تشنج تب دار در بخش اعصاب بیمارستان کودکان بستری شدند وارد مطالعه شدند. خصوصیات تشنج براساس شرح حال اخذ شده از والدین و یا فرد شاهد حمله تشنج تعیین شد. موارد با مدت تشنج بیش از ۱۵ دقیقه و یا تکرار تشنج در ۲۴ ساعت و یا موضعی بودن تشنج به عنوان تب تشنج کمپلکس و در غیر این صورت تب تشنج ساده در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها: اوج شیوع تب تشنج در سال دوم زندگی بود. در جنس مذکر شایع تر از جنس مؤنث بود. شایع ترین علل زمینه ساز بیماریهای تنفسی با ۷/۵۴ درصد و اسهال ۴/۱۵ درصد بودند. در ۹۶/۹۳ درصد موارد تشنج در طی ۲۴ ساعت بعد از شروع تب رخ داده بود. متوسط مدت تشنج ۵/۷ دقیقه بود و در ۹۵/۵ درصد موارد تشنج کمتر از ۱۵ دقیقه طول کشیده بود. میزان تب بیماران در موقع بستری به طور متوسط ۳۸/۱۴ درجه بود. ۷۳/۵ درصد موارد از نوع تب تشنج ساده و ۲۳/۱ درصد موارد از نوع کمپلکس بود. ارتباط معنی داری بین سن و نوع تب تشنج وجود نداشت.

نتیجه گیری: خصوصیات اولین حمله تب تشنج در این مطالعه مشابه سایر مطالعات می‌باشد.

کلمات کلیدی: تب، تشنج، خصوصیات بالینی.

دیستروفی نورواکسونال کودکان

فرحناز نوری، ناهید جاوید، سپیده ناظری، بهاره دهقانی، فاطمه عباسی؛ کارشناس
پرستاری

نسرین جاوید؛ کارشناس ارشد پرستاری

مقدمه: دیستروفی نورواکسونال کودکان یک اختلال نورولوژیکی ارثی نادر است که آکسون‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، آکسون یک قسمت از سلول عصبی است که ایمپالس عصبی را از مغز به دیگر اعضا بدن منتقل می‌کند و هرگونه آسیب به این سلول باعث کاهش بینایی، کاهش کنترل عضلات و مهارت‌های هوشی می‌گردد.

علائم معمولاً در ۲ سال اول زندگی پدیدار می‌شوند که با کاهش کنترل نگهداری سر، توانایی در نشستن، خزیدن یا راه رفتن همراه با زوال بینایی و گفتاری مشخص می‌شوند. بعضی کودکان هم ممکن است دچار تشنج شوند. دفورمیتی‌های صورت به طور مشخص ممکن است در هنگام تولد مشخص گردند که شامل: پیشانی برجسته، بینی و فک خیلی کوچک یا بزرگ و گوش‌های پایین تر از حد نرمال.

الکتروفیزیولوژی (سرعت انتقال عصبی) ممکن است برای تشخیص سودمند باشد. اگرچه تشخیص معمولاً با بیوپسی نسج پوست یا رکتوم یا عصب بافت همبند یا وجود نشانه‌های تورم در آکسون عصب تأیید می‌گردد.

تاکنون هیچ درمانی برای این بیماری شناخته نشده است و هیچ معالجه‌ای نمی‌تواند پیشرفت بیماری را متوقف کند. و درمان فقط علامتی و حمایتی است مثل: تجویز داروهای مسکن برای تسکین درد و آسودگی، فیزیوتراپی و دیگر درمان‌کننده‌های جسمی می‌توانند به والدین کمک کنند که چگونگی نشستن را به کودک بیاموزند و بازوها و پاها را ورزش دهند.

دیستروفی نورواکسونال یک بیماری پیشرونده است. با شروع یک علامت وضع آنها در هر لحظه بدتر خواهند شد. عموماً رشد و تکامل کودک بین سنین ۶ ماهگی تا ۳ سالگی شروع به کند شدن می‌کند. علامت اولیه ممکن است کاهش پیشرفت رشد عقلی و حرکتی باشد که به

دنبال آن با کاهش پیشرفت مهارت‌های به دست آمده مواجه هستیم. حرکات لرزان و سریع چشم‌ها و لوچی ممکن است اولین علامت باشد که با سستی بدن و پاها همراه است. سرانجام به واسطه ی زوال بینایی، گفتاری و مهارت‌های هوش کودک ممکن است ارتباط با محیط اطراف را از دست بدهد و مرگ معمولاً در سنین ۱۰-۵ سالگی اتفاق می‌افتد. محققان برای شناسایی ژن معیوب بیماری دیستروفی نوروآکسونال در تلاش اند که بتوانند با کشف دارویی مناسب، این بیماری را متوقف کنند. البته تحقیقاتی در انستیتوی ملی اختلالات نورولوژیک صورت گرفته است که بیشتر این تحقیقات بر روی یافتن راهکارهایی بهتر برای پیشگیری، معالجه و درمان نهایی اختلالاتی مثل دیستروفی نوروآکسونال متمرکزاند.

اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به صرع

لیلا نیک روز، عبدالله پورصمد، یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی

مقدمه و هدف: بیش از ۲ میلیون آمریکایی و حدود ۰/۷ درصد از کل کودکان مبتلا به صرع می باشند. از آنجا که صرع به دلیل نوعی عارضه مغزی است، همین عارضه می تواند بر مناطق دیگر مغزی و یا روانی بیمار اثر گذاشته و نشانه‌ها و حالات عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، سستی، وسواس، عصبانیت، حالات تهجمی و مشکلات دیگری ایجاد نماید. مصرف داروهای ضدصرع نیز موجب بروز بعضی عوارض عاطفی، روانی و رفتاری می شود. لذا نویسنده قصد دارد که به بررسی شیوع اختلالات رفتاری در کودکان مصروع بپردازد.

محتوا: علائمی چون عدم در نظر گرفتن تعهدهای اجتماعی، بی توجهی به بهداشت فردی دروغگویی اشتغالات ذهنی مفرط تحریک پذیری، بدبینی می تواند از علائم روانشناختی مربوط به صرع باشد. همچنین مصرف داروی فنوباریتال موجب پرتحرکی و بی‌قراری بچه‌ها می شود و فنی توئین اختلال تعادل می دهد. رفتار نامناسب والدین و دیگران نیز موجب مشکلات عاطفی این افراد می شود. بعضی از بچه های مبتلا به صرع نیز در مدرسه منزوی می شوند. این به دلیل عدم اعتماد به نفس و توانایی اندک آنها در برقراری ارتباط متقابل می باشد. ممکن است کودک کج خلق یا خشن شده، یا اینکه سوء رفتارهایی مثل فرار از مدرسه از خود بروز دهد. مولا ۲۰۰۸ در مطالعه ای گزارش کرد که کودکان مبتلا به صرع ۱۱/۸ درصد اختلال ذهنی دارند. همچنین ورتوری ۲۰۰۸ نشان داد که افراد مصروع تمایل زیادی به خودکشی دارند. کودک باید مانند کودک سالم تربیت شود و با درک نیازهای عدم حمایت بیش از حد وی تعدیل می گردد.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای مشکلات روانپزشکی در بیماران مصروع آگاهی در مورد آن ضرورتی مهم در درمان کودک مصروع قلمداد می شود به بیماران صرعی و خانواده‌های آنان توصیه می شود با مشاهده چنین عوارضی با مشاور، روانشناس بالینی یا روانپزشک مشاوره کنند با معلم کودکان صحبت کنید و مطمئن باشید فرزندتان به اعتماد و حمایت شما پشت گرم است.

کلمات کلیدی: اختلالات رفتاری، کودکان، صرع.