



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

اشاره:

اسکوت کلاس با فریادی ناگهانی در هم می‌شکند، دانش‌آموزی از جایش بر زمین می‌افتد و بدنش بطور حیرت‌آوری خشک می‌گردد، آنگاه در حالی که همکلاسیها او را می‌نگرند، دستها و پاهایش منقبض شده، شروع به تکان خوردن می‌کند. سپس آرامش می‌یابد و مانند کسی که تازه از خواب برخاسته، چندین بار پلک می‌زند و با کمک اطرافیان از جا بر می‌خیزد، مطالب مبهم و نامربوطی را زیر لب زمزمه می‌کند، اما به زودی

دانش‌آموزان

مصروع

علی اکبر ابراهیمی درجه

بیماران سابقه صرع در بستگانشان اهمیت دارد. مطالعات نشان داده است که این صرع احتمالاً از طریق صفت اتوزومی غالب منتقل می‌شود (سلیمانی، ۱۳۶۳). البته احتمال دارد آنچه به ارث می‌رسد صرع نباشد، بلکه آمادگی برای ابتلا به صرع به ارث رسد.

ب - صرع ثانویه (اکتسابی یا نشانه‌ای):

در این نوع صرع عامل وراثتی کمتر مؤثر است و عوامل زیر اهمیت دارند: غده‌های مغزی، آسیب‌های وارده به مغز (مثل مسمومیت با سرب، بیماری‌های مربوط به سوخت و ساز بدن نظیر فنیل کتونوریا، کمی قند و کلسیم خون، شکستگی جمجمه)، بیماری‌های عفونی (تأثیر ویروس بر مغز جنین، مخملک، سرخچه، آنسفالیت و مننژیت).

سن بیمار در آغاز اولین صرع، کلید راهنمای مهمی برای علت‌شناسی آن به دست می‌دهد. صرعهایی که قبل از ۶ ماهگی آغاز می‌شوند معمولاً ناشی از بد شکل‌گیری سیستم مرکزی، آسیب دیدن هنگام تولد، بیماری‌های سوخت و سازی و یا عفونت است. صرعهایی که بین ۲ تا ۲۰ سالگی آغاز می‌شوند، ممکن است معلول عوامل ارثی باشند.

انواع صرع:

۱- صرع بزرگ GRAND MAL

صرع بزرگ کلاسیک دارای سه مرحله است:

الف - مرحله انقباضی (TONIC) - در بسیاری از موارد شخص ناگهان فریادی می‌کشد و بلافاصله روی زمین می‌افتد. به محض اینکه صرع شروع شد، تمام عضلات ارادی بدن دچار انقباض می‌گردند. بدن مانند یک تکه

به حالت عادی برمی‌گردد و کار خود را از سر می‌گیرد، گویی که هیچ واقعه‌ای روی نداده است. تشنج ناگهانی یک بچه، برای شخص بیننده، خصوصاً پدر و مادر یا دوست و معلم وی منظره ناخوشایندی است. سؤالاتی از قبیل علت حمله چیست؟ حمله بعدی چه موقع خواهد بود؟ و چه کمکی می‌توانم بکنم؟ سؤالاتی است که برای هر بیننده مطرح خواهد شد. هدف این نوشته پاسخگویی به چنین سؤالاتی است.

تعریف:

صرع را می‌توان به عنوان آشفته‌گی زودگذر، طغیان و حمله شدید و کنش‌وری مغز تعریف کرد. صرع بطور ناگهانی آغاز به‌طور خود به خودی متوقف می‌گردد و تمایل آشکار به تکرار مجدد دارد. از هر هزار کودک مدرسه‌ای، ۴ تا ۶ نفر به صرع مبتلا هستند.

باید بین صرع و ضعف تفاوت گذاشت، زمان و مکان معمول برای ضعف، اجتماع صبحگاهی است. کودک ضعف کرده هوشیار است، بعد از ضعف خود را خیس نمی‌کند و پس از ضعف خوابش نمی‌برد، در حالی که برای کودک مصروع این وقایع محتمل است (ایلینگورث، ۱۹۷۳).

علت‌شناسی:

از نظر علت‌شناسی، صرع را باید به دو گروه تقسیم نمود:

الف - صرع اولیه (بدون علت شناخته شده): در این دسته، عارضه آسیب‌شناختی در مغز مشهود نیست، ولی توارث در این گروه اهمیتی خاص دارد. در حدود ۲۶ تا ۳۷ درصد این

مشاهده کرد.

۲- صرع کوچک (PETIT MAL):

این نوع صرع معمولاً بعد از سن سه سالگی شروع می‌شود و بیشتر مبتلایان را کودکان بین ۷ تا ۹ سال تشکیل می‌دهند. در ۴۰ درصد موارد سابقه فامیلی صرع در این افراد دیده می‌شود. این نوع صرع دارای دو علامت ویژه است:

الف - توقف کوتاه مدت (معمولاً ۵ تا ۱۰ ثانیه) در فعالیتی که کودک در حال انجام آن است (برای مثال، دانش‌آموزی که دیکته می‌نویسد، کلماتی را جا می‌اندازد).

ب - حالت مات‌شدگی: کودک برای چند لحظه بدون هدف به یک نقطه خیره می‌شود و یا اینکه چشمانش به طرف بالا منحرف شده، پلک می‌زند. تعداد این حملات در روز متغیر است، ممکن است ده تا چند صد حمله در روز دیده شود.

این نوع صرع منحصراً در کودکان دیده می‌شود و بسیاری از مبتلایان به این صرع پس از اینکه به سن بلوغ می‌رسند، خود به خود صرعشان بهبود می‌یابد، ولی در ۱/۳ (یک سوم) افراد این نوع صرع تبدیل به صرع بزرگ می‌شود.

۳- صرع روانی - حرکتی (PSYCHO - MOTOR):

علت نامگذاری این نوع صرع، تأثیر تخلیه الکتریکی غیرعادی مغز بر روی عضلات و فرایندهای ذهنی است. مرکز تخلیه الکتریکی غیرعادی مغز در این نوع صرع، معمولاً یکی از دو بخش شقیقه‌ای مغز (بالای گوشها) است. این نوع صرع دارای دو علامت است:

چوب خشک می‌شود و در همین حال بیهوشی نیز عارض می‌گردد. ضربان قلب و فشار خون افزایش می‌یابد و مردمک چشم گشاد می‌شود. این مرحله حدود ۳۰ تا ۶۰ ثانیه طول می‌کشد.

ب - مرحله تشنج و لرزش (CLONIC) - بعد از مرحله انقباض، فرد وارد مرحله تشنج و لرزش می‌شود. در این مرحله تمام عضلات ارادی (عضلات دست و پا، چانه، تنفسی و ...) دچار انقباضهای مکرر می‌گردد، تنفس نامنظم و صدادار شده (شیهه خرخر) وقی و کف زیادی از دهان بیمار خارج می‌گردد. در صورتی که مثانه پر باشد، در این زمان بی‌اختیاری ادرار دست می‌دهد. این مرحله در حدود ۴۰ ثانیه طول می‌کشد.

ج - مرحله آرامش (RELAX) - پس از مراحل فوق، فرد مصروع به حالت اغماء یا نیمه اغماء می‌افتد و تمام عضلاتش سست می‌گردد. این مرحله یک تا دو دقیقه طول می‌کشد و متعاقب آن فرد به هوش می‌آید. در این هنگام فرد احساس خستگی بسیار شدیدی می‌کند و معمولاً به خواب می‌رود که ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشد.

در اکثر افراد یک مرحله مقدماتی به نام "آرا" (AURA به معنای آتش زیر خاکستر) وجود دارد. "آرا" کیفیتی روانی است و بیمار احساس می‌کند که صداهایی می‌شنود و یا بوهای مختلفی احساس می‌کند و یا خطوط سیاه‌رنگ شکسته و نقطه‌های سیاه‌رنگ در حال پرش در جلوی چشمان خود می‌بیند. معمولاً در مرحله "آرا" که چند ثانیه طول می‌کشد، فرد هوشیار است. صرع بزرگ را می‌توان در تمام سنین

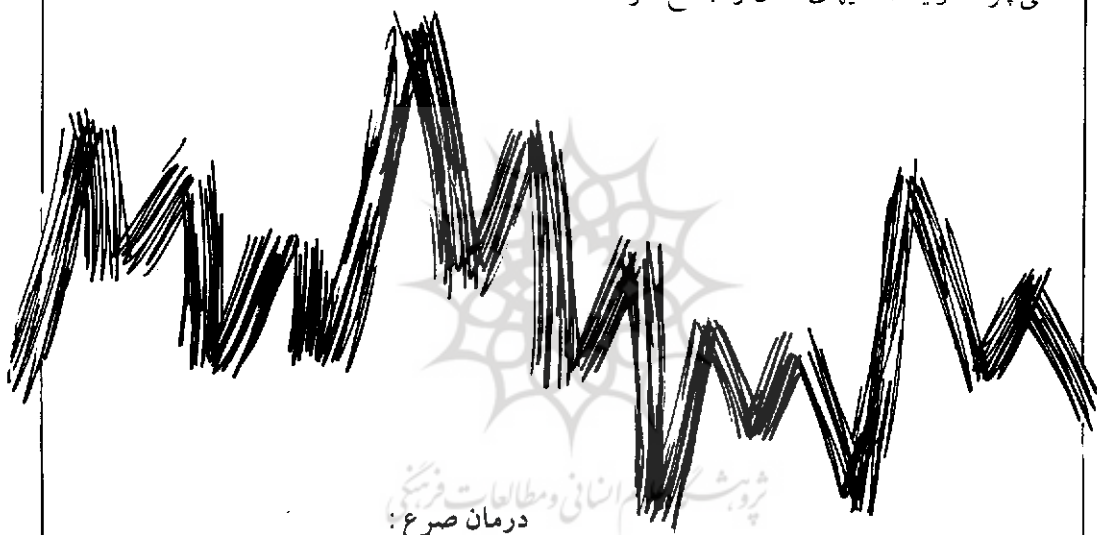
هستند و این امر به دلیل نور آفتابی است که از لابه لای درختان به طور متناوب به آنان می تابد (افروز، ۱۳۷۲).

راههای تشخیص صرع:

برای تشخیص صرع می توان به علایم موجود در شرح حال بیمار توجه کرد. مطمئن ترین راه تشخیص صرع گرفتن EEG (نگاره الکتریکی مغز) است.

الف - علامت روانی: در این حالت معمولاً تفکر فرد مختل می گردد و احساسهایی نظیر خواب دیدن و رؤیا به فرد دست می دهد و یا ممکن است دچار خشم و غضبهای افراطی و غیر قابل کنترل شود.

ب - علامت حرکتی: فرد هنگام بروز حمله، بدون آنکه متوجه باشد حرکاتی انجام می دهد، مثلاً بدون اراده شروع به بیرون آوردن لباسهای خود می کند و یا اینکه بدون علت به دور اطاق می چرخد و یا صندوقهای اطاق را جمع کرده،



درمان صرع:

خوشبختانه امروزه در بیش از ۸۰ درصد موارد قابل درمان و یا حداقل قابل کنترل است. در حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد به دارو جواب نمی دهند (به دلایل ناشناخته). درمان صرع بر اساس دارو درمانی است. در کنار دارو، آرامش محیط بیمار نقش مهمی دارد و نیز باید یک رژیم غذایی مناسب استفاده شود. تحقیقات نشان داده است که محیط تشنج زا ۲ تا ۲/۵ برابر حملات را بیشتر می کند. به طور طبیعی درمان را باید ۲ تا ۳ سال بعد از رهایی کودک از حملات، ادامه داد (ایلینگورث، ۱۹۷۶).

همه را در یک نقطه می گذارد. در این حالت فرد به هیچ وجه متوجه رفتار خود نیست و در صورت جلوگیری از اعمال و رفتار او، شدیداً مقاومت خواهد کرد.

یکی دیگر از انواع صرع که در میان دانش آموزان مدارس بیشتر رایج است، صرع تصویری است. بچه هایی که زیاد تلویزیون تماشا می کنند مستعد ابتلا به این نوع صرع هستند. همچنین افرادی که در مناطق جنگلی به سر می برند بیشتر به صرع تصویری دچار

داروشناسی:

کوهنوردی را انجام دهند.

مسائل روانی - تربیتی دانش‌آموزان مصروع:

صرع معمولاً با مشکلات روانی همراه است. ممکن است کودک مصروع مورد مراقبت‌های بیش از حد والدین خود باشد، به نحوی که از شرکت او در فعالیتهای ورزشی، تفریحی و ... ممانعت به عمل آید. گاه کودک از عوارض حسی، حرکتی و روانی غش دچار ترس می‌گردد و خوف از مرگ گریبانگیرش می‌شود. چنین کودکی از اینکه احساس می‌کند با دیگران متفاوت است، سخت آزرده است، به خصوص در صورتی که فعالیت‌هایش را محدود کرده باشند. کودکان دیگر احتمالاً در ارتباط با او به خاطر همین حملات تشنجی، رفتار عجیبی، در پیش خواهند گرفت و او احساس ناامنی کرده، انواع مشکلات رفتاری را از خود بروز می‌دهد، از جمله احساس پوچی، ناامیدی، پرخاشگری، بیش‌فعالی، خرابکاری، رفتار ضداجتماعی، دروغ‌گویی یا دزدی.

در بعضی موارد، رفتار فرد احتمالاً ناشی از داروهایی است که برای صرع مصرف می‌شود، به خصوص فنوباریتال که ممکن است باعث بیش‌فعالی و تحریک‌پذیری شود. ویژگی عمده افراد مصروع، کندی آهنگ فرایندهای ذهنی است. این کودکان در کارهایی نظیر حرکت کردن، خوردن و پوشیدن کند هستند، خواندن و نوشتن و محاسبه را کندتر انجام می‌دهند، گفتارهایشان هم از لحاظ زمانی کند است، در انتخاب کلمات مناسب دچار اشکال می‌شوند و مجموعه‌ای از کلمات اضافی مانند "خوب" و "هست" را همیشه و به طور مکرر در

۱- فنوباریتال: یکی از قدیمی‌ترین و مؤثرترین داروهای ضدصرع و بی‌نهایت کم ضرر است. عوارض جانبی آن عبارتند از: گیجی و خواب‌آلودگی که معمولاً پس از چند روز مصرف، برطرف می‌شود. در کودکان (مخصوصاً با ضایعات مغزی) مصرف فنوباریتال ممکن است باعث بیش‌فعالی، اختلال رفتاری و کج خلقی گردد.

۲- دیلاتین: از جمله داروهای مؤثر ضدصرع است. عوارض جانبی آن عبارتند از: سرگیجه، لرزش، تاری دید و دوبینی. عوارض گوارشی دیلاتین به صورت تهوع، استفراغ و دردهای شکمی ظاهر می‌کند. در صورتی که دارو با غذا مصرف شود، این عوارض پیدا نخواهد شد.

۳- کاربامازپین: داروی مؤثری در درمان صرع (بویژه صرع روانی - حرکتی) است، منتها عوارض جدی دارد.

راهبردهای مراقبتی:

- اولین وظیفه در قبال افراد مصروع این است که مصرف دارویشان به دقت کنترل شود.
- وقتی فرد دچار صرع بزرگ می‌شود باید حتی‌الامکان او را به محل امنی منتقل کرد.
- هنگامی که فرد از حالت تشنج خارج می‌شود، باید پوششی بر روی او گذاشت که به علت فعالیت عضلانی زیاد، سرما نخورد.
- فرد مصروع را باید حتماً هنگام حمله روی دنده راست خوابانید، تا کف و آب از دهان وی خارج شود و باعث خفگی نشود.
- افراد مصروع نباید به تنهایی فعالیت‌هایی از قبیل رانندگی، شنا، کار با اشیای تیز و تند و

معلمی که از این ویژگیها آگاه است، تلاش می‌کند اطلاعات لازم در مورد این بیماری را به سایر دانش‌آموزان نیز بدهد و به آنان بفهماند که صرع نیز مانند دیگر بیماریهاست و فرد مصروع نیز مانند سایر افراد بیمار است. تحقیقات نشان داده‌اند که تغییر نگرش و طرز تفکر مردم نسبت به بیماری صرع و افراد مصروع، سبب تغییر رفتار در جهت مطلوب نسبت به آنها شده است.

معلمی که از کندی کودکان مبتلا به صرع در هنگام پاسخ دادن آگاه است، باید تکالیف درسی را در کلاس مقدم بر همه به آنها بدهد و پاسخها را دیرتر از همه از آنها بگیرد. آموزگار باید اختلال متناوب حالت عمومی دانش‌آموز را در نظر بگیرد و هنگام بروز آن، توقع کمتری از او داشته باشد.

حرفهایشان می‌گنجانند. انعطاف‌پذیری بسیار ضعیف فرایندهای ذهنی، مشخصه خاص ضعف ذهنی مبتلایان به صرع است، این کودکان چنان مجذوب فعالیت می‌شوند که برای ادراک جنبه دیگر آن نمی‌توانند از انجام دادنش دل بکنند (لوریا و همکاران، ۱۹۷۴).
عده‌ای از کودکان مصروع، دارای اختلال یادگیری معینی هستند که به محل آسیب دیده مغز بستگی دارد، یعنی نقطه‌ای که از آنجا تخلیه‌های الکتریکی، حملات تشنجی را موجب می‌گردد. این حملات به تواناییهای کلامی کودک آسیب می‌رساند و در حافظه اختلال بوجود می‌آورد، همچنین موجب ناتوانی در حس بینایی فضایی شده، تمرکز حواس را نیز مختل می‌کند. اختلال در تمرکز حواس در اثر مصرف داروی فنوباریتال تشدید می‌شود.



منابع:

- افروز - غلامعلی (۱۳۷۲). مبانی روان‌شناختی افت تحصیلی. نشریه ماهانه آموزشی - تربیتی پیوند، شماره‌های ۱۶۷-۱۶۶-۱۶۵. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان جمهوری اسلامی ایران.
- لوریا، ا. ر و همکاران (۱۳۷۴). کودک عقب‌مانده ذهنی. ترجمه دکتر علی خانزاده. تهران: انتشارات مرکز نشر دانشگاهی.
- ایلینگورث، رونالد، س (۱۳۷۱). کودک و مدرسه. ترجمه دکتر شکوه‌نوابی نژاد. تهران: انتشارات رشد.
- سلیمانی، داربوش (۱۳۶۳). بیماری مغز و اعصاب. تهران: انتشارات دانش پژوه.
- NICHCY (1996). NATIONAL INFORMATION CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH WITH HANDICAPS P.O. BOX 1492 WASHINGTON, D.C. 20013.