

مقایسه ویژگی‌های رفتاری کودکان ۱۲-۳ ماهه مبتلا به درمانیت اتوپیک با گروه کنترل غیر مبتلا

*دکتر غلامعلی افروز^۱، دکتر آزاده افروز^۲، فاطمه نصرتی^۲

^۱استاد دانشگاه تهران، ^۲دانشگاه علوم پزشکی تهران، ^۳کارشناسی ارشد

خلاصه

مقدمه: این فرضیه از دیرباز وجود داشته است که بیماری‌های گروه اتوپیک شامل آسم، آلرژی فصلی و درمانیت اتوپیک ممکن است یک جزء روان‌شناختی نیز داشته باشند که قبل، بعد یا همزمان با بروز علائم فیزیکی، خود را نشان می‌دهد، اما تاکنون مطالعات کنترل شده اندکی برای نشان دادن این ارتباط انجام گرفته است و نتایج حاصل از آن‌ها متفاوت و گاه ناقص بوده است.

روش انجام کار: ۳۰ شیرخوار ۱۲-۳ ماهه، مبتلا به درمانیت اتوپیک به عنوان گروه آزمون و ۴۰ شیرخوار ۱۲-۳ ماهه به عنوان گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. پرسش‌نامه بررسی رفتار شیرخوار توسط والدین شیرخوار مبتلا به درمانیت اتوپیک و نیز والدین شیرخواران غیر مبتلا با نظارت پژوهشگر تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۱۴۵ سوال است که عوامل زیر را بررسی می‌کند: ترس، غمگینی، استرس در مقابل محدودیت، توجه و تمرکز، لبخند، خنده، تسکین‌پذیری، لذت و هیجان بالا، لذت و هیجان پایین، سرعت بازگشت به آرامش به دنبال استرس، حساسیت ادراکی و رویکرد هیجانی.

نتایج: در دو گروه از نظر میزان ترس، مدت زمان توجه و تمرکز، لبخند و خنده، غمگینی و لذت و هیجان پایین و بالا تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. اما سرعت بازگشت به آرامش به دنبال استرس، استرس در مقابل محدودیت، تسکین‌پذیری، رویکرد هیجانی و حساسیت ادراکی به طور قابل توجهی در گروه مبتلایان به درمانیت اتوپیک بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: شیرخواران مبتلا به درمانیت اتوپیک نسبت به محرک‌های اطراف و تغییرات آن، حساسیت ادراکی بالاتری نشان می‌دهند و در مقابل محرک‌های با شدت زیاد، سریع و نیز محرک‌های جدید و پیچیده بیش‌تر ابراز هیجان می‌کنند و از این محرک‌ها بیش‌تر لذت می‌برند. همچنین شیرخواران مبتلا به درمانیت اتوپیک در مقایسه با شیرخواران غیر مبتلا رویکرد هیجانی و برخورد سریع‌تر و برانگیخته‌تری نسبت به محیط اطراف نشان می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: درمانیت اتوپیک، ویژگی‌های رفتاری

مقدمه

به عبارتی تئوری "کل‌نگری"^۱ که امروزه در تمام ابعاد علوم راه باز کرده است به اصل وحدت ذهن و بدن، خارجی و داخلی، عینی و ذهنی تأکید می‌ورزند و در مورد علم پزشکی به لزوم کل‌نگری یعنی ارزیابی کلی بیمار و نه فقط درمان علامتی تظاهرات فیزیکی بیماری تأکید فراوان دارد (۱).

بررسی ابعاد روان‌شناختی و مشکلات رفتاری وابسته به بیماری جسمی که خود یا تابعی از وجود بیماری‌اند یا زمینه‌ساز بروز یا تغییر در میزان شدت بیماری‌اند، مسأله‌ای است که در سال‌های اخیر طب نوین گرایش خاصی به سمت آن نشان داده است.

*آدرس: تهران - ولنجک - بلوار دانشجو - خیابان عدالت پلاک ۸

تاریخ تایید: ۸۵/۴/۱۴

تاریخ وصول: ۸۴/۸/۲۲

تا سن چهارده سالگی، در نود و پنج درصد موارد، خود را نشان می دهد (۶).

درماتیت اتوپیک در شرقی ها و نژاد قفقازی شیوع بالاتری دارد. شدت این بیماری با افزایش سن کودک کاهش می یابد. اما در نهایت فرد بالغی که در کودکی مبتلا به AD بوده لااقل مستعد یکی از این مشکلات می باشد. از جمله پوست خشک، بیماری پوستی شغلی، عفونت های پوستی، مشکلات چشمی، مشکلات ارتباطی و از دست دادن شغل. کودکان مبتلا به AD یا همزمان مبتلا به بیماری دیگری از گروه اتوپیک (آسم و ...) هستند و یا این احتمال وجود دارد که قبل از سی سالگی بیماری آسم^۲ برایشان عارض شود (۷).

در این میان در سال های اخیر فاکتورهای مربوط به ویژگی های روانی رفتاری و ارتباط آن ها با بیماری AD نیز مورد توجه قرار گرفته است تا جایی که دکتر اسپارکر از احتمال وجود شخصیت اتوپیک^۳ در کودکان مبتلا به AD سخن می گوید و فاکتورهای خشم، اضطراب و استرس را مرتبط با AD فرض می کند و بعد این سوال را مطرح می سازد که آیا واقعاً در اطفال مبتلا به AD، شخصیت اتوپیک وجود دارد یا نه و آیا این خود بیماری AD است که باعث ایجاد این نوع مشخصات روان شناختی در کودک می شود یا آن ویژگی های روانی رفتاری خاص، زمینه ساز بروز AD هستند (۶).

دکتر میلر در این رابطه فرضیه پیوستگی^۴ را بیان می کند و معتقد است در انسان مشکلات روانی رفتاری نیز به مانند محرک های فیزیکی می تواند منشاء فشار روحی و روانی در بدن باشد. اما انسان در برابر این فشار روانی گریز فیزیکی را انتخاب نمی کند اما ذهن ناخود آگاه و سیستم های دفاعی بدن در برابر این فشار همان گونه واکنش نشان می دهد که در برابر یک تهدید فیزیکی (۲).

در این تحقیق با توجه به این اصل که جسم و روان متقابلاً از هم تأثیر می پذیرند و سلامت یکی در گرو سلامت دیگری است و از آن جا که آلرژی ها دسته ای از بیماری ها هستند که نوع بشر به کرات بیش تر از انواع دیگر جانداران به آن مبتلا می شود (۲) و همین امر می تواند بیانگر اهمیت و نقش ذهن و روان در ارتباط با این نوع بیماری باشد، سعی بر آن بوده است که ارتباط احتمالی برخی مشخصات رفتاری از جمله: استرس در مقابل محدودیت، توجه و تمرکز، حساسیت ادراکی، لذت و هیجان پایین، لذت و هیجان بالا با بیماری درماتیت اتوپیک^۱ در شیرخواران (گروه سنی ۱۲-۳ ماه) مورد بررسی قرار گیرد.

درماتیت اتوپیک تعاریف متعددی داشته است و هنوز یک نظر کلی و مشترک در مورد پاتوفیزیولوژی اصلی بیماری وجود ندارد. طبق نظر برخی محققان، اتوپیک به معنای یک سری تغییرات و نوسانات ایمنولوژیک با پتانسیل ایجاد یک سری واکنش های التهابی در ارگان های مختلف بدن است که توسط پروفایل سایتوکائینی یک سلول اثرپذیر موقت Th1/Th2 القاء شده، آغاز می گردد. این سلول های اثرپذیر توسط یکی سری عوامل ایمنولوژیک و غیر ایمنولوژیک، فعال شده، شروع به ترشح می کنند. در این بیماری سلول های Th2 غالبند، آنتی بادی IGE تولید می شود و تعداد ائوزینوفیل های بارسپتور حساس به IGE افزایش می یابد. وجود بازوفیل ها و ماست سل های حساس به آنتی ژن و با قابلیت ترشح بالا نیز از ویژگی های این بیماری هستند (۳).

آمارها نشان می دهد که بیماری AD، بیماری شایعی است به طوری که ده درصد کودکان در دنیا به آن مبتلا هستند (۴). از طرفی شیوع این بیماری به طور صعودی در حال افزایش است به طوری که این میزان حدود پنج درصد در سال ۱۹۶۰ به چهارده درصد در سال ۱۹۹۰ رسید (۵). هشتاد و پنج درصد موارد بیماری در سال اول زندگی ظاهر می شود (بیش ترین میزان بروز بین دو تا شش ماهگی است) و

^۲ Hay fever

^۳ Atopic Personality

^۴ Coherency

^۱ Atopic dermatitis

آلرژی‌ها^۱ وجود دارد (۱۱).

در پژوهش دیگر تحت عنوان وقایع استرس‌زا و بیماری‌های پوستی، نشان داده شد که احتمال تأثیر استرس‌های روحی-روانی، به خصوص وقایع استرس‌زای زندگی در مسیر بیماری‌های مختلف پوستی از دیر باز مدنظر بوده است. مدارک موجود در رابطه با نقش این وقایع در شروع یا وخیم شدن شدت بیماری‌های پوستی نشان می‌دهد که نقش وقایع استرس‌زا در بیماری‌های لک و پس، آکنه و درماتیت سبورائیک جای بحث دارد و هنوز به طور کامل کشف نشده است. اما نقش وقایع استرس‌زا در بیماری‌های مختلفی از جمله درماتیت اتوپیک واضح و مشخص می‌باشد (۱۲).

در مطالعه‌ای نیز به بررسی پاسخ‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی نسبت به استرس‌ورهای استاندارد شده در مبتلایان به اگزمای اتوپیک پرداختند. موارد فیزیولوژیکی مورد سنجش شامل سرعت ضربان قلب، واکنش عروق محیطی، سطح مقاومت پوست و نوسانات خود به خودی پوست و درجه حرارت پوست ساعد بود. به علاوه گزارش خود فرد از حالت و احساس درونی خویش، اضطراب موقعیتی و نیز اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که در مبتلایان به اگزمای اتوپیک میزان واکنش و پاسخ از نظر ضربان قلب، واکنش عروق محیطی و نوسانات مقاومت پوست، اضطراب و تنش درونی، بالاتر می‌باشد.

همچنین در تعدادی از مبتلایان با شدت بالای تحریک‌پذیری پوست یا خارش، در پاسخ به استرسور، درجه حرارت پوست بالا رفته و بالعکس در گروه کنترل و بیماران با خارش کم، درجه حرارت پوست پایین افتاد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که درماتیت اتوپیک ممکن است یک جزء روانی-فیزیولوژیکی داشته باشد (۱۳).

مطالعات متعددی در این زمینه انجام گرفته است از جمله تحقیقی با عنوان سازش یافتگی روانی-اجتماعی کودکان مبتلا به اگزمای اتوپیک در سنین قبل از دبستان به انجام رسید. در این تحقیق تغییرات ویژگی‌ها و رفتارهای روان‌شناختی و میزان دلبستگی‌ها در ۳۰ کودک قبل از سن دبستان که مبتلا به اگزمای شدید پوستی بودند با ۲۰ نفر گروه کنترل سالم مقایسه کردند.

نتیجه نشان داد که مادران کودکان مبتلا به اگزمای اتوپیک از نظر مسایل مربوط به مراقبت و بزرگ کردن بچه، استرس و نگرانی بیش‌تری نشان می‌دادند و احساس می‌کردند در تربیت کودک خود کارایی کم‌تری دارند. نتیجه این بود که مشکلات رفتاری کوچک و پریشانی و اضطراب در مورد نحوه مراقبت و بزرگ کردن کودک از ویژگی‌های مهم اگزمای اتوپیک شدید در اوایل دوران کودکی است اما اگزمای اتوپیک موجب عدم امنیت دلبستگی میان مادر و کودک نمی‌شود (۸).

در مطالعه دیگری با هدف بررسی رابطه میان برخی ویژگی‌های رفتاری مادر که مرتبط با بیماری درماتیت اتوپیک در بیمار بود مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مادران شیرخواران مبتلا به AD در مقایسه با مادران گروه کنترل افسرده‌تر، ناامیدتر و مضطرب‌تر بودند. به عبارتی در مورد نگهداری و مراقبت از شیرخوار و سواس بیش‌تری داشتند و همین‌طور رفتار و ویژگی‌های خلقی شیرخوار خود را کم‌تر مثبت ارزیابی می‌کردند (۹).

دکتر میلر معتقد است درمان تحریک‌های هیجانی یا در برخی موارد افسردگی یا ناامیدی که بعضی از کودکان مبتلا به درماتیت اتوپیک به آن دچارند، می‌تواند به طور قابل توجهی سلامت کلی کودک را ارتقاء بخشد (۱۰).

دو مطالعه مختلف نیز در مورد بستگان درجه اول و درجه دوم کودکان بسیار خجالتی و اجتماعی نشان داد که اضطراب اجتماعی و آلرژی‌ها در کودکان بسیار خجالتی بالا می‌باشد در نتیجه ارتباط ژنتیکی میان اضطراب اجتماعی و بروز انواعی از

^۱ Atopic

روش انجام کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تحلیلی-مشاهده‌ای و از نوع مطالعه موردی^۱ می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش در برگرفته شیرخواران مبتلا به درماتیت اتوپیک (AD) مراجعه کننده به درمانگاه مرکز طبی کودکان، و شیرخواران مراجعه کننده‌ای که معاینه و شرح حال، بیماری AD و یا هرگونه بیماری مزمن دیگری را در ایشان رد کرده باشد، در شهر تهران می‌باشد. این افراد از لحاظ سنی هم‌تاسازی شدند و فقط افرادی که بین محدوده سنی ۱۲-۳ ماهگی قرار داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. با توجه به مطالعات انجام شده در رابطه با بررسی عوامل روان‌شناختی و با توجه به حجم زیاد سؤالات پرسش‌نامه و دقیق بودن آن در رابطه با سنجش صفات رفتاری، پس از انجام مشاوره آماری با گروه روان‌شناسی و آمار دانشگاه تهران و دانشکده پزشکی، در این مطالعه ۳۰ شیرخوار مبتلا به AD به عنوان گروه (مورد) و ۴۰ شیرخوار غیر مبتلا به عنوان گروه (شاهد) مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد متغیرها، از پرسش‌نامه بررسی رفتار شیرخوار^۲ (IBQ) استفاده شد.

براساس این پرسش‌نامه فاکتورهای: ترس^۳، غمگینی^۴، استرس در مقابل محدودیت^۵، توجه و تمرکز^۶، لبخند و خنده^۷، تسکین‌پذیری^۸، لذت و هیجان بالا^۹، لذت و هیجان پایین^{۱۰}، سرعت بازگشت به آرامش به دنبال استرس^{۱۱}، حساسیت ادراکی^{۱۲} و رویکرد هیجانی^{۱۳} در شیرخواران سنجیده شد و به هر مقیاس یک امتیاز داده شد.

روش اجرا

در مورد گروه بیمار، ۳۰ پرسش‌نامه بررسی رفتار شیرخوار (IBQ) در فاصله زمانی شهریور ۸۱ الی شهریور ۸۲ توسط والدین یا پرستار شیرخواران مبتلا به درماتیت اتوپیک مراجعه کننده به درمانگاه ایمونولوژی مرکز طبی کودکان که تشخیص بیماری براساس معیارهای و Hanifin در شیرخوار قطعی شده بود، تکمیل شد. در مورد گروه کنترل، در همین فاصله زمانی نیز ۴۰ پرسش‌نامه بررسی رفتار شیرخوار (IBQ) را تکمیل نمودند. نام و مشخصات بیماران و افراد سالم و نام اعضای خانواده آن‌ها محرمانه بوده و پرکردن پرسش‌نامه همراه با گرفتن رضایت‌نامه شفاهی از والدین بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مبحث با توجه به موضوع تحقیق حاضر که به "مقایسه ویژگی‌های رفتاری کودکان ۱۲-۳ ماهه مبتلا به درماتیت اتوپیک و غیر مبتلا" می‌پردازد، در ابتدا به منظور توصیف آماری ویژگی‌های دموگرافی و توصیف ارقامی از جداول شاخص‌های آمار توصیفی استفاده شده و در آن سن، ترتیب تولد و فصل تولد عنوان گردیدند و پس از آن به منظور نمایش تصویری، از نمودار میله‌ای (ستونی)، استفاده به عمل آمد.

در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق، از مدل آماری^{۱۴} دو گروه مستقل استفاده شده و تمامی خرده مقیاس‌های مرتبط با رفتارهای شیرخواران (لبخند و خنده، لذت و هیجان بالا، لذت و هیجان پایین، استرس در مقابل محدودیت، ترس، توجه و تمرکز، تسکین‌پذیری، سرعت به بازگشت آرامش، حساسیت ادراکی، غمگینی و رویکرد هیجانی)، در هر دو گروه (مبتلا به AD یا مورد و شاهد)، مقایسه گردیدند.

1. Case-control study

2. Infant behavior Question

3. Fear

4. Sadness

5. Distress

6. Duration of orienting

7. Smiling

8. Soothability

9. High Pleasure

10. Low Pleasure

11. Rate of Recovery from Distress

12. Perceptual Sensitivity

13. Approach (emotional Approach)

نتایج

اکثریت شیرخواران گروه بیمار را پسران و اکثریت شیرخواران گروه شاهد را دختران تشکیل می دادند. اکثر افراد مورد مطالعه فرزندان خانواده بودند. همچنین بیشتر موارد بیمار در زمستان و بهار و بیشتر افراد گروه شاهد در زمستان به دنیا آمده بودند (جدول ۳-۱).

جدول ۱- بررسی وضعیت جنسیت در شیرخواران مبتلا به

درماتیت آتوپیک و شیرخواران گروه شاهد

سطوح	مورد	شاهد
دختر	۳۶/۷	۶۳/۲
پسر	۶۳/۳	۶۳/۸
کل	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲- بررسی وضعیت ترتیب تولد در شیرخواران مبتلا به

درماتیت آتوپیک و شیرخواران گروه شاهد

سطوح	مورد	شاهد
فرزند اول	۵۰	۵۷/۹
فرزند دوم	۴۰	۳۴/۲
فرزند سوم	۳/۳	۵/۳
کل	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۳- بررسی وضعیت فصل تولد در شیرخواران مبتلا به

درماتیت آتوپیک و شیرخواران گروه شاهد

سطوح	مورد	شاهد
بهار	۲۸/۶	۲۷/۷
تابستان	۲۱/۴	۱۶/۹
زمستان	۲۸/۶	۲۹/۲
کل	۱۰۰	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی می دانیم که مبتلایان به درماتیت اتوپیک (AD) پوست تحریک پذیر داشته و در ۸۵ درصد این افراد، در قسمت پوستی واکنش سریع مثبت داشته و همان گونه که از آسم به عنوان سندرم ریه تحریک پذیر یاد می شود، AD نیز سندرم پوست تحریک پذیر به شمار می رود (۳)، این تحریک پذیری و حساسیت فیزیکی در افراد مبتلا به AD با یافته مطالعه حاضر که در آن حساسیت ادراکی در شیرخواران مبتلا به AD بالاتر از گروه کنترل نشان داده شده است، هم خوانی قابل توجهی دارند و حساسیت ادراکی به معنای میزان دریافت و یا واکنش نسبت به محرک های با شدت پایین و ناچیز محیط اطراف است. به عبارتی می توان گفت همان گونه که بدن افراد از نظر بیولوژیک و ایمونولوژیک نسبت به آلرژن ها حساس تر است، میزان دریافت و واکنش به تغییرات محیط اطراف از جمله دما، نور، اصوات و تصاویر نیز در مبتلایان به AD بالاتر است.

در جدول شماره ۴ نمرات خرده مقیاس های پرسشنامه بررسی رفتار شیرخوار در ۲ گروه بیمار شاهد نشان داده شده است با توجه به این جدول فوق و با تأکید بر میزان مقادیر t به دست آمده، می توان مطرح نمود که تفاوت معنی داری بین رفتارهای شیرخواران (در دو گروه مورد و شاهد)، در خرده مقیاس های (استرس در مقابل محدودیت) و (سرعت بازگشت به آرامش) در سطح $P=0.05$ و (تسکین پذیری)، (حساسیت ادراکی) و (رویکرد هیجانی) در سطح $P=0.01$ وجود دارد. بنابراین، با مدنظر قرار دادن میانگین های خرده مقیاس های فوق، مشخص می گردد که میانگین شیرخواران مبتلا به درماتیت اتوپیک یا گروه مورد، در خرده مقیاس های (استرس در مقابل محدودیت)، (تسکین پذیری)، (حساسیت ادراکی) و (رویکرد هیجانی) بالاتر از میانگین شیرخواران گروه شاهد می باشد و تنها در خرده مقیاس (سرعت بازگشت به آرامش)، میانگین شیرخواران گروه شاهد بالاتر از شیرخواران مبتلا به AD یا گروه مورد است.

جدول ۴- بررسی مقایسه رفتارهای شیرخواران (گروه مبتلا به درماتیت آتوپیک و گروه شاهد)

ردیف	خودمقیاس	سطوح	میانگین	انحراف معیار	میزان t	سطح معنی داری
۱	لیخن و خنده	مورد	۴/۹۷	۱/۱۹	۱/۴۱	-
		شاهد	۴/۵۶	۱/۳۵		
۲	لذت و هیجان بالا	مورد	۴/۹۷	۱/۱۹	۱/۴۱	-
		شاهد	۴/۵۶	۱/۳۵		
۳	لذت و هیجان پایین	مورد	۵/۵۶	۱/۰۶	۱/۸۰	-
		شاهد	۵/۰۹	۱/۳۱		
۴	استرس در مقابل محدودیت	مورد	۴/۲۳	۱/۳۵	۲	۰/۰۵
		شاهد	۳/۶۷	۰/۹۷		
۵	توس	مورد	۳/۷۱	۱/۷۱	۰/۲۳	-
		شاهد	۳/۶۲	۱/۵۱		
۶	توجه و تمرکز	مورد	۴/۹۲	۱/۰۴	۰/۸۳	-
		شاهد	۴/۷۲	۱/۱۴		
۷	تسکین پذیری	مورد	۶/۱۱	۱/۰۲	۴/۶۹	۰/۰۱
		شاهد	۴/۸۹	۱/۲۸		
۸	سرعت بازگشت به آرامش	مورد	۳/۹۰	۱/۳۹	-۲/۰۳	۰/۰۵
		شاهد	۴/۵۳	۱/۳۵		
۹	حساسیت ادراکی	مورد	۶/۵۴	۰/۷۵	-۸/۵۴	۰/۰۱
		شاهد	۴/۶۶	۱/۳۱		
۱۰	غمگینی	مورد	۳/۳۴	۱/۶۸	-۰/۸۱	-
		شاهد	۳/۶۵	۱/۵۱		
۱۱	رویکرد هیجانی	مورد	۶/۶۱	۰/۵۵	۵/۷۹	۰/۰۱

غیرمبتلا به AD مورد بررسی قرار گرفت. به این ترتیب که مبتلایان به AD و افراد غیرمبتلا در معرض استرسور آزمایشگاهی استاندارد شامل یک سخنرانی آزاد و یک آزمون محاسبات ذهنی در مقابل یک شنونده قرار گرفتند.

قبل و بعد از استرسور، غلظت های خونی ACTH، کورتیزول و کاتکول آمین در دو گروه اندازه گیری شد. نتیجه نشان داد که در مبتلایان به AD پاسخ های کورتیزول و غلظت ها خونی نسبت به استرسور به طور قابل ملاحظه ای ضعیف تر از گروه غیرمبتلا بود در حالی که سطح کاتکول آمین به طور قابل توجهی در آنها بالا بود. نتیجه آن که مبتلایان به AD پاسخ های ضعیف شده در سطح محور HPA دارند ولی سیستم SAM در ایشان از فعالیت بسیار بالایی برخوردار است.

همچنین در مطالعه ای در سال ۱۹۹۸ نشان داده شد که قطر فیبرهای عصبی به دلیل بیش تر بودن تعداد آکسون ها در هر فیبر عصبی در مبتلایان به AD بسیار بزرگ تر از افراد غیر مبتلا است (۱۴) و این امر به طور نسبی می تواند توجیه کننده بالا بودن حساسیت ادراکی در شیرخواران مبتلا به AD باشد.

در مطالعه حاضر، فاکتورهایی چون "لذت و هیجان بالا یا لذت جویی فوق العاده" و "روی آورد و برخورد هیجانی" در شیرخواران مبتلا به AD بالاتر از شیرخواران غیر مبتلا بوده است. این دو یافته با یافته های مطالعه دیگری که همزمان با این مطالعه در دانشگاه تربیر آلمان انجام شده بود، هم خوانی دارد. در آن مطالعه محور HPA و نیز سیستم (SAM) به عنوان دو تنظیم کننده سیستم ایمنی بدن و همین طور به عنوان سیستم های ضدالتهابی پاسخ دهنده به استرس در ۳۶ فرد مبتلا و ۳۷ فرد

مادر و یا پرستار کودک به کار گرفته شود، طبق این مطالعه شیرخواران مبتلا به AD در این موارد زودتر آرام می گرفتند.

پیشنهادهای

۱- با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می شود پژوهش جامع دیگری در همین زمینه بر روی تعداد بیش تری از کودکان در مناطق شهری و روستایی انجام پذیرد.

۲- با توجه به یافته‌های این پژوهش به ویژه پیرامون هیجان خواهی بالا و حساسیت ادراکی بالا در گروه مبتلا به درمانیت اتوپیک، والدین این کودکان نیازمند برنامه‌های آموزشی و رویکردهای خاص تربیتی برای پیش گیری یا کاهش بروز محرک‌های ناخوش در محیط اطراف کودک، به ویژه در محیط خانواده می باشند. مسلم است که محیط شاد و هیجانات مثبت در تکامل جسمی و روان شناختی کودکان نقش مثبت دارند. پس بهتر است با توجه به نوع عملکرد سیستم سمپاتیک و محور HPA در این کودکان تا حد ممکن از تنش و هیجانات منفی و یا به طور کلی استرسورهای مداوم در محیط اطراف کاسته شود.

۳- شایسته است پزشکان اطفال در برخورد با کودکان مبتلا به درمانیت اتوپیک به شرایط روان شناختی و رویکردهای تربیتی و تعاملی در محیط خانواده توجه بیش تری داشته باشند.

از آن جا که این دو سیستم نقش مهمی در تنظیم پروسه‌های مربوط به سیستم ایمنولوژیک بدن دارند، این تفاوت در فعالیت دو سیستم در افراد مبتلا به AD می تواند زمینه ساز افزایش حساسیت و آسیب پذیری نسبت به واکنش های التهابی آلرژیک باشد (۱۵).

بالا بودن میزان بروز هیجانات و واکنش های سریع و پرهیجان در شیرخواران مبتلا به AD از نتایج مطالعه حاضر بوده است. مسلماً با بالا بودن فعالیت سیستم سمپاتیک و بالا بودن سطح کاتکول آمین در خون این افراد مرتبط می باشد و این امر بر خورد های پرهیجان و گاه برانگیخته شیرخواران مبتلا به AD را تا حدود زیادی توجیه می کند. دکتر میلر بر این باور است که کودکان مبتلا به آسم (شکلی از آنوپی) کترلی بر روی پاسخ خود به هیجانات ندارند و این امر به دلیل تفاوت بودن نحوه سیم کشی سیستم اعصاب اتونوم در این افراد است. دکتر وود نیز معتقد است که کودکان مبتلا به آسم ممکن است در زندگی روزمره خود به طور مداوم در حال تجربه کردن نقش های هیجانی باشند (۱۰).

مدت زمان توجه و تمرکز در شیرخواران مبتلا و غیرمبتلا به AD تفاوت معنی داری نداشت. هم چنین میزان لبخند و خوش رویی، غمگینی در هر دو گروه مساوی بود. در متغیرهای لذت هیجان پایین، ترس، سرعت بازگشت به آرامش از اوج یک استرس خاص نیز تفاوت معنی داری به دست نیامد. احساس ناراحتی در مقابل محدودیت به طور میانگین در گروه مبتلا به AD نمره ۴/۲۳ و گروه کنترل ۳/۶۷ داشت که در این میان P برابر با ۰/۰۵ بود و در حد مرزی است و در مورد تفاوت معنی دار آن، جای بحث وجود دارد. در هر حال احساس ناراحتی در مقابل محدودیت در گروه مبتلایان به AD کمی بالاتر از گروه غیرمبتلا بود.

تسکین پذیری نیز در گروه مبتلا به AD بالاتر از گروه غیرمبتلا بود و این امر تا حدودی مغایر با پیش فرض انجام دهندگان مطالعه بود، تسکین پذیری یعنی کاهش گریه و بی قراری کودک وقتی روش های تسکین دهنده رایج توسط

منابع

1. Dacher E. "Toward a postmodern", the Journal of alternative & Complementary medicine, 1996; 2 (4): 531-537.
2. Miller E. "Hay fever, allergies and the sniffles", www. healthy net/asp/templates/article.asp? id=624; president of the site: James strochecher.
3. Beltrani V, Boguneiwicz M. "Atopic Dermatitis", Dermatology online Journal, 2003; 9(2):1.
4. Tofte J. Honifin J. "Current management and therapy of atopic dermatitis", Journal of American Academy of Dermatology, 2001; 44 (I): 513-515.
5. www/ terra.es / personal 3 / emssyeray / home2. html; 2001.
6. Spraker M. "pediatrics atopic dermatitis, new strategies", CME online symposium, www. Pedeczema. Com, 1999.
7. Beck L, Hopkins J. "All about atopic dermatitis", National eczema association, www. Eczema- assm. Org/ all about- atopic- dermatitis. Html; 2002.
8. Daud LR, Garralda ME, David IJ. "Psychosocial; adjustment in preschool children with atopic eczema," Arch Dis child, 1993;69(6):670-6.
9. Pauli-pott U, Darui A, Beckmann D. "Infants with atopic dermatitis: maternal hopelessness, child-rearing attitudes and perceived infant temperament, "psychotherapy and psychosomatics, 1999; 68(1): 39-45.
10. Peggy peck (freelance writer), "asthmatic children may need more than medicine", web MD Medical News, [http:// my webmd.com/ content/ article/](http://mywebmd.com/content/article/), 2001.
11. Kagan J, snidman N, Julia M. "Temperament and allerergic symptoms", psychosomatic medicine, 1991;53(3):332-340.
12. Picardi A, Abeni D. "stressful life and skin diseases: Disentangling Evidence from Myth", psychotherapy & psychosomatics, 2001;10(3):118-136.
13. Munzel K, schandry R. "Atopic eczema: psychophysiological reactivity with standardized stressors", Hautarzt, 1990; Nov; 41(11): 606-11.
14. Urashima R, Miharam. "Cutaneus nerves in atopic dermatitis, a histological, immunological and electron microscopic study", virchos Arch, 1998;432: 363-70.
15. Buske-kirschbaum A, Geiber A, Holling H at al. "Altered responsiveness of the hypothalamus- pituitary- adrenal axis the sympathetic dermatitis", J clin Endocrinal Metab, 2002 sep; 87(9): 4245-51.