

The Role of Executive Functions in differentiation Children with Intestinal Parasitic Diseases and Attention Deficit / Hyperactivity Disorder in Karaj

Toreyhi S¹, Vahedi Sh^{*2}, Tabataba'i SM³, Hadighi R⁴

1. Department of psychology and Counseling, Faculty of Humanities and Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz , Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

3. Department of Medical Physiology, School of Medicine, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

4. Department of Parasitology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* **Corresponding author.** Tel: +989143404056, Fax: +984133340081, E-mail: Vahedi117@yahoo.com.

Received: Oct 22, 2019

Accepted: Dec 21, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: In recent years, more attention has been paid to the cognitive impairments of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and several studies have been conducted in this field. One of the areas that have been considered in these studies is the defect in executive functions. The aim of this study was to investigate the role of executive functions in differentiation children with intestinal parasitic diseases and ADHD in Karaj city.

Methods: This was a descriptive, cross-sectional study. The statistical population consisted of all children referred to the Radmin Comprehensive Rehabilitation Center of Karaj in 2019. Convenient sampling was performed on 120 children in groups of 40 members, including healthy children, children with ADHD and intestinal parasite infection group. Research tools included diagnostic interview, Conners grading scale, continuous performance test, n-back test and parasitic test. Data were analyzed by SPSS software version 23 using logistic regression and diagnostic analysis.

Results: Findings showed that logistic coefficients of active memory in children with intestinal parasite and active memory and attention retention in children with ADHD were significant. Also, healthy children and children with ADHD (85%) and children with intestinal parasitic disease (52.5%) had the highest accuracy in predicting respectively. based on the proposed model they were correctly classified.

Conclusion: Just as hyperactivity has a pattern of dysfunction performance in executive functions such as working memory and attentional retention, intestinal parasite-related diseases can also have such symptoms. In fact, the symptoms of a child with intestinal parasite are very similar to the symptoms of a person with ADHD, which can lead to errors in assessment and diagnosis.

Keywords: Executive Functions; Intestinal Parasite; Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

بررسی نقش کارکردهای اجرایی در تمایز گذاری کودکان مبتلا به بیماری های انگلی روده ای و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی در شهرستان کرج

سمیه طریقی^۱، شهرام واحدی^{۲*}، سید محمود طباطبائی^۳، رامتین حدیقی^۴

۱. گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۳. گروه فیزیولوژی پزشکی، دانشکده پزشکی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۴. گروه انگل شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۴۰۴۰۵۶ فاکس: ۰۴۱۳۳۳۴۰۰۸۱ پست الکترونیک: Vahedi117@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در سال های اخیر به نقص های شناختی کودکان مبتلا به نقص توجه / بیش فعالی توجه بیشتری شده و پژوهش های متعددی در این زمینه صورت گرفته است. از جمله حوزه هایی که در این مطالعات به آن توجه شده است، نقص در کارکردهای اجرایی است. پژوهش فوق با هدف بررسی نقش کارکردهای اجرایی در تمایز گذاری کودکان مبتلا به بیماری های انگلی روده ای و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی در شهرستان کرج صورت گرفت.

روش کار: روش مطالعه به صورت مقطعی از نوع توصیفی بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی رادمین شهرستان کرج، در مقطع زمانی زمستان ۹۷ و بهار ۹۸ بود. نمونه گیری از بین کودکان مقطع ابتدایی، شامل ۱۲۰ کودک در گروه های ۴۰ نفری از کودکان سالم، مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی و انگلی روده ای بصورت هدفمند صورت گرفت. ابزارهای پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی، مقیاس درجه بندی کانرز، آزمون عملکرد پیوسته، آزمون n-back و تست های انگلی بود. داده ها با نرم افزار SPSS-23 به روش رگرسیون لجستیک و تحلیل تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که ضرایب لجستیک حافظه فعال در کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده ای و حافظه فعال و نگهداری توجه در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی معنی دار به دست آمده است. همچنین کودکان سالم و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی با ۸۵ درصد، بیشترین صحت را در پیش بینی داشته اند و کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده ای با ۵۲/۵ درصد، دومین رتبه صحت در پیش بینی را دارند و بر اساس مدل پیشنهادی به درستی طبقه بندی شده اند.

نتیجه گیری: همانطور که بیش فعالی دارای الگوی از افت عملکرد در کارکردهای اجرایی چون حافظه فعال و نگهداری توجه است، بیماری های مرتبط با انگل های روده ای نیز می تواند دارای چنین علائمی باشند. در واقع علائمی که یک کودک مبتلا به انگل روده ای از خود نشان می دهد، شباهت زیادی با علائم کودک مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی دارد که در صورت عدم بررسی دقیق تر می تواند منجر به اشتباه در ارزیابی و تشخیص گردد.

کلید واژه ها: کارکردهای اجرایی، انگل روده ای، اختلال نقص توجه / بیش فعالی

دریافت: ۱۳۹۸/۷/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۳۰

مقدمه

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی (ADHD)^۱، به عنوان یک الگوی پایدار از بی توجهی یا بیش فعالی و تکانشگری تعریف شده است که به طور مکرر نمایش داده شده و شدت این رفتارها به مراتب نسبت به گروه همسالان آنها بیشتر است [۱]. اهمیت آن به دلیل شیوع بالای آن است. ۵۰ درصد کودکان مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی دچار این اختلال هستند و آمار نشان می‌دهد که ۳ تا ۵ درصد کودکان در سن مدرسه مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی می‌باشند [۲]. یکی از ویژگی‌های اصلی این کودکان داشتن فراخنای توجه کوتاه بوده و بی‌توجهی در این افراد در رفتارهایی چون نیمه‌کاره گذاشتن کارها، نداشتن پشتکار، مشکل حفظ تمرکز و نا به سامان بودن آشکار می‌سازد که البته ناشی از نافرمانی یا عدم درک مطلب نیست. رفتار دیگر این کودکان بیش فعالی است که به افزایش فعالیت‌های حرکتی [دویدن، جست‌وخیز کردن] در مواقع نامناسب یا وول خوردن زیاد، بازی با انگشتان یا پرحرفی اطلاق می‌شود. بیش فعالی در بزرگسالان می‌تواند به شکل بی‌قراری شدید یا خسته کردن دیگران با فعالیت‌هایشان بروز نماید [۱].

معمولاً اولین بار اختلال در طی سال‌های اول مدرسه تشخیص داده می‌شود، یعنی زمانی که سازگاری مدرسه‌ای دچار مشکل می‌شود. ویژگی‌های متمایزکننده اختلال نقص توجه/ بیش فعالی عبارتند از کوتاه بودن فراخنای توجه و سطوح بالای حواس‌پرتی که با سن تقویمی و مرحله رشدی کودک مطابقت ندارند. در مدرسه، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی معمولاً در پیروی از دستورات و رهنمودها مشکل دارند و به توجه ویژه (فردی شده) از سوی معلمان نیاز دارند. در خانه، کودکان مبتلا

به‌طور فراوان از دستورات و رهنمودهای والدین سرپیچی می‌کنند و برای به پایان رساندن تکالیف نسبتاً ساده به چندین بار تذکر نیاز است. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی معمولاً به‌صورت تکانشی عمل می‌کنند، از لحاظ هیجانی بی‌ثبات هستند، انفجارهای خشم دارند و زود از کوره در می‌روند، تمرکز حواس ندارند و تحریک پذیر هستند [۳].

از اختلالات شایع دیگر در کودکان، بیماری‌های انگلی است. آلودگی به انگل‌های روده ای یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی و اقتصادی به شمار می‌رود. تقریباً در همه نقاط جهان بیماری‌های انگلی وجود دارند و بیش از یک چهارم جمعیت جهان حداقل به یکی از انگل‌ها آلوده هستند [۴]. در جهان بیش از ۳/۵ میلیارد نفر به آلودگی‌های انگلی روده‌ای مبتلا هستند که از این تعداد ۴۵۰ میلیون نفر به اشکال بالینی علامت‌دار مبتلا می‌شوند. همچنین بیماری‌های عفونی انگلی میزان مورتالیتی بالایی را به خود اختصاص می‌دهند، به طوری‌که از حدود ۵۱ میلیون مرگ و میر در جهان ۱۶ میلیون مربوط به بیماری‌های عفونی و انگلی است که بیشتر در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد [۵]. بررسی‌های متعدد انجام‌شده در نقاط مختلف کشور ایران نیز حاکی از انتشار عفونت‌های کرمی روده‌ای در نقاط مختلف شهری و روستایی است که البته در سال‌های اخیر میزان شیوع آن‌ها به موازات ارتقای سطح بهداشت عمومی کشور به‌صورت قابل‌توجهی کاهش‌یافته است [۶].

تک‌یاخته‌ها و کرم‌ها از عوامل اصلی ابتلا به این عفونت‌ها هستند. کودکان به سبب پایین بودن سطح ایمنی و تماس بیشتر با خاک و مواد آلوده‌کننده و نیز عدم رعایت موازین اولیه بهداشتی، بیشتر از بزرگسالان در معرض ابتلا به این انگل‌ها قرار دارند، زیرا اکثر این انگل‌ها از طریق دهان وارد دستگاه

¹ Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

گوارش می شود و در آنجا مستقر می گردد [۷]. این عفونت‌ها می توانند باعث بروز مشکلات جدی همانند کم‌خونی فقر آهن، کاهش رشد در کودکان و بروز مشکلات جسمی و ذهنی و کاهش کارآیی افراد آلوده گردد [۸]. تحقیقات نشان داده اند که کودکان مبتلا به بیماری‌های انگلی نیز دچار مشکلات شناختی و همچنین بی‌قراری حرکتی و عدم تمرکز می‌گردند [۹]. اصطلاح کارکردهای اجرایی^۱ به سازه‌ای کلی اشاره دارد که دربردارنده کارکردهای متعددی مثل تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، بازداری و سازماندهی است که به مهارت‌های شناختی عالی مغز نظیر توجه، حافظه فعال یا کاری، زبان، ادراک و تفکر خالق نیاز دارد. این کارکردها در انجام تکالیف یادگیری، کنش‌های هوشی و مسائل تحصیلی به افراد کمک می‌کند [۱۰].

حافظه مفهومی است که برای ذخیره‌کردن و کدگذاری اطلاعات، فکر کردن، استدلال کردن، تحلیل کردن، سازماندهی کردن، ارزیابی کردن، بازیابی کردن و سایر فعالیت‌های شناختی و فراشناختی ضروری است. حافظه فعال یک سیستم جامع است که عملکردها و زیرسیستم‌های حافظه درازمدت و کوتاه‌مدت را متحد می‌کند. حافظه فعال، ذخیره‌سازی موقتی اطلاعات را انجام می‌دهد و در عین حال همزمان به پردازش و دستکاری فعال اطلاعات و تکالیف پیچیده شناختی، مانند خواندن، درک مطلب، فهمیدن، استدلال کردن و یادگیری می‌پردازد [۱۱]. کارکردهای حافظه فعال عبارتند از نگهداری اطلاعات در ذهن و کارکردن روی آن‌ها؛ نقش اساسی در پیش‌بینی، تفکر و تقلید رفتار جدید؛ رابطه با درک زمان و شکیبایی؛ انجام عملیات ذهنی به شکل درونی که نارسایی در آن موجب می‌شود فرد به پس‌خوراند بیرونی وابسته شود و از سوی دیگر به علت مشکل در

بازیابی ذهنی در مرور کارها مشکل پیدا می‌کند. فردی که در حافظه فعال مشکل دارد دچار نوعی نزدیک‌بینی زمانی می‌شود [۱۲]. توجه نیز به یک سری عملیات پیچیده ذهنی اطلاق می‌شود که شامل تمرکز کردن یا درگیر شدن نسبت به هدف، نگه داشتن یا تحمل کردن و گوش به زنگ بودن در زمان طولانی، رمزگردانی ویژگی‌های محرک و تغییر تمرکز از هدفی به هدف دیگر است [۱۳]. مبانی نظری، اجزای توجه را شامل تنظیم برانگیختگی و مراقبت، توجه انتخابی، توجه پایدار، فراخنای توجه یا توجه تقسیم شده، بازداری و کنترل رفتار می‌دانند. نقص در نگهداری توجه، فرصت پردازش، ذخیره‌کردن و فراخوانی اطلاعات را می‌گیرد. نگهداری توجه یا مراقبت، یکی از کارکردهای اصلی توجه است که بر جنبه‌های بالاتر توجه (توجه انتخابی و تقسیم‌شده)، ظرفیت‌های شناختی، توانایی تشخیص و انتخاب محرک‌های مناسب و حتی آگاهی نسبت به خود تأکید دارد [۴].

اختلالات مختلفی می‌توانند به این عملکردها آسیب برسانند؛ به عنوان مثال مطالعات مختلف مشخص می‌کند کودکان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، عملکرد شناختی آسیب دیده و توانایی محدودی را در توجه پایدار نشان می‌دهند [۱۴]. نتایج تحقیقات بیانگر این است که عملکرد شناختی کودکان مبتلا به بیماری انگلی نسبت به کودکان سالم، دچار نقص است [۱۵، ۱۶]. نقص در عملکردهای شناختی، موفقیت تحصیلی را کاهش و احتمال رفتارهای خطرآفرین را افزایش می‌دهد [۱۷].

یکی از مسائل شایع در زمینه درمان کودکان با مشکلات در کارکردهای اجرایی، دریافت تشخیص اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی بدون ارزیابی‌های قطعی و صرفاً بر اساس مشاهدات رفتاری و مصاحبه بالینی روانپزشک یا روانشناس و درمان دارویی آنها می‌باشد. با توجه به موارد ذکر شده، به نظر می‌رسد

¹ Executive Functions

وجود بیماری‌های انگلی در کودکان می‌تواند به عنوان یکی از علل احتمالی تغییرات کارکردهای اجرایی مانند عملکرد پیوسته و حافظه کاری و توجه مطرح گردد و این عامل می‌تواند به عنوان یک تشخیص افتراقی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی مورد بررسی قرار گیرد. از این رو این مطالعه با هدف بررسی نقش کارکردهای اجرایی در تمایز گذاری کودکان مبتلا به بیماری‌های انگلی روده‌ای و کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی در شهرستان کرج انجام شد.

روش کار

این طرح با کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC.1397.008 به تصویب رسیده است.

روش مطالعه به صورت مقطعی از نوع توصیفی بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان مراجعه کننده به مرکز جامع توانبخشی رادمین در مقطع زمانی زمستان ۹۷ و بهار ۹۸ در شهرستان کرج بود. نمونه گیری از بین کودکان مقطع ابتدایی شهرستان کرج در گروه‌های سالم و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و بصورت غیراحتمالی هدفمند صورت گرفت. در این مطالعه پس از گرفتن رضایت از والدین این کودکان، ابتدا پرسشنامه استاندارد شامل خصوصیات دموگرافیک افراد طراحی شده و همراه با پرسشنامه کانرز در اختیار والدین قرار گرفت. همه کودکان در ابتدا توسط روانپزشک مورد ارزیابی بالینی و همچنین آزمایش‌های انگل شناسی قرار گرفتند و ۳ گروه ۴۰ نفره شامل کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی که توسط روانپزشک، روانشناس و پرسشنامه کانرز تشخیص داده شدند، کودکان سالم که طبق نظر روانپزشک مبتلا به اختلال خاصی نبوده و تست انگل شناسی آن‌ها منفی گزارش شده بود و کودکان مبتلا به بیماری انگلی که فاقد

اختلال نقص توجه/ بیش فعالی بودند، مشخص شدند. سپس آزمون‌های مرتبط با کارکردهای اجرایی اخذ گردید تا از لحاظ کارکردهای اجرایی مقایسه شوند. در کل حجم نمونه کلی این پژوهش شامل ۳۸۷ کودک ۷ تا ۱۱ ساله کودکان مقطع ابتدایی بود که از این مجموع، ۱۲۰ کودک به دلیل عدم همکاری و تکمیل نکردن همه مراحل پژوهش از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۲۶۷ کودک باقی ماندند که از میان آنها هم نمونه مورد نظر شامل ۱۲۰ کودک در گروه‌های ۴۰ نفری از کودکان سالم، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن سن ۷ تا ۱۱ ساله و تحصیل در مقطع دبستان بود. با توجه به در نظر گرفتن معیار تحصیل در مقطع دبستان و آزمون ورودی کودکان برای تحصیل در مدارس عادی، به نظر می‌رسد، نسبت هوشی شرکت کنندگان تقریباً همگن باشد؛ بنابراین سن و هوش نیز به عنوان متغیر کنترل در نظر گرفته شدند.

مصاحبه تشخیصی شامل ویزیت بیمار به همراه سرپرست توسط روانشناس بود. بررسی روانشناس، شامل گرفتن شرح حال و تاریخچه، بررسی علایم تشخیصی حال و گذشته و تکمیل پرسشنامه کانرز بود. گرفتن شرح حال، قالب خاصی را در جمع آوری اطلاعات دنبال و یک گزارش اولیه را فراهم کرد. این گزارش شامل بررسی موقعیت کنونی، اطلاعات زمینه‌ای شامل چگونگی رشد و تحول کودک و نحوه عملکرد وی در مدرسه شامل (تاریخچه پزشکی، جزئیاتی درباره داروهای مصرفی، خواب، ورزش و رژیم غذایی) و خانواده (شامل بررسی شغل والدین، همسرها و بررسی وجود علایم روانپزشکی در کل خانواده) بود.

مقیاس درجه‌بندی کانرز- فرم گزارش والدین^۱: ساخت مقیاس چندگانه کانرز در سال ۱۹۶۰ توسط کیت کانرز^۲ آغاز شد [۱۸]. مقیاس درجه‌بندی کانرز برای اولین بار جهت ارزیابی تأثیر داروهای محرک روی کودکان بیش فعال و جهت تمیز کودکان بیش فعال از کودکان عادی ساخته شد. پرسشنامه کانرز والدین در سال ۱۹۹۹ از سوی کانرز و همکاران استاندارد شده است. فرم والدین مقیاس کانرز دارای ۴۸ سوال است که والدین کودک آن را تکمیل می‌کنند [۱۹]. همبستگی درونی این آزمون را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند [۲۰]. در سودان پایایی بازآزمایی را معادل ۰/۸۳ به دست آورده‌اند [۲۱]. در ایران، برای نمره کل، ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ گزارش شده است [۲۲].

آزمون‌های مربوط به کارکردهای اجرایی شامل موارد زیر بود، شامل آزمون عملکرد پیوسته و n-back است.

- آزمون عملکرد پیوسته (CPT): آزمون عملکرد پیوسته در ارزیابی اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کاربرد فراوان دارد. این آزمون در سال ۱۹۵۶ توسط رازولد^۴ تهیه شد [۲۳]. هدف اصلی آن سنجش توجه پایدار و هدف دیگرش سنجش کنترل تکانه یا تکانشگری است. تاکنون فرم‌های مختلفی از آزمون عملکرد پیوسته برای اهداف درمانی و پژوهشی تهیه شده است و در تمامی فرم‌ها، آزمودنی باید برای مدتی توجه خود را به یک مجموعه محرک نسبتاً ساده دیداری یا شنیداری جلب کند و هنگام ظهور محرک هدف با فشار یک کلید پاسخ خود را ارائه دهد. در فرم فارسی آزمون، ۱۵۰ عدد یا تصویر فارسی به عنوان محرک وجود دارد و از این تعداد ۳۰

محرک (۲۰٪) به عنوان محرک هدف و ۸۰ درصد باقی مانده به عنوان محرک غیرهدف در نظر گرفته می‌شوند. مدت زمان ارائه هر محرک ۲۰۰ هزارم ثانیه و فاصله بین ۲ محرک یک ثانیه می‌باشد. مدت‌زمان اجرای آزمایش با احتساب مرحله تمرینی که به منظور درک بیشتر آزمودنی قبل از اجرای مرحله اصلی صورت می‌گیرد، ۲۰۰ ثانیه است. ضرایب اعتبار بخش‌های مختلف آزمون که با فاصله ۲۰ روز روی ۴۳ دانش آموز پسر دبستانی انجام شد، در دامنه ای بین ۰/۵۹ تا ۰/۹۳ قرار داشت. ضرایب محاسبه شده در سطح ۰/۰۰۱ همبستگی معناداری دارند. روایی آزمون با شیوه روایی سازی ملاکی از طریق مقایسه گروه بهنجار و گروه نقص توجه/ بیش‌فعالی انجام گرفت که تفاوت معناداری را بین عملکرد دو گروه نشان داد [۲۴].

- آزمون n-back: این آزمون یک تکلیف سنجش عملکرد شناختی مرتبط با کنش‌های اجرایی است و نخستین بار در سال ۱۹۵۸ توسط کرچنر^۵ معرفی شد. از آن جا که این تکلیف هم نگهداری اطلاعات شناختی و هم دست‌کاری آنها را شامل می‌شود، برای سنجش عملکرد حافظه کاری بسیار مناسب شناخته شده است. روند کلی آن بر این قرار است که دنباله ای از محرک‌ها (عموماً دیداری) به‌صورت گام به گام به آزمودنی ارائه می‌شود و آزمودنی باید بررسی کند که آیا محرک ارائه شده فعلی با محرک n گام قبل از آن همخوانی دارد یا خیر. برای مثال در تکلیف 1-back (n=1)، محرک ارائه شده با یک محرک قبل مقایسه می‌شود. ضرایب اعتبار در دامنه‌ای بین ۰/۵۴ تا ۰/۸۴، اعتبار بالای این آزمون را نشان می‌دهد. روایی این آزمون نیز به عنوان شاخص سنجش عملکرد حافظه کاری بسیار قابل قبول است [۲۵].

همچنین از همه کودکان، آزمایش مدفوع به روش‌های میکروسکوپی مستقیم با سرم فیزیولوژی و

^۱ Conners Parents Rating of Childhood Behavior Problems-CPRS-R

^۲ Conners

^۳ Continuous Performance Test

^۴ Rozvold

^۵ Kirchner

لوگل و همچنین روش تغلیظ (فرمالین- اتر) به منظور تشخیص کیست، تروفوزوئیت تک یا ختگان و همچنین تشخیص تخم، بند و یا لارو کرم‌های روده‌ای انجام گرفت. روش معمول تشخیص آزمایشگاهی انگل‌های روده‌ای، آزمایش میکروسکوپی مدفوع است که به روش مستقیم تهیه لام مرطوب از مدفوع تازه و یا به روش‌های تغلیظ رسوب گذاری و یا شناورسازی انجام می‌شود. از آنجایی که دفع تخم یا لارو کرم‌ها و همچنین کیست تک یاخته‌ها ممکن است بطور متناوب باشد، آزمایش مدفوع حداقل ۳ بار در سه روز متناوب تکرار شد. انجام این تست در آزمایشگاه، توسط متخصصین این حوزه انجام گرفت. همچنین با همکاری والدین، نمونه لازم جهت تست اسکاچ به منظور تعیین آلودگی به اکسیور اخذ و نمونه در آزمایشگاه بررسی گردید.

نهایتاً با در نظر گرفتن متغیرهای حافظه فعال و نگهداری توجه به عنوان متغیر وابسته، در سه گروه کودکان سالم، کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به عنوان متغیر مستقل،

داده‌ها با نرم افزار SPSS-23 به روش رگرسیون لجستیک و تحلیل تشخیصی مورد بررسی قرار گرفت. در رگرسیون خطی، متغیر وابسته یک متغیر کمی در سطح فاصله‌ای یا نسبی است و پیش‌بینی‌کننده‌ها از نوع متغیرهای پیوسته، گسسته یا ترکیبی از این دو هستند؛ اما هنگامی که متغیر وابسته کمی نباشد، یعنی به صورت دو یا چندمقوله‌ای باشد، از رگرسیون لجستیک استفاده می‌کنیم که امکان پیش‌بینی عضویت گروهی را فراهم می‌کند. این روش موازی روش تحلیل تشخیصی است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین سنی ۱۲۰ نفر کودک ۷ تا ۱۱ ساله در هر سه گروه بین ۸ تا ۹ سال قرار دارد و جنسیت نیز تقریباً به صورت برابر در هر سه گروه تقسیم شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

گروه	میانگین سنی	فراوانی	درصد فراوانی	جنسیت
کودکان سالم	۷ سال	۱۲ نفر	۱۰	دختر
	۸ سال	۴ نفر	۳/۳	
	۹ سال	۸ نفر	۶/۷	پسر
	۱۰ سال	۸ نفر	۶/۷	
	۱۱ سال	۸ نفر	۶/۷	
کودکان مبتلا به انگل روده‌ای	۷ سال	۹ نفر	۷/۵	دختر
	۸ سال	۱۰ نفر	۸/۳	
	۹ سال	۱۳ نفر	۱۰/۸	پسر
	۱۰ سال	۳ نفر	۲/۵	
	۱۱ سال	۵ نفر	۴/۲	
کودکان ADHD	۷ سال	۶ نفر	۵	دختر
	۸ سال	۱۰ نفر	۸/۳	
	۹ سال	۱۳ نفر	۱۰/۸	پسر
	۱۰ سال	۳ نفر	۲/۵	
	۱۱ سال	۸ نفر	۶/۷	
جمع	۸/۸ سال	۷ تا ۱۱ سال	۱۲۰ نفر	۱۰۰
				۱۲۰ نفر

انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی بعد از سنجش با آزمون‌های n-Back و CPT، در سه گروه کودکان سالم، مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در جدول ۳ ارائه شده است.

در جدول ۲ فراوانی انگل‌های روده‌ای نشان داده شده است. همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، انگل انتروبیوس ورمیکولاریس، کیست ژیا ردیا لامبلیا سیس و هیمنولپس نانا به ترتیب شایع‌ترین انگل‌ها در کودکان مبتلا به بیماری انگل روده‌ای بود. میانگین و

جدول ۲. فراوانی انگل‌های روده‌ای

انگل‌ها	فراوانی	انگل‌ها	فراوانی
Giardia lamblia cyst	۸	Ascaris egg	۳
Enterobius vermicularis	۹	Hymenolepis nana egg	۶
Giardia lamblia trophozoite	۲	Blastocystis	۳
Entamoeba cyst	۳	Entamoeba troph	۱
Giardia trophozoite-Blastocystis	۱	Enterobius vermicularis-Blastocystis	۲
Taenia	۲		

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد

گروه	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
سالم	حافظه فعال	نتیجه	۱۰۳/۷۲	۸۸	۱۱۷
	زمان سپری شده	۶۰۰/۵۲	۲۰/۹۱	۵۶۰	۶۷۰
	خطاها	۱/۶۲	۱/۶۸	۰	۵
	حذف‌ها	۱/۲۲	۱/۱۴	۰	۴
	نگهداری توجه	نتیجه	۱۴۷/۱۵	۱۴۲	۱۵۰
	زمان سپری شده	۵۸۳/۶۷	۴۰/۵۴	۴۸۱	۶۳۴
اختلال انگل روده‌ای	حافظه فعال	نتیجه	۸۹/۴۲	۳۲	۱۱۹
	زمان سپری شده	۶۳۹/۸۷	۱۷۴/۶۲	۴۱۲	۱۰۱۲
	خطاها	۴/۱۵	۳/۸۴	۰	۱۹
	حذف‌ها	۴/۵	۳/۹۲	۰	۱۹
	نگهداری توجه	نتیجه	۱۴۱/۱	۱۲۱	۱۵۰
	زمان سپری شده	۵۹۲/۳۷	۱۰۶/۳۴	۴۳۲	۸۰۹
اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی	حافظه فعال	نتیجه	۷۲/۰۲	۳۲	۱۰۸
	زمان سپری شده	۶۴۷/۳۵	۱۰۱/۲۷	۴۳۹	۱۰۱۶
	خطاها	۱۸/۵۷	۲۳/۸۱	۳	۱۲۱
	حذف‌ها	۸/۳۲	۴/۱۳	۲	۱۹
	نگهداری توجه	نتیجه	۱۲۸/۹	۱۰۸	۱۳۹
	زمان سپری شده	۵۹۸/۳۲	۶۸/۳۶	۴۷۸	۸۰۹

است. همچنین در نگهداری توجه، خطاها، حذف‌ها و زمان سپری شده در کودکان سالم نسبت به کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی کمتر و نتیجه عملکرد بهتر از دو گروه

با توجه به نتایج جدول ۳، در حافظه فعال، نتیجه عملکرد کودکان سالم بهتر و میانگین زمان سپری شده در اجرای آزمون نیز کمتر از کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی

دیگر است. در این قسمت به منظور بررسی سئوالات پژوهش و بررسی نقش کارکردهای اجرایی در تمایز گذاری کودکان مبتلا به بیماری های انگلی روده ای و اختلال نقص توجه / بیش فعالی از آزمون رگرسیون لجستیک و تحلیل تشخیصی استفاده شد. برای بررسی این سوال که «کارکردهای اجرایی تا چه

حد قادرند عضویت گروهی کودکان مبتلا به انگل های روده ای و کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی را پیش بینی کنند؟» از آزمون آماری رگرسیون لجستیک چندوجهی استفاده گردید که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج اطلاعات برازش مدل بهینه لجستیک چندگانه

مدل	معیار برازش مدل Log Likelihood -2	آزمون های نسبت بخت		
		کای دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
مدل صفر	۲۶۳/۶۶۷			
مدل نهایی	۱۰۷/۰۹۶	۱۵۶/۵۷۱	۶	۰/۰۰۰

در جدول ۴، نتایج آزمون نسبت درست نمایی مدل نهایی برازش یافته در مقابل مدل صفر، ارائه شده است. مقدار کای اسکوتر برای تابع لجستیک برابر ۱۵۶/۵۷۱ است که با درجه آزادی ۶ در سطح ۰/۰۱ معنی دار بوده و نشان می دهد که عملکرد تابع با متغیرهای پیش بین بهتر از عملکرد تابع با مقدار ثابت به تنهایی است؛ بنابراین با توجه به مقدار احتمال به دست آمده در سطح معنی داری (۰/۰۰۰)، فرض صفر رد می شود و می توان گفت عملکرد مدل نهایی بهتر از مدل صفر است. همچنین مقدار بیشینه درست نمایی $-2 \text{ Log Likelihood} = 107.096$ بود که مبنایی محکم برای مقایسه با مدل های رقیب است.

ضرایب تقریبی R^2 کاکس و اسنل، ناگلکرز و مکفادنز برای مدل نهایی برازش یافته در جدول ۵ محاسبه شده اند. ضریب تعیین (R^2) نشان می دهد که چند درصد تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیر مستقل تبیین می شود. نتایج نشان می دهند که قدرت مدل در تبیین واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل بالا است. مقدار ضرایب تعیین ۰/۷۲۹، ۰/۸۲ و ۰/۵۹۴ نشان می دهد که در مدل رگرسیونی مقدار مشاهده شده به خط برازش شده نزدیک تر هستند.

جدول ۵. مقادیر R^2 مدل بهینه لجستیک چندگانه

۰/۷۲۹	Cox and Snell
۰/۸۲	Nagelkerke
۰/۵۹۴	McFadden

جدول ۶. رده بندی نتایج عملی مدل بهینه برازش یافته

مشاهده شده	پیش بینی شده		
	کودکان سالم	کودکان مبتلا به انگل روده ای	کودکان ADHD
کودکان سالم	۳۵	۵	۰
کودکان مبتلا به انگل روده ای	۹	۲۴	۷
کودکان ADHD	۰	۷	۳۳
درصد کل	۳۶/۷٪	۳۰٪	۳۳/۳٪
درصد تشخیص			
			۸۷/۵٪
			۶۰٪
			۸۲/۵٪
			۷۶/۷٪

جدول ۶ رده بندی نتایج عملی مدل رگرسیون لجستیک چندگانه نهایی برازش یافته را نشان می دهد.

در این جدول، توزیع فراوانی مشاهده شده و فراوانی پیش بینی شده به همراه درصد تشخیص ارائه شده

خواهد بود. همچنین در گروه ۴۰ نفری کودکان ADHD، ۳۳ نفر درست تشخیص داده شده و ۷ نفر جزو کودکان مبتلا به انگل روده‌ای تشخیص داده شده است و درصد صحت تشخیص، ۸۲/۵ درصد است. بر اساس این جدول به صورت کلی، این مدل، ۷۶/۷ درصد از واریانس تغییرات متغیرها را به درستی پیش‌بینی کرده است. به عبارت دیگر اگر فردی عضو یکی از این سه گروه باشد، به احتمال ۷۶/۷ درصد این متغیرها موقعیت او را درست پیش‌بینی می‌کنند.

است. همان طور که جدول نشان می‌دهد، مدل از ۴۰ نفر که در گروه کودکان سالم بودند، ۳۵ نفر را به درستی تشخیص داده (آنها را سالم تشخیص داده) و ۵ نفر را جزو کودکان مبتلا به انگل روده‌ای تشخیص داده است، بنابراین در این گروه درصد صحت تشخیص ۸۷/۵ درصد خواهد بود. در نمونه ۴۰ نفری گروه کودکان مبتلا به انگل روده‌ای هم ۲۴ نفر را به درستی و ۱۶ نفر را نادرست تشخیص داده است، بنابراین درصد صحت تشخیص ۶۰ درصد

جدول ۷. برآورد پارامترهای مدل

گروه	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)
کودکان مبتلا به انگل روده‌ای	Intercept	۳۰/۱۸۶	۰/۰۰۵	۱	۰/۹۴۳	
	حافظه فعال	۰/۱۸۹	۹/۵۸۲	۱	۰/۰۰۲	۱/۲۰۸
	نگهداری توجه	-۰/۲۷۵	۱/۶۵۰	۱	۰/۱۹۹	۰/۷۶
کودکان ADHD	Intercept	۳۱/۶۸۰	۰/۷۴۴	۱	۰/۳۸۸	
	حافظه فعال	۰/۲۱۴	۱۱/۱۷۶	۱	۰/۰۰۱	۱/۲۳۹
	نگهداری توجه	-۰/۴۹۹	۴/۹۷۰	۱	۰/۰۲۶	۰/۶۰۷

جدول برآورد پارامترهای مدل، تاثیر هر متغیر مستقل در مدل را نشان می‌دهد. مجذور نسبت ضریب هر متغیر (B) به خطای استاندارد^۱ آن برابر آماره والد^۲ است. اگر سطح معنی‌داری آماره والد کوچکتر از ۰/۰۵ باشد، پارامتر از صفر فاصله دارد یا به عبارتی پارامتر بر نتایج تاثیر گذار است. بر طبق جدول ۵، ضرایب لجستیک حافظه فعال در کودکان مبتلا به انگل روده‌ای و حافظه فعال و نگهداری توجه در کودکان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی معنی‌دار به دست آمده است. نتایج رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که نگهداری توجه، سهم قابل توجهی در پیش‌بینی کودکان مبتلا به انگل روده‌ای ندارد.

با توجه به مقادیر Exp(B) و علامت مقدار B هر کدام از متغیرهای فوق و به شرط ثابت ماندن سایر متغیرهای پیش‌بین می‌توان گفت با توجه به اینکه هر گاه نسبت بخت‌ها کوچکتر از عدد ۱ باشد،

متغیرهای مستقل و وابسته، منفی و در جهت مخالف هم هستند؛ یعنی با افزایش مقدار متغیر مستقل، مقدار متغیر وابسته کاهش می‌یابد (در این حالت مقدار B نیز منفی است)، بنابراین با یک واحد افزایش در نگهداری توجه، شانس عضویت کودک در گروه کودکان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی تا ۰/۶۰۷ برابر کاهش می‌یابد. همچنین از آنجائی که نسبت بخت‌ها در متغیر حافظه فعال، در حدود عدد ۱ می‌باشد، بنابراین متغیر مستقل تأثیر معنی‌داری بر متغیر وابسته ندارد.

برای بررسی این سوال که «آیا اختلافی میان سه گروه (کودکان مبتلا به بیماری‌های انگلی روده‌ای، کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی و کودکان سالم) در جامعه بر اساس ترکیب‌های خطی دو متغیر پیش‌بینی کننده وجود دارد؟» از آزمون آماری تحلیل تشخیصی استفاده گردید که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است. وارد کردن کمیت‌های مستقل به صورت همزمان صورت گرفته است تا تأثیر کلیه

^۱ Std.Error^۲ Wald

متغیرهای مهم و غیرمهم بر متغیر وابسته مشخص گردد.

جدول ۸ کارایی تابع تشخیص را با استفاده از آزمون لامبدا ویلکس نشان می‌دهد. این جدول آزمون برابری میانگین دو گروه متغیر وابسته را برای هر یک

از متغیرهای مستقل نمایش می‌دهد. چنان که ملاحظه می‌شود تمام متغیرها معنی‌دار می‌باشند؛ یعنی تفاوت هر دو متغیر به کار رفته، برای سه گروه کودکان سالم، مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی کاملاً آشکار است.

جدول ۸. آزمون کارایی تابع تشخیص (برابری میانگین گروه‌ها)

لامبدا ویلکس	F	Df1	Df2	سطح معنی‌داری
۰/۶۷۹	۲۷/۷۱۱	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰
۰/۳۶۸	۱۰۰/۳۴۸	۲	۱۱۷	۰/۰۰۰

جدول ۹، درصد واریانس که توسط تابع تشخیص برآورد می‌شود را نشان می‌دهد و به آزمون معناداری مدل می‌پردازد. با نگاهی به ستون معنی‌داری می‌توان فهمید که تابع معنی‌دار است ($p=۰/۰۰۰$) و سه گروه نامبرده را مشخص و

پیش‌بینی می‌کند. به عبارتی نشان می‌دهد که میانگین سه گروه کودکان در حضور هر دو متغیر متفاوت می‌باشد و این تابع توانسته است ۶۵ درصد ($۱-۰/۳۴=۰/۶۵$) از کل تغییرات میان این دو گروه را تبیین کند.

جدول ۹. لامبدا ویلکس

آزمون تابع	لامبدا ویلکس	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱ تا ۲	۰/۳۴۹	۱۲۲/۰۰۴	۶	۰/۰۰۰
۲	۰/۹۸۸	۱/۴۰۹	۲	۰/۴۹۴

جدول ۱۰ میزان موفقیت تابع ممیزی را در دسته‌بندی صحیح مشاهدات نشان می‌دهد. این روش بر این فرض استوار است که نباید مشاهده‌ای را که قصد داریم پیش‌بینی کنیم، به عنوان جزئی از فرآیند طبقه‌بندی به حساب آوریم؛ بنابراین در این روش در هر مرحله هر مشاهده بر اساس تابعی طبقه‌بندی می‌شود که از روی سایر مشاهدات بجز خود آن

مشاهده ساخته شده است؛ بنابراین صحت در پیش‌بینی عضویت گروهی را نشان می‌دهد. به طوری که کودکان سالم و اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی با ۸۵ درصد، بیشترین صحت را در پیش‌بینی داشته‌اند و کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای با ۵۲/۵ درصد، دومین رتبه صحت در پیش‌بینی را دارند و براساس مدل پیشنهادی به درستی طبقه‌بندی شده‌اند.

جدول ۱۰. پیش‌بینی طبقه‌بندی

گروه	سالم	انگلی روده‌ای	ADHD	جمع
سالم	۳۴	۶	۰	۴۰
اختلال انگل روده‌ای	۱۱	۲۱	۸	۴۰
اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی	۰	۶	۳۴	۴۰
اصلی	۸۵	۱۵	۰/۰	۱۰۰
درصد	۲۷/۵	۵۲/۵	۲۰	۱۰۰
اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی	۰/۰	۱۵	۸۵	۱۰۰

بحث

نتیجه یافته‌ها حاکی از آن است که ضرایب لجستیک حافظه فعال در کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای، حافظه فعال و نگهداری توجه در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی معنی‌دار به دست آمده است. نتایج رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که نگهداری توجه، سهم قابل توجهی در پیش‌بینی کودکان مبتلا به انگلی روده‌ای ندارد. در یافته‌های قبلی، در یک مطالعه فرا تحلیل روی ۸۳ مطالعه، نشان دادند که کودکان و بزرگسالان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نواقص معناداری در عملکردهای اجرایی در مقایسه با افراد بدون اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی نشان می‌دهند. ابعاد نقص عملکردهای اجرایی شامل نقص در برنامه‌ریزی، نقص در حافظه کاری کلامی و فضایی و نقص در بازداری پاسخ، می‌باشد [۲۶]. در واقع گویی تمام افراد مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دچار نقص در عملکردهای اجرایی هستند و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی اساساً یک اختلال تحولی در عملکردهای اجرایی است [۲۷]. این اختلال در اجزای مختلف حافظه کاری در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی از سایر اختلالات مثل اختلال در یادگیری زبان و کمبود توانایی‌های فکری مستقل است [۲۸]. کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی در حافظه صریح عملکرد پایین‌تری نسبت به کودکان سالم دارند [۲۹].

یافته‌هایی که در مورد کودکان مبتلا به بیماری‌های انگلی روده‌ای صورت گرفته است، بیشتر بر عملکرد شناختی کودکان به طور کلی معطوف است و همانند کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی، به بررسی عملکردهای شناختی به طور مجزا پرداخته نشده است. در پژوهشی مشخص شد کودکان مبتلا به بیماری‌های انگلی، نسبت به کودکان عادی نمرات

پایین‌تری در آزمون‌های مربوط به عملکرد شناختی مانند وکسلر III کسب کردند [۳۰]. نتایج مطالعات نشان داد که بهبود شرایط بهداشتی در کودکان مبتلا به عفونت‌های روده‌ای، نقش مثبتی در بهبود رشد شناختی آنها دارد [۳۱]. در واقع درمان بیماری‌های انگلی در کودکان دبستانی به بهبود عملکرد شناختی آنها منجر می‌گردد [۳۲]. در ایران، نتایج پژوهش حاکی از این بود که عملکرد ذهنی دانش‌آموزان سالم بهتر از دانش‌آموزان مبتلا به انگل‌های روده‌ای بود [۳۳]. آلودگی انگلی می‌تواند روی رشد، سلامت، وضعیت تغذیه ای و تکامل شناختی کودکان موثر باشد [۶]. در تبیین این یافته باید عنوان کرد که همانند آنچه در بالا گفته شد، ارزیابی کارکردهای اجرایی، روش بسیار مناسبی برای تشخیص کودکان دارای اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی است. درمانگران می‌توانند با انجام آزمون‌های کارکردهای اجرایی به تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی برسند [۳۴]. این کارکردها شامل تمام فرایندهای شناختی پیچیده‌ای می‌شود که در انجام تکالیف هدفمند دشوار یا جدید ضروری هستند [۳۵]. کارکردهای اجرایی عملکرد قسمت‌هایی از مغز هستند که مسئولیت انجام تکالیف سوئیچینگ، تکالیف چندوظیفه‌ای و دو تکلیف موازی را بر عهده دارند [۳۶]. یافته‌های علوم اعصاب شناختی نشان می‌دهد ساختارهای مغزی پیشانی و آهیانه از رشد کارکردهای اجرایی حمایت می‌کنند و بلوغ طولانی‌تری دارند [۳۷ و ۱۷].

از بین مجموعه کارکردهای اجرایی، حافظه فعال به‌عنوان مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی تعریف شده است که اطلاعات را به طور موقتی در حالت آماده برای انجام تکالیف روانی حفظ می‌کند. به عبارت دیگر، حافظه فعال توانایی ذخیره کردن اطلاعات به مدت چندین ثانیه در حین انجام سایر عملیات

شناختی مرتبط، بر روی داده‌ها است. ویژگی این مؤلفه، بازبینی و رمزگذاری اطلاعات جدید و مرتبط است [۳]. برخی محققان نقش پررنگی برای کارکردهای توجه در حافظه فعال قائل هستند و به نظر می‌رسد توجه را به عنوان مؤلفه مشترک و زیربنایی حافظه فعال و هوش در نظر می‌گیرند. حین اجرای تکالیف پیچیده و تکالیف مبتنی بر تکالیف ثانویه که برای حافظه فعال استفاده می‌شوند، توجه بین تکلیف اصلی و تکلیف ثانویه تقسیم می‌شود، این مسئله در مورد سایر کارکردهای شناختی درگیر، نظیر سرعت پردازش نیز صدق می‌کند؛ بنابراین به یادسپاری آیتم‌ها با اختلال مواجه می‌گردد؛ در واقع هرچه مدت زمان جابجایی توجه بین تکالیف ارائه‌شده زیاد باشد و فرد لازم باشد مدت زمان بیشتری درگیر بیش از یک تکالیف گردد، به همان تناسب عملکرد حافظه فعال نیز کاهش پیدا خواهد کرد [۳۸].

با توجه به مطالب فوق، می‌توان به روشنی فهمید که نقص در کارکردهای اجرایی در کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی مسلماً اتفاق می‌افتد و قابل پیش‌بینی است. همچنین می‌توان از این گزاره‌ها در تشخیص، ارزیابی و درمان اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بهره جست. حال چیزی که تحقیق فوق را از سایر تحقیقات قبلی متمایز می‌کند، بررسی این شاخص‌ها در کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای بود. علیرغم پیشرفت‌های وسیع تشخیصی و درمانی آلودگی به انگل‌های روده‌ای از مهمترین دلایل ابتلا، از کار افتادگی و کاهش نیروی کار، سوء تغذیه و کاهش رشد جسمی هوشی و روانی به ویژه در افراد کم سن و سال محسوب می‌شوند [۳۹]. از طرفی آلودگی به انگل‌های روده‌ای بسته به تعداد عوامل انگلی و به عبارتی بار انگلی و نحوه مقاومت و تغذیه میزبان، علائم و عوارض بسیار متنوعی دارد. در واقع انگل‌های روده‌ای، عموماً سیر آلودگی مزمن داشته و در صورت عدم تشخیص و شناسائی، فرد آلوده

ممکن است مدت‌ها بدون بروز علائم واضح آلودگی بوده و باعث آلودگی نزدیکان و سایر افراد شود. همچنین افراد آلوده به طور بالقوه در معرض عوارض بسیار شدید و خطرناک اینگونه عفونت‌ها از جمله اختلالات شدید گوارشی همانند اسهال می‌باشند [۴۰، ۴۱]. کودکی که از اسهال مزمن رنج می‌برد، از هوشیاری کمی برخوردار است و نمی‌تواند آزمایش‌ها را به خوبی انجام دهد [۴۲]. سوء تغذیه و عفونت‌های انگلی می‌تواند سبب بروز مشکلات بهداشتی شده و به نوبه خود بر یادگیری و آموزش کودکان مدرسه‌ای تاثیر بگذارد، به عبارتی موجب کاهش رشد فکری و جسمی و در نهایت عقب ماندگی تحصیلی کودکان بشود [۴۳]. این در حالی است که درمان عفونت انگلی، باعث بهبود عملکرد شناختی از جمله حافظه، توجه و تمرکز می‌شود [۱۵]؛ بنابراین عفونت انگلی از عواملی است که به نحوی بر عملکرد شناختی تاثیر می‌گذارد. در واقع رابطه بین عفونت شدید و عملکردهای شناختی مغز تایید شده ولی در عفونت‌های سبک تا متوسط هنوز مورد بحث می‌باشد [۱۶]. آلودگی به عفونت انگلی با بدی تغذیه همراه است. از آنجائی که تاثیر بدی تغذیه و کمبود آهن بر فعالیت ذهنی و رفتاری شناخته شده است، ممکن است تاثیر عفونت انگلی بر عملکردهای شناختی به علت کمبود مواد غذایی باشد. فعالیت‌های ذهنی که بیشتر تحت تاثیر قرار می‌گیرند، به حضور ذهن، توجه و دقت، یادگیری و حافظه مربوط می‌باشد. نکته قابل توجه، تاثیر سریع و قابل اندازه گیری درمان بر فعالیت مغزی است [۳۳].

یافته‌ها نشان داد که کودکان سالم و کودکان دارای اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی با ۸۵ درصد، بیشترین صحت را در پیش‌بینی داشته‌اند و کودکان مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای با ۵۲/۵ درصد، دومین رتبه صحت در پیش‌بینی را دارند و بر اساس مدل پیشنهادی به درستی طبقه‌بندی شده‌اند. این یافته

در نقایص کارکردهای اجرایی ریشه دارند [۴۷]. نتایج برخی تحقیقات هم بیانگر این است که عملکرد شناختی کودکان مبتلا به بیماری انگلی نسبت به کودکان سالم، دچار نقص است [۱۵، ۱۶].

در مورد کودکان مبتلا به انگل روده‌ای نیز باید گفته شود که انگل‌های روده‌ای دارای انتشار جهانی و به عنوان مهمترین مشکلات بهداشتی و اقتصادی در اغلب نقاط دنیا می‌باشند و زیان‌هایی که انگل‌ها در کاهش قدرت کار و تولید، ضریب هوش و رشد جسمانی به جوامع می‌رسانند، با توجه به تعداد افراد آلوده در دنیا بسیار چشمگیر است. اکثریت انگل‌های روده‌ای باعث اختلال در رشد ذهنی و تکامل شناختی کودکان می‌گردند و به طور کلی آلودگی به کرم‌های انگلی با عملکرد ضعیف شناختی، موفقیت‌های تحصیلی و توانایی و قدرت یادگیری در ارتباط است [۴۸].

مبارزه با بیماری‌های انگلی یکی از بخش‌های مهم برنامه‌ریزی توسعه ملی کشورهای جهان محسوب می‌شود. این انگل‌ها با رقابت بر سر مواد غذایی، نفوذ به مخاط، خونخواری، ترشح توکسین‌ها و مواد آلرژیک، تجمع مکانیکی و مهاجرت به خارج روده، باعث سوء تغذیه، کم خونی، اختلالات گوارشی و عصبی، بروز حساسیت و آلرژی می‌شوند [۴۰]. پیوندهای احتمالی بین عفونت انگل و پیامدهای شناختی، کاهش حضور در مدرسه به دلیل بیماری و از دست دادن تمرکز است. آلودگی به انگل یک عامل بسیار مهم در آنالیز چند متغیره است که نشان‌دهنده تأثیر عفونت انگل بر شناخت، مستقل از تغذیه است. از طرفی، اثر منفی آلودگی انگل بر شناخت ممکن است با عدم حضور بالاتر از مدرسه به دلیل بیماری همراه باشد که افت وضعیت تحصیلی را نیز در پی خواهد داشت [۳۰]. سوء تغذیه ناشی از انگل‌ها می‌تواند بر عملکرد شناختی و در نتیجه بر عملکرد تحصیلی، کاهش توجه و مشکل در انجام تکالیف شناختی شود. کمبود آهن در کودکان با نمرات پایین در

همسو با یافته‌های تحقیقات کوشا و همکاران [۶]. لواز و همکاران^۱ [۱۶]، بارکلی^۲ و همکاران [۲۶]، براون^۳ [۲۷]، الیس^۴ و همکاران [۲۸]، بورگس^۵ و همکاران [۲۹]، پریگنون^۶ و همکاران [۳۰]، ایجاز^۷ و همکاران [۳۱]، ترن^۸ و همکاران [۳۲]، پرتوی و همکاران [۳۳]، نوکه^۹ و همکاران [۱۵] است.

در تبیین این یافته نیز باید عنوان کرد که کارکردهای اجرایی، مهارت‌های کنترل شناختی نامیده می‌شوند؛ این کارکردها بخشی از مکانیسم خودتنظیمی هستند که فرایندهایی مانند تغییر توجه، حل مسئله، برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه کاری را در بر می‌گیرند. کارکردهای اجرایی به عنوان فرایندهایی تعریف می‌شوند که فرایندهای شناختی دیگر را کنترل، هدایت و هماهنگ می‌کنند [۴۴]. کارکردهای اجرایی به ما کمک می‌کنند اطلاعات مربوط به یک مسئله خاص در حافظه کاریمان حفظ، اطلاعات نامربوط نادیده گرفته و پاسخ‌هایی که مانع رسیدن به هدف می‌شود بازداری شود. این توانایی‌ها برای موفقیت در فعالیت‌های روزمره ضروری هستند. مطالعات طولی نشان می‌دهند این توانایی‌ها با موفقیت تحصیلی، سازگاری اجتماعی و موفقیت شغلی ارتباط دارند [۴۵]. کودکان و نوجوانان با اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی به‌صورت معنادار در ارزیابی‌های عصب روانشناختی مربوط به کارکردهای اجرایی شامل برنامه‌ریزی، بازداری، حافظه کلامی و فضایی و انعطاف‌پذیری شناختی نسبت به جمعیت عادی نقص دارند [۴۶]. برخی از محققان مطرح می‌کنند که نشانه‌های بی‌توجهی، بیش‌فعالی و عدم کنترل تکانه‌ها

¹ Levav

² Barkley

³ Brown

⁴ Ehli

⁵ Burgess

⁶ Perignon

⁷ Ijaz

⁸ Tran

⁹ Noke

نتیجه گیری

در کل باید عنوان کرد که همانطور که اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه دارای الگویی از افت عملکرد در کارکردهای اجرایی همچون حافظه فعال و نگهداری توجه است، بیماری‌های مرتبط با انگل‌های روده‌ای نیز می‌توانند دارای چنین علائمی باشند. در واقع علائمی که یک فرد مبتلا به انگل روده‌ای از خود نشان می‌دهد، شباهت زیادی با علائم فرد مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی دارد که در صورت عدم بررسی دقیق‌تر می‌تواند منجر به اشتباه در ارزیابی و تشخیص گردد. بدیهی است زمانی که عملکرد در آزمون‌های مرتبط با کارکردهای اجرایی فرد مبتلا به بیماری انگلی روده‌ای مشابه با فرد مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی باشد، علائم رفتاری که این دو اختلال نیز نشان می‌دهند، می‌تواند با هم همپوشانی داشته باشد. لذا انجام آزمایشات مربوط به بیماری انگلی روده‌ای، قبل از شروع درمان برای فرد تشخیص داده شده به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی، می‌تواند مفید و حائز اهمیت باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس پایان‌نامه با کد ۱۰۲۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۸، دکتری روانشناسی عمومی سمیه طریخی به راهنمایی دکتر شهرام واحدی و دکتر سید محمود طباطبائی و مشاوره دکتر رامتین حدیقی می‌باشد. بدینوسیله از تمام کسانی که در انجام این تحقیق محققین را یاری نمودند، و از دانشگاه آزاد اسلامی تبریز برای حمایت‌های بی دریغشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

آزمون‌های رشد عقلی و حرکتی و همچنین افزایش تکانشگری، کاهش توجه و کاهش پاسخگویی اجتماعی می‌گردد. عفونت‌های شدید با غیبت از مدرسه و تکرار سال تحصیلی همراه است [۴۹]؛ بنابراین عفونت انگلی باعث اختلال در عملکرد حافظه و استدلال می‌شود. کودکانی که عملکرد شناختی آنها در اثر انگل روده‌ای مختل شده است، علاوه بر داروی مورد نیاز برای از بین بردن انگل روده‌ای، برای بازیابی عملکرد شناختی از دست رفته، به بهبودی و غنی‌سازی شناختی نیاز دارند [۵۰].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم بررسی افراد از لحاظ جنسیت و عدم تمایز گذاری از لحاظ زن و مرد بودن بود. همچنین وضعیت اقتصادی و اجتماعی نمونه‌ها به صورت مجزا بررسی نگردید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، به نقش جنسیت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی در عملکرد افراد در آزمون‌های مرتبط با کارکردهای اجرایی پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد که این پژوهش بر روی سایر افراد در شهرهای دیگر، از جمله شهرهای محروم که امکان ابتلا به بیماری‌های انگلی روده‌ای بالاتر است، اجرا گردد. بهتر است جهت کاهش عوامل مداخله‌گر، پژوهشی مشابه، در یک طرح پژوهشی بزرگتر انجام پذیرد. هم‌چنین تأثیر بیماری‌های انگلی روده‌ای بر متغیرهای دیگری همانند عملکرد تحصیلی به طور خاص، غیبت از مدرسه و غیره نیز مورد سنجش قرار گیرد. به متخصصین حوزه سلامت، روانشناسان و روان پزشکان پیشنهاد می‌شود که در موارد مشکوک، انجام آزمایشات انگلی را نیز در برنامه ارزیابی‌های خود جای دهند.

References

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: APA; 2013: 59-60
- 2- Cantwell DP Attention deficit disorder: are view of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Mar;36(3):301-2.
- 3- Saduk B, Saduk V, Roe P. Summary Kaplan and Saduk psychiatry. Translation: Ganji, Mehdi. 11^{ed}. Tehran: Savalan; 2015:443
- 4- Norouzi N, Hanilou K. Study of intestinal parasitic infections in elementary school students in Zanjan. Zanjan Univ Med Sci & Health Services. 2016 May;24(102):155-162. [Full text in Persian]
- 5- Moghateli M, Gorjipur M, Mohamadzade M, Rahimi Pordanjani S, Namrudi J, Soleymani M. Frequency of intestinal parasitic infections in the Dashti country (Bushehr province) during 2009 to 2014. Navid No. 2015 winter;17(59):15-21. [Full text in Persian]
- 6- Koosha A, Hakimi S, Fallah I, Noekhah I, Sarafrasz S, & Shahnami A. Prevalence of intestinal parasites in primary school children without clinical symptoms referred to Tabriz health centers. Med J Tabriz Univ Med Sci. 2011 summer;33(3):58-62. [Full text in Persian]
- 7- Sharifi Kh, Madani A. Zare Sh. The prevalence of intestinal parasites in primary school in Bandar Abbas. 2001. Available from: <http://www.hums.ac.ir/farsi/maj/journal%20hums/147.htm>. [Full text in Persian]
- 8- Okay P, Ertug S, Gultekin B, Onen O, Beser E. Intestinal parasites prevalence and related factors in school children, a western city sample-Turkey. BMC Public Health. 2004 Dec;4(64):1-6.
- 9- Shahmoradi A. Introduction to medical parasitology. 1^{ed}. Tehran: zoha, 1995:76-78
- 10- Seyyed Mohammadi SH, Ehteshamzade P, Hafezi F, Pasha R, Makvandy B. Effectiveness of cognitive rehabilitation after medication on brain function and behavioral symptoms of children with ADHD in Ahwaz. Shenakht J Psychol Psychiatr. 2019;6(3):102-117. [Full text in Persian]
- 11- Repovs G, Baddeley AD. The multi – Component model of working memory: exploration in experimental cognitive psychology. J Exp Psychol Learn Mem Cogn. 2006 Mar;139:5-21.
- 12- Barkley RA. Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford press. 1997; 770p.
- 13- Seidman LJ, Biederman J, Monuteaux MC, Doyle A, Faraone, SV. Learning disabilities and executive dysfunction in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. Neuropsychology. 2006 Apr;15(4):544-556.
- 14- Rapport MD, Orban SA, Kofler MJ, Friedman LM. Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. Clin Psychol Rev. 2013 Aug;33(8):1237-52.
- 15- Noke C, Grantham-McGregor SM, Sawyer AW. Moderate to heavy infection of *Trichuris trichura* affect cognitive function in Jamaican school children. Parasitology. 1992 Nov; 104:539-547.
- 16- Levav M, Mirsky AF, Schantz PM. Parasitic infection in malnourished school children: effects on behavior and EEG. Parasitology. 1995 Jan; 110(1):103-111.
- 17- Munro BA, Weyandt LL, Marraccini ME, Oster DR. The relationship between nonmedical use of prescription stimulants, executive functioning and academic outcomes. Addict Behav. 2017 Aug;65: 250-257.
- 18- Conners CK. Manual for Conners' Rating Scales. Canada. Multi health system, Inc. 1990.
- 19- Conners CK, Sitarenios G, Parker JA, Epstein JN. Revision and restandardization of the Conners' teacher rating scale: factor structure, reliability, and criterion validity. J Abnorm Child Psychol. 1998 Aug; 26(4):279-292
- 20- Gianarris WJ, Golden CJ, Greene L. The Conners' Parent Rating Scale: A critical review of the literature. Clin Psychol Rev. 2001 Oct; 21(7):1061-93.
- 21- El- Hassan Al-Awad, AM, Sonuga-Barke EJ. The application of the Conners' Rating Scales to a Sudanese sample: An analysis of parents and teachers rating of childhood behavior problems. Psychol Psychother. 2002 Jun;75(2):177-187.
- 22- Shahayian A, Shahim S, Bashash L, Yousefi F. Normalization, factor analysis and reliability of special short form Parents of the Conners Rating Scale for children aged 6 to 11 in Shiraz. J Educ Psychol. 2007 Autumn;3(3):97-120. [Full text in Persian]

- 23-Riccio CA, Reynolds CR, Lowe P, Moore JJ. The continuous performance test: a window on the neural substrates for attention? *Arch Clin Neuropsychol*. 2002 Apr;17(3):235-72.
- 24- Hadianfar, H., Najarian, B., Shokrkon, H. & Mehrabizadeh, M. (2000). Normalizing the Persian form of continous performance test (CPT). *J Psychol*. 2000;4(4):388-404. [Full text in Persian]
- 25-Kane MJ, Conway AR, Miura TK, Colflesh GJ. Working memory, Attention control, and the N-back task: a question of construct validity. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 2007 Feb;33(3):615-22.
- 26-Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of onset criterion for attention-deficit-hyperactivity-disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Sep; 36(9):1204-10.
- 27-Brown TE. Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *Int J Disabil Dev Educ*. 2006 Jan;53(1):35-46.
- 28-Ehlis A, Bahne G, Jacob C, Herrmann M, Fallgatter J. Reduced lateral prefrontal activation in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) during a working memory task: A functional near-infrared spectroscopy (fNIRS) study. *J Psychiatr Res*. 2008 Nov;42(13):1060-7.
- 29-Burgess GC, Depue BE, Ruzic L, Willcutt E, Du YP, Banich MT. Attentional control activation relates to working memory in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol psychiatry*. 2010 Oct; 67(7):632-40.
- 30-Perignon M, Fiorentino M, Kuong K, Burja K, Parker M, Sisokhom S, et al. Stunting, poor Iron status and parasite infection are significant risk factors for lower cognitive performance in cambodian school-aged children. *Plos one*. 2014 Nov; 9(11):1-11.
- 31-Ijaz MK, Rubino JR. Impact of infectious diseases on cognitive development in childhood and beyond: potential motivational role of hygiene. *Open Infect Dis J*. 2012 Oct;6:65-70.
- 32-Tran T, Winichagoon P, Marjoleine A. Dijkhuizen, C. Khan, W, Frank T. Decreased parasite load and improved cognitive outcomes caused by deworming and consumption of multi-micronutrient fortified biscuits in rural vietnamese school children. *Am J Trop Med Hyg*. 2011 Apr;85(2):333-40.
- 33-Partovi F, Khalili G. Prevalence of intestinal parasitic infection and its relation to students' mental function. *Feyz Scientific Journal*. 2001 Winter;5(4):34-41. [Full text in Persian]
- 34-Gholami R, Estaki M, Nosrat Abadi M. Comparison of quantitative electroencephalography (QEEG) results with IVA test results in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology Quarterly*. 2017 Autumn;3(3):25-38. [Full text in Persian]
- 35-Amani O, Mazaheri MA, Nejati V, Shamsian B. The impact of cognitive rehabilitation on executive functions on increased hopefulness of adolescents rescued from leukemia: a randomized clinical trial. *J Rehabil*. 2017 Feb;18(1):73-82. [Full text in Persian]
- 36-Yousefi R, Soleimani M, Ghazanfarian Pour S. Comparison of attention shift and creativity in bilingual and monolingual children. *Rehabilitation*. 2017 Jan;18(1):1-12. [Full text in Persian]
- 37-Lee K, Bull R, Hom RM. Developmental changes in executive functioning. *Child Dev*. 2013 Nov-Dec;84(6):1933-53.
- 38-Baddeley A. The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends Cogn Sci*. 2000 Nov;4 (11):417-23.
- 39-Bogitsh BJ, Chenn TC. *Human Parasitology*. 7th ed. Sandiago: Academic Press. 1998.
- 40-Markell EK, John DL, Kerotoski WA. Markell and Voge's *Medical Parasitology*. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1999.
- 41-Eigil S, Mahroof I, DKC. The effect of the availability of latrines on soil_ transmitted nematode infections in the plantation sector in Serilanka. *Am J Trop Med Hyg*. 1994 Jul;51(1):36-9.
- 42-Callender JE, Grantham-Mc Gregor S, Walker, S. Trichuris infection and mental development in children. *Lancet*. 1992;339(8786):181-198.
- 43-Ismaili N, Arbabi M, Parastoo K. The relationship between pathogenic intestinal parasitic infections and acute and chronic malnutrition. *J Guilan Univ Med Sci*. 2009 Summer;19(74):39-47. [Full text in Persian]
- 44-Bull R, Lee K. Executive functioning and mathematics achievement. *Child Dev Perspect*. 2014 Mar;8(1):36-41.
- 45-Serpell ZN, Esposito AG. Development of executive functions: implications for educational policy and practice. *Policy Insights Behav Brain Sci*. 2016;3(2):203-10.

- 46-Soriano-Ferrer M, Felix-Mateo V, Begeny J. Executive function domains among children with ADHD: Do they differ between parents and teachers rating. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014 Jul;132: 80-6.
- 47-Barkley RA. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 1998:19 [Full text in Japanese]
- 48-Gungoren B, Latipov R, Regallet G, Musabaev E. Effect of hygiene on the risk of reinfection rate of intestinal parasites in children in rural Uzbekistan. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007 Jun; 101(6):564-9.
- 49-Levinger B. Nutrition, Health, and Learning: Current Issues and Trends. *School Nutrition and Health Network Monograph Series*. Newton, MA: Education Development Centre. 1992:21-23
- 50-Sternberg RJ, Powell C, Mc Grane P, Grantham-McGregor S. Effects of a parasitic infection on cognitive functioning. *J Exp Psychol Appl*. 1997;3(1):67-76.