



היפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז (ADHD) בישראל

נייר עמדה

אוגוסט 2010

לבטיחות ילדים

המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, ע"ר



פרסום מס' 29

מהי הפרעת קשב וריכוז (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder)?

על פי ארגון בריאות הנפש האמריקני הפרעת קשב וריכוז (ADHD) כוללת שלושה תסמינים: קשיי ריכוז, קשיי שליטה בהתנהגות והיפראקטיביות (1).

ישנם שלושה תת-סוגים של ADHD: הפרעה היפראקטיבית-אימפולסיבית, הפרעת קשב והפרעה המשלבת בין שניהם. הפרעת קשב וריכוז משפיעה על 3%-11% מאוכלוסיית הילדים, והיא אחת מהפרעות ההתפתחות הנפוצות ביותר בילדות (2). בארצות הברית ל-7% מאוכלוסיית הילדים בגילי 3-17 יש הפרעת קשב וריכוז- 11% בקרב הבנים ו-4% בקרב הבנות (3) כמו כן, בשנים 1997-2006 נרשמה עלייה של 3% בממוצע לשנה בשיעור הילדים תושבי ארצות הברית בגילי 6-17 המאובחנים כבעלי הפרעת קשב וריכוז. בקרב הבנים היה שיעור העלייה השנתי הממוצע 2% ובקרב הבנות - 4% (4).

למרבה הצער, אין בידינו כיום נתונים מדויקים לגבי היקף הבעיה בישראל, היות ולא נעשה מחקר אפידמיולוגי בסדר גודל הולם. ההערכה היא כי מדובר בשיעורים דומים לאלו שדווחו בארצות הברית ובמדינות אחרות, היות ושכיחות ההפרעה נוטה להיות דומה במדינות שונות.



בישראל, בדומה למדינות מפותחות אחרות, היפגעות מתאונות מהווה בעיה מרכזית בתחום בריאות הילדים

על היפגעות ילדים

היפגעות בלתי מכוונת היא גורם התחלואה והתמותה המוביל בקרב אוכלוסיית הילדים במרבית מדינות העולם (5). בישראל, בדומה למדינות מפותחות אחרות, היפגעות מתאונות מהווה בעיה מרכזית בתחום בריאות הילדים. בכל שנה מתים כ-150 ילדים עקב פגיעות, כ-25,000 ילדים מתאשפדים, כ-180,000 ילדים מגיעים לחדרי מיון, ולפי ההערכות - כמחצית מילדי ישראל נפגעים באופן שדורש טיפול רפואי בקהילה (6).

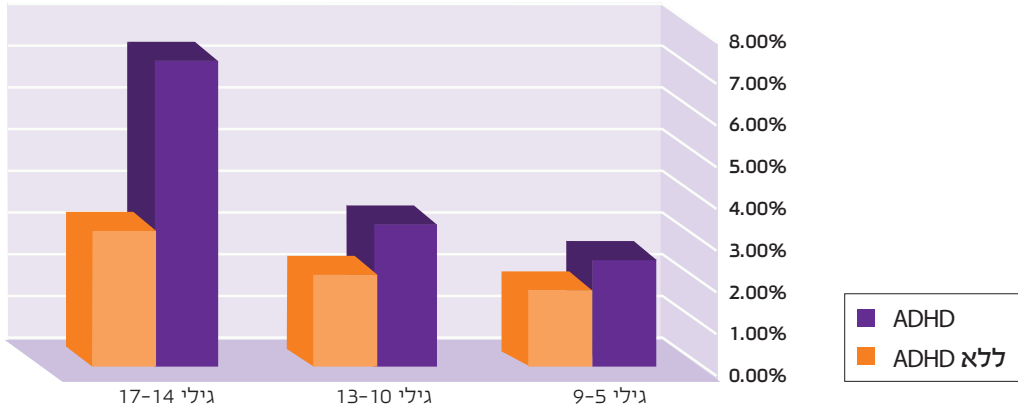
היפגעות בקרב ילדים קשורה לעתים במידת הערכת הסיכונים על ידי הילד עצמו. על פי הערכה זו הילד מקבל החלטות רבות (האם לשחק במשחק מסוכן, האם לרכוב על אופניים ללא קסדה ועוד). ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נוטים להעריך סיכונים באופן שונה מילדים אחרים. הם מתקשים בהערכת יכולותיהם הפיזיות, החברתיות והלימודיות, נוטים יותר לשבור כללים, להתעלם מהשלכות שליליות של מעשיהם או להתמקד בהשלכות החיוביות שלהם (7). בין תסמיני הפרעת קשב וריכוז נכללים הסחת דעת וחוסר תשומת לב לפרטים, שעלולים להשפיע על היפגעות (1).

היפגעות ילדים קשורה לעיתים במידת הערכת הסיכונים על ידי הילד עצמו. ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נוטים להתקשות בהערכת סיכונים

היפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז

- סיכויי ההיפגעות של ילד בעל הפרעת קשב וריכוז (ADHD) גבוהים בשיעור 1.7-2 אחוזים ביחס לילדים אחרים (9-8).
- שיעור ההיפגעות בקרב בני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז גבוה פי 2 מזה של בני נוער ללא הפרעת קשב (10). ר' תרשים 1.
- שכיחות ההיפגעות בקרב ילדים בעלי הפרעת קשב בגילי 0-4; גבוהה ביותר מפי 2.5 משכיחות ההיפגעות בקרב ילדים ללא הפרעת קשב בגילי 0-4. אם כי יש לציין כי האבחון בגילים אלו הוא בעייתי (11).

תרשים 1: השוואת שיעור ההיפגעות של ילדים עם וללא ADHD לפי קבוצת גיל



מקור: Xiang, Stallones, Chen, Hostetler and Kelleher 2005

סיכויי ההיפגעות של ילד בעל הפרעת קשב וריכוז גבוהים בשיעור 1.7-2 אחוזים ביחס לילדים ללא הפרעה

הסיבות לסיכון הגבוה להיפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז אינן מובנות במלואן, אולם ידוע כי דעתם של ילדים אלו מוסחת יותר, הם אימפולסיביים יותר ובעלי קושי לצפות תוצאות של התנהגויות מסוימות (10). יתר על כן, ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז מעורבים יותר מילדים אחרים בפעילות הכרוכה בסיכון גבוה. לדוגמה, בחינת מקרי היפגעות של כוויות שטופלו בבתי חולים מעלה כי 36% מהילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז שיחקו באש בזמן הפגיעה או שיש להם היסטוריה של משחק באש, לעומת 10% בקרב קבוצת הביקורת ללא הפרעה (12).

דעתם של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז מוסחת יותר, הם אימפולסיביים יותר ובעלי קושי לצפות תוצאות של התנהגויות מסוימות



1. גילי 14-17: 0.05. בשאר קבוצות הגיל לא הוצגה מובהקות סטטיסטית.

2. המחקר בחן מגוון של הפרעות התנהגות (BD) ולא רק ADHD. כמו כן, הנתון על אודות תופעות לוואי של תרופות מתייחס ללקיחת תרופות כהלכה ולא לשימוש לא נכון בתרופות.

חומרת ההיפגעות:

- מחקרים שונים מצביעים על כך שילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נמצאים בקבוצת סיכון להיפגעות בכל דרגת חומרה שהיא:
- ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נמצאים בסיכון גבוה יותר לפגיעות קלות הדורשות טיפול רפואי במרפאות בהשוואה לילדים אחרים (13).
- ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נמצאים בסיכון גבוה פי 2 לפגיעות חמורות בהשוואה לילדים אחרים (14).

מנגנון ההיפגעות:

- גורמי ההיפגעות השכיחים ביותר בקרב ילדים שאובחנו כבעלי הפרעות התנהגות הם: תאונות שמעורב בהם רכב שאינו מנועי, תאונות שמעורב בהם רכב מנועי, נפילות, פגיעה מאובייקט ותופעות לוואי של תרופות (15).
- ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נפגעים פי 10 מילדים אחרים בפגיעות שנגרמו על ידי הנפגע עצמו (14).
- בני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז מעורבים בתאונות דרכים כמעט פי 4 מבני נוער אחרים (16).
- מלבד זאת, לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז סיכוי גבוה ב-50% להיפגע כהולכי רגל או כרוכבי אופניים (14).
- מנגנוני ההיפגעות נמצאו דומים בקרב ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז ובקרב ילדים ללא הפרעה זו (4).

מקום ההיפגעות:

- שכיחות ההיפגעות של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז במרחב הציבורי ובדרכים (רחובות, כבישים מהירים), גבוהה מזו של ילדים אחרים (14,8).
- בני הנוער בעלי הפרעת קשב וריכוז נפגעים פחות במתקני ספורט, שהם מקום ההיפגעות הנפוץ ביותר בקרב בני נוער ללא ההפרעה זו (17).

תוצאות ההיפגעות:

- הסיכון לפגיעה בקרב ילדים בעלי הפרעות התנהגות גבוה דווקא בסוגי היפגעות שנפוצים פחות בקרב אוכלוסיית הילדים הכללית. הם נפגעים יותר מהרעלות (מעל פי 2) ומכוויות (פי 2) מילדים ללא הפרעות התנהגות (15).
- היפגעויות של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז מתאפיינות בקשת רחבה של פגיעות, הכוללת פגיעות פנימיות, פגיעות שטחיות, פגיעות טראומה, פצעים פתוחים ושברים (9) ופגיעה באזורי גוף מרובים (14).
- נמצא כי ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז נטו להיפצע באורח חמור יותר, אושפזו בשכיחות גבוהה יותר ולמשך זמן ארוך יותר במחלקות הטיפול הנמרץ, ובהתאם לכך גם נטו לסבול מתוצאות לוואי (sequela) חמורות יותר מילדים אחרים (14).
- הפגיעות הנפוצות בקרב כל בני הנוער הן חברות, חתכים ושברים. אך בקרב בני נוער הסובלים מהפרעות קשב וריכוז מהוות פגיעות אלה 27.8% מכלל הפגיעות; ואילו בקרב בני נוער אחרים כ-19.9% בלבד (17).
- האיברים הנפגעים בשכיחות גבוהה יותר בקרב בני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז הם הגפיים והראש (17).

היפגעות חוזרת

- היפגעות חוזרת בקרב גילי 0-64 בעלי הפרעת קשב וריכוז שכיחה יותר מבקרב אלו ללא ההפרעה: מי שנפגעו פעמיים היו בסיכוי גבוה פי 1.93 להיות בעלי הפרעת קשב וריכוז. מי שנפגעו שלוש פעמים היו בסיכוי גבוה פי 2.30 להיות בעלי הפרעת קשב וריכוז. מי שנפגעו ארבע פעמים היו בסיכוי גבוה פי 2.55 להיות בעלי הפרעת קשב וריכוז (11).

היפגעות חוזרת בקרב בעלי הפרעת קשב וריכוז שכיחה יותר מבקרב אלו ללא ההפרעה



מניעת היפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז

ניתן למנוע היפגעות בקרב ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז באמצעות טיפול בהפרעה עצמה או באמצעות התמודדות עם השפעות ההפרעה. הטיפול בהפרעת קשב וריכוז הוא תרופתי בעיקרו, בשילוב התערבויות חינוכיות ולימודיות. הפסיכותרפיה מטפלת בקשיים רגשיים והתנהגותיים הנלווים להפרעה (1,18). ההתמודדות עם תסמיני הפרעת קשב וריכוז כוללת קשת רחבה של פעולות הקשורות בהגברת מודעותם של הילד, של ההורים ושל הקהילה המקצועית הרלוונטית (רופאים, צוותים חינוכיים ועוד).

טיפול תרופתי בהפרעת קשב וריכוז

טיפול תרופתי לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז נועד לשלוט בסימפטומים של הפרעה זו. מחקר שבחן היפגעות של בני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז מצא כי ככל שהטיפול התרופתי נמשך זמן רב יותר, כך מספר הביקורים בחדרי המיון עקב כל סוגי ההיפגעות נמוך יותר. המחקר הראה גם כי מספר הביקורים בחדרי מיון ועלות הטיפול לשנה ירדו בתקופות שבהן קיבלו הילדים טיפול תרופתי (19-20).

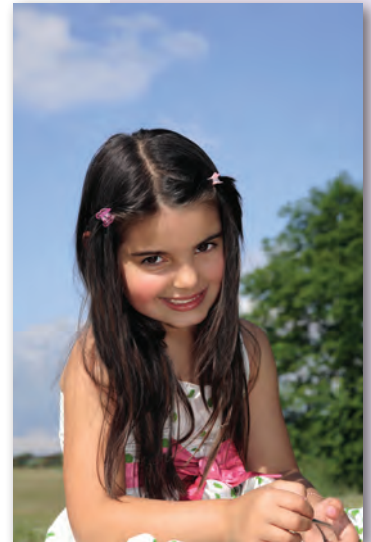
בבחינת היפגעות בני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז מכוויות נמצא כי כמעט 89% מהם קיבלו טיפול תרופתי, וכי 42% מהם לא לקחו את המינון שנקבע להם ביום הפגיעה מכוויה. כל הילדים שלא לקחו את המינון נפגעו בשל אימפולסיביות של משחק באש. באותו מאמר מוצע כי יש לשקול הפניית ילדים שאובחנו כבעלי הפרעת קשב וריכוז לטיפול תרופתי על בסיס קבוע, בעיקר אלו שקיימת לגביהם היסטוריה של משחק באש, של הצתה ושל התנהגות מועדת לתאונות (19).

בהשוואה בין דפוסי טיפול תרופתי שונים נמצא כי מטופלים בתרופה חד-יומית בעלת שחרור ממושך (Extended release Methylphenidate) מגיעים לחדר מיון עקב היפגעות ב-20% פחות ממטופלים בתרופה תלת-יומית בעלת שחרור לטווח קצר (Immediate release Methylphenidate) (21). מחקר נוסף מצא כי ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז שנטלים תרופות של 12 שעות נפגעים פחות באופן הדורש אשפוז בבית חולים מאשר אלו הנוטלים תרופות של 6-8 שעות (0.1 לעומת 0.27, בהתאמה) (22).

מחקרים אחרים מצביעים על כך שקבלת טיפול תרופתי אינה משפיעה על סיכויי היפגעות של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז:

מחקר שנערך בקרב אנשים בגילי 5-64 מצא כי בעלי הפרעת קשב וריכוז המקבלים טיפול תרופתי אינם חווים פחות פגיעות באופן משמעותי מאלו שאינם מקבלים טיפול תרופתי (11). במחקר שנערך בקרב ילדים וצעירים בגילי 5-20 לא נמצאו הבדלים בין מקבלי טיפול תרופתי לאלה שאינם מקבלי טיפול, בכל הנוגע לסוג הביקור בחדרי מיון ולעלות הטיפול (2).

במחקר אחר - שבמסגרתו נסקרו 122,069 הורים לילדים בגילי 6-18 (הן בעלי הפרעת קשב וריכוז והן ללא כל הפרעה) - לא נמצא הבדל משמעותי בהיפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז המטופלים תרופתית, לעומת אלו שאינם מטופלים תרופתית (22). מחקר נוסף בחן פגיעות של כוויות בילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז ומצא כי 72.7% נטלו תרופה לטיפול בהפרעה ביום הפגיעה (12).



הטיפול העיקרי בהפרעת קשב וריכוז הוא תרופתי. בספרות המחקרית ישנם פרסומים שונים בנוגע להשפעת נטילת תרופות לטיפול בהפרעה על מניעת היפגעות



חשוב לציין, כי בכל המחקרים שנסקרו (אלה שהוכיחו השפעת תרופות על היפגעות ואלו שלא) לא ניתן פירוט על אודות סוגי התרופות, מינון וסוגי ההיפגעות שנבדקו. עובדות אלה הן משמעותיות ביותר מבחינת הערכת יעילות הטיפול התרופתי ומבחינת השפעתו בשעות שבהן אירעה התאונה (לדוגמה, ילדים המטופלים בתרופה קצרת טווח בשעות הבוקר ונפגעו בשעות אחר הצהריים, כאשר למעשה לא היו תחת השפעת התרופה).

כמו כן יש משתנים אחרים המקשים מאוד על ההשוואה בין ילדים המטופלים תרופתית לאלו שאינם מטופלים תרופתית. לדוגמה: קיים קשר בין טיפול תרופתי מלא לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז לבין משתנים סביבתיים ותפקודיים אחרים.

טיפול פסיכותרפי בתסמינים המשניים של הפרעת קשב וריכוז

תרפיה בהתנהגות נועדה לסייע לילד לשנות את התנהגותו ולפקח עליה בעצמו. הילד לומד בעזרתה לשלוט בכעסיו, לחשוב לפני שהוא פועל ולהתמודד עם אתגרים רגשיים (1).

כמו כן קיימת התערבות התנהגותית מבוססת ראיות, הכוללת אסטרטגיות שונות, כגון אימון הורים לניהול אפקטיבי של התנהגות הילד, טיפול משפחתי לפתרון בעיות ומשברים, אימון לפיתוח כישורים חברתיים (לדוגמה, לדעת באילו מצבים הילד אינו יכול לפעול לבד ושבהם עליו לבקש עזרה) ובאמצעות חינוך במסגרת בית הספר (18).

אף על פי שלמיטב ידיעתנו אין מחקר שתומך באפקטיביות של טיפול זה בתסמינים המרכזיים של הפרעת קשב וריכוז – ייתכן כי שימוש בטיפול פסיכותרפי, תוך התמקדות בסיכונים להיפגעות, עשוי לסייע במניעת היפגעות מתאונות בכלל ובצמצום תחלואה נלווית בפרט.

מודעות לסיכון היפגעות של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז

ניתן לחלק את מניעת ההיפגעות של ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז באמצעות הגברת המודעות לשלושה מוקדי פעילות: (1) ייעוץ והסברה להורים על סיכונים אופייניים לילד בעל הפרעת קשב וריכוז. (2) הגברת מודעות הילד למצבי סיכון והתמודדות עמם. (3) העלאת המודעות להגברת הפיקוח וההשגחה על הילד.

ייעוץ והסברה להורים על אודות הסיכונים אשר להם חשוף הילד – תוך מתן הנחיות מקצועיות ממוקדות הנוגעות לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז – עשויים להביא להפחתת היפגעות ילדים אלו (15,8).

ההמלצה היא כי נותני שירותי בריאות ראשוניים יעניקו הסברה זו להורים, תוך הדגשת מנגנוני ההיפגעות והסיכונים הייחודיים לאוכלוסיית הילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז (19). בין המלצותיו של ארגון בריאות הנפש האמריקני להורים לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז, כלולים חשיבותה של חבישת קסדה ברכיבה על אופניים וצמצום הסחות דעת בזמן נהיגה במכונית (הימנעות מהאזנה למוזיקה והגבלת מספר הנוסעים) (1). עבודת המניעה המסורתית – המתמקדת בהשלכות השליליות של נטילת סיכונים – היא בעייתית כאשר מדובר בילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז, כי אלו עשויים שלא להירתע מהשלכות שליליות ואף לייחס לנטילת סיכונים השלכות חיוביות. אפשרות חלופית היא העלאת מודעות הילדים למצבי סיכון, תוך פיתוח אסטרטגיות שיאפשרו להם להתמודד עם הבעיה בדרכים המאפשרות הערכה מדויקת יותר של סיכונים (19,17,7).

חשוב לעודד בקרב הורים ומורים את המודעות להשגחה ולפיקוח על פעילויות של מתבגרים (בייחוד בימים שבהם התנהגותם בעייתית יותר) (17).

אבחון הפרעת קשב בקרב ילדים

כמה מחקרים מצביעים על אבחון מוקדם כמנוף למניעת היפגעות בקרב ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז. אולם, אבחון הפרעת קשב וריכוז בקרב ילדים מתחת לגיל 5 אינו נפוץ, וקיימת אף מחשבה שגויה כי אינו אפשרי. הדבר מקשה ללא ספק על טיפול ממוקד בתינוקות בעלי הפרעת קשב וריכוז (19,11).

סקירות ושאלונים מורחבים לאבחון הפרעת קשב וריכוז והפרעות נלוות בילדים שהגיעו לחדר מיון עקב פגיעה, עשויים להפחית את שכיחות הפגיעה אם יינתנו הנחיות מיוחדות לאותם הורים שילדיהם אכן אובחנו כבעלי הפרעת קשב וריכוז (23).



מומלץ כי נותני שירותי בריאות ראשוניים יעניקו ייעוץ והסברה להורים לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז אודות מנגנוני ההיפגעות והסיכונים הייחודיים לילדים בעלי הפרעה

קריאה לפעולה

לא נמצאו תוכניות התערבות ממוקדות למניעת היפגעות של ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכוז. נראה כי התחום חדש לגמרי בעולם. לפיכך יש להעלות את המודעות לסיכונים המוגברים שאליהם חשופים ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז ולהרחיב את המחקר בנושא.

חינוך והסברה

- פיתוח ויישום תוכניות להעלאת רמת הידע והמודעות לסיכונים המוגברים של ילדים ובני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז בקרב הילדים ובקרב הוריהם.
- פרסום והסברה בפורומים העוסקים בהפרעת קשב וריכוז ובמראות פסיכיאטריה ונוירולוגיה של הילד והמתבגר.
- מתן כלים לילדים ולבני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז ולמשפחותיהם, לשם התמודדות עם מצבי סיכון באמצעות פסיכותרפיה.

העצמה ובניית יכולות

- העלאת מודעותם של חברי האיגודים הרפואיים הבאים בנושא היפגעות ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז ובדרכים למניעתה: האיגוד הישראלי לנוירולוגיה ילדים, האיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, איגוד הפסיכיאטרים, איגוד רופאי הילדים, איגוד הפסיכולוגים והעמותה הישראלית להתפתחות הילד ושיקומו.
- פיתוח ויישום של תוכניות להעלאת רמת הידע והמודעות לסכנות הייחודיות אשר להן חשופים ילדים ובני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז, בקרב רופאי משפחה, צוותי רפואה מרפאות, צוותים פרא-רפואיים ואנשי חינוך.
- הנחיית אנשי המקצוע הנ"ל והורי הילדים להסביר באופן שיטתי וקבוע לילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז על אודות כל הסיכונים להיפגעות ועל דרכים להימנע מהם.

מידע ומחקר

- הוספת שדות בתחקירים על היפגעות ילדים, הבודקים אם הילד הנפגע סובל מהפרעת קשב וריכוז.
- ביצוע מחקרי עומק בישראל בנושא היפגעות ילדים ובני נוער בעלי הפרעת קשב וריכוז, שיכללו בין השאר בדיקה לעומק של היפגעות ילדים אלה, הטיפול בהם, השפעת הטיפול התרופתי ועוד.

חקיקה

- בחינת האפשרות להרחבת טווח הגילים שבו אסור להשאיר ילד בעל הפרעת קשב וריכוז לבדו (סעיף 361 לחוק העונשין).



כתיבה:

אסתי הוס – אגף מידע ופיתוח,
 ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים
 מיכל קליין – מנהלת אגף מידע ופיתוח,
 ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

קראו והעירו:

ד"ר איריס מנור –
 מנהלת היחידה להפרעות קשב וריכוז,
 בית החולים גהה
 ד"ר דניאלה לובל –
 ראש מכון כרמים להתפתחות הילד,
 שירותי בריאות כללית
 ד"ר עדי ארן –
 היחידה לנירולוגיה של הילד,
 בית החולים שערי-צדק
 איילת גלעד-גבעתי –
 רכזת פיתוח, אגף מידע ופיתוח,
 ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

עריכה לשונית:

שלומי חסקי – 'אות למופת'

1. (National Institute of Mental Health (NIMH). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/adhd_booklet.pdf Accessed on 2008
2. Chan E, Zhan C, Homer CJ. Health Care Use and Costs for Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2002;156:504-511
3. Bloom B, Cohen RA. Summary Health Statistics for U.S. Children: National Health Interview Survey Centers for Disease Control and Prevention: Vital and Health Statistics. 2006 http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_234.pdf . Accessed on September 2007
4. Pastor PN, Reuben CA. Diagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability United States, 2004–2006. Centers for Disease Control and Prevention: Vital and Health Statistics http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/Sr10_237.pdf . Accessed on July 2008
5. Hoare P, Beattie T. Children with attention deficit hyperactivity disorder and attendance at hospital European Journal of Emergency Medicine, 2003; 10(2):98-100
 6. אנדי-פינדלינג ל. טיקרון פ. ואיבנקטבסקי מ. היפגעות ילדים בישראל: דו"ח 'בטרם' לאומה 2008. פתח תקוה: 'בטרם' – המרכז לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 1054, אפריל 2009.
7. Bruce BS, Ungarb M, Waschbusch DA. Perceptions of risk among children with and without attention deficit/hyperactivity disorder. International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 2009 189-196(4)16
8. Pastor PN, Reuben CA. Identified Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Medically Attended Nonfatal Injuries: US School-Age Children, 1997–2002. Ambulatory Pediatrics, 2006; 6(1):38-44
9. Swensen A, Birnbaum HG, Ben Hamadi R, Greenberg P, Cremieux PY, Secnik K. Incidence and Costs of Accidents Among Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Patients. Journal of Adolescent Health, 2004; 35(2):1-9
10. Xiang H, Stallones L, Chen G, Hostetler SG, Kelleher K. Nonfatal Injuries Among US Children with Disabling Conditions. American Journal of Public Health, 2005; 95(11):1-6
11. Merrill RM, Lyon JL, Baker RK, Gren LH. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Increased Risk of Injury. Advances in Medical Sciences, 2009; 54(1):20-26
12. Badger K, Anderson L, Kagan RJ. Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Children with Burn Injuries. Journal of Burn Care & Research, 2008; 29(5):724-729
13. Bruce B, Kirkland S, Waschbusch D. The relationship between childhood behaviour disorders and unintentional injury events. Paediatr Child Health, 2007; 12(9):749-754
14. DiScala C, Lescohier I, Barthel M, Li G. Injuries to Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 1998;102:1415-1421
15. Brehaut JC, Miller A, Raina P, McGrail KM. Childhood Behavior Disorders and Injuries Among Children and Youth: A Population-Based Study. Pediatrics, 2003; 111:262-269
16. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor Vehicle Driving Competencies and Risks in Teens and Young Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatrics, 1996; 98(6): 1089-1095
17. Brook U, Boaz M. Adolescents with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder/Learning Disability and Their Proneness to Accidents. Indian Journal of Pediatrics, 2006; 73:299-303
18. Buitelaar J, Medori R. Treating attention-deficit/hyperactivity disorder beyond symptom control alone in children and adolescents: a review of the potential benefits of long-acting stimulants. European Child & Adolescent Psychiatry, 2010; 19(4):325-340
19. Fritz KM, Butz C. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and pediatric burn injury: important considerations regarding premorbid risk. Pediatrics, 2007; 119:565–569
20. Leibson CL, Barbaresi WJ, Ransom J, Colligan RC, Kemner J, Weaver AL, Katusic SK. Emergency department use and costs for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: associations with stimulant treatment. Ambul Pediatr, 2006; 6:45-53
21. Kemner JE, Lage MJ. Effect of methylphenidate formulation on treatment patterns and use of emergency room services. American Society of Health-System Pharmacists, 2006; 63:317-322
22. Coghill D, Soutullo C, d'Aubuisson C, Preuss U, Lindback T, Silverberg M, Buitelaar J. Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on the patient and family: results from a European survey. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2008; 2:31-46
23. Maxson RT, Lawson KA, Pop R, Yuma-Guerrero P, Johnson KMK. Screening for attentiondeficit hyperactivity disorder in a select sample of injured and uninjured pediatric patients. Journal of Pediatric Surgery, 2009; 44:743-748

באדיבות חברת



מוקד מומחים בטרם - 03-9263111
www.beterem.org