

مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زیستی والدین کودکان بیش از یک فرزند استثنایی با والدین کودکان عادی

مهران سلیمانی^۱، کیانوش عبدی^۲، *محمد موسوی خطاط^۳

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر دست‌یابی به علل و عوامل احتمالی موثر در تولد کودکان استثنایی در خانواده‌هایی با بیش از یک فرزند استثنایی است که از طریق تحلیل ویژگی‌های والدین با بیش از یک فرزند استثنایی در دو بخش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زیستی و مقایسه آنها با والدین دارای یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزندان عادی در جامعه مورد مطالعه (شهرستان ارومیه) صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش از نوع مقایسه‌ای پس‌رویدادی است و جامعه آماری شامل کلیه والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و والدین با فرزند عادی در شهرستان ارومیه می‌باشد. نمونه آماری شامل ۸۰ زوج از والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ زوج از والدین با فرزند عادی می‌باشد. در پژوهش حاضر از ابزار پرسشنامه ویژگی‌های زیستی - شناختی والدین با بیش از یک فرزند استثنایی و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های مجذور خی توافقی، یو من ویتنی و آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: در متغیرهای جمعیت‌شناختی کودک نیز در متغیرهای ترتیب تولد کودک ($P < 0/001$)، سابقه ابتلا به بیماری ($P = 0/006$)، نوع نارسایی کودک ($0/001$) و علت اصلی معلولیت ($P = 0/014$) در بین دو گروه تفاوت معنادار بود. در مورد متغیرهای زیستی، نوع ازدواج والدین ($0/019$)، سن پدر و مادر هنگام ازدواج ($P < 0/001$)، سن مادر در دوره بارداری ($P = 0/031$)، محل تولد پدر و مادر ($P < 0/01$)، سلامت عمومی مادر ($P = 0/012$) و گروه خونی پدر و مادر ($P < 0/001$) تفاوت معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: پیشگیری و برنامه‌ریزی برای کنترل متغیرهای موثر بر میزان تولد کودکان استثنایی در خانواده‌ها که در تحقیق حاضر بررسی شده است، به کاهش معلولیت‌ها کمک خواهد کرد.

کلید واژه‌ها: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی / ویژگی‌های زیستی / کودک استثنایی / پیشگیری / معلولیت

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران
۲- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دریافت مقاله: ۸۸/۱۰/۲۰
پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۸

*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خ
کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و
توانبخشی

*تلفن: ۲۲۱۸۰۰۱۸

*رایانامه: wmousavi@yahoo.co.uk

www.SID.ir



مقدمه

با توجه به اینکه خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضاء آن کل نظام را مختل می‌کند (۱)، تولد کودک معلول نه تنها والدین بلکه سایر اعضای نظام خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این زمان، آرامش خانواده از بین می‌رود و تمام نگاه‌های خانواده به سوی کودک معلول معطوف می‌شود (۲). این امر نظم معمول زندگی افراد خانواده را بر هم زده و به بروز آشفتگی‌ها و مشکلات زیادی می‌انجامد (۳).

مطابق تعریف کرک و تالاگر (۱۹۹۵) کودک استثنایی، با کودک عادی در زمینه‌هایی نظیر: ۱- ویژگی‌های ذهنی، توانایی‌های حسی، ۲- توانایی‌های ارتباطی، ۳- رفتار اجتماعی و ۴- ویژگی‌های جسمی متفاوت است. این توانایی‌ها باید به اندازه‌ای است که کودک برای شکوفا ساختن هر چه بیشتر استعدادهای خویش به برنامه‌های روانی و تربیتی و خدمات وابسته ویژه‌ای نیازمند می‌شود (۴).

مطابق آمار تایید شده سازمان‌های بین‌المللی از جمله یونسکو تعداد افرادی که به لحاظ تفاوت‌های محسوس فردی نیاز به برنامه‌های آموزش ویژه‌ای دارند در هر جامعه‌ای ۱۰ الی ۱۵ درصد می‌باشند البته این تعداد شامل افراد عقب مانده ذهنی، افراد تیز هوش و سر آمد، نابینا و نیمه نابینا، ناشنوا و نیمه ناشنوا، ناسازگاران اجتماعی، معلولان جسمی و غیره می‌باشند. نقص تکلم (۲ درصد)؛ ناسازگاری اجتماعی - هیجانی (۲ درصد)؛ عقب‌ماندگی ذهنی (۲ الی ۲/۵ درصد)؛ سرآمد (۲ درصد)؛ نابینایان (۰/۲ درصد)؛ معلولان جسمی (۱/۵ درصد)؛ نقص شنوایی (۱/۵ درصد)؛ اختلال یادگیری (۱ درصد)؛ بیماری‌های خاص نظیر صرع، دیابت و ... (۱/۵ درصد) (۵).

علل اصلی آسیب‌های جسمی، ذهنی، حسی و حرکتی، شناختی و روانی را می‌توان به صورت مختلفی دسته‌بندی نمود. در یکی از این دسته‌بندی‌ها که توسط افروز (۱۳۸۴) ارائه شده است چهار گروه و حیطه کلی وجود دارد که سهم هر یک از دسته‌ها به این ترتیب است: عوامل ژنتیکی (۴۰ درصد)؛ شرایط و مشکلات دوران بارداری (۲۴/۲ درصد)؛ شرایط و حوادث زمان تولد (۱۴/۸ درصد)؛ بیماری‌ها و حوادث دوران رشد [بعد از تولد] (۱۳/۵ درصد)؛ سایر علل [نامشخص] (۷/۵ درصد) (۵).

در دسته‌بندی دیگر می‌توان عوامل را به سه دسته عوامل قبل، حین و بعد از تولد تقسیم‌بندی نمود. که هر یک نیز به زیرمجموعه‌های دیگری تقسیم می‌شوند:

• قبل از تولد:

ژنتیکی

اختلالات کروموزوم‌های جنسی (نظیر سندرم کلاین

فلتر / ترنر) (۶)

اختلالات کروموزوم‌های غیرجنسی (نظیر سندرم داون / صدای گربه) (۶،۷)

اختلالات مربوط به سوخت‌وساز و متابولیسم بدن (۵)

عامل RH (آر هاش) (۸)

عامل هم‌خونی (۵)

سفلیس ارثی

مصرف دارو توسط مادر (۹)

سوء تغذیه مادر

الکلیسم (۵)

سن زیاد والدین (۸)

• هنگام (حین) تولد

محرومیت از اکسیژن

نارسی و تولد با وزن پایین (۱۰)

زایمان‌های طولانی (۵)

• پس از تولد

زیستی (۱۰)

بیماری‌های مزمن

عفونت‌ها

کمبود تغذیه‌ای شدید

محیطی (۱۰)

سرب

تصادفات

فقر

و ...

همچنین طبق سایر مطالعات انجام شده در ایران و جهان، سن مادر به هنگام بارداری (سنین زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال) قرار گرفتن در معرض تشعشعات رادیو اکتیو و اشعه ایکس، ابتلاء مادر به بیماری‌های ویروسی مانند سرخچه، آبله مرغان و بیماری‌های کبدی مخصوصاً در دوره رویانی و اوایل دوره جنینی (۱۱) سفلیس، توکسو پلاسموزیس، سیتو مگاویروس، هرپس و ایدز، همچنین سایر بیماری‌ها از جمله توکسیمای بارداری، دیابت شیرین، فشار خون، بیماری مادر زادی قلبی، فیئیل کتونوریا، بیماری خود ایمنی، کم خونی داسی شکل، ناسازگاری خونی RH و افزایش بیلی روبین خون در نوزادان و یرقان شدید ناشی از آن (۱۲)، مصرف داروهای سقط کننده، زود رسی و نارسی (۱۳)، عوامل فیزیکی نظیر زندگی در ارتفاعات و کمبود اکسیژن ناشی از آن، مسمومیت شدید حاملگی و اختلالات تیروئید، اقدامات تشخیصی و درمانی غیر اصولی در دوران بارداری عوامل فرهنگی و اجتماعی (۱۴) از دیگر عوامل معلولیت‌زا محسوب می‌شوند.



تفاوت سنی والدین و نیز رابطه خویشاوندی والدین در بین دو گروه تفاوت معناداری به دست نیامد (۱۸).

در ارتباط با متغیر ویژگی‌های شناختی از بین متغیرهای مورد بررسی، بین متغیرهای میزان تحصیلات مادر و پدر، زمان آگاهی والدین از نقص شنوایی کودک، عادت به مطالعه در مادر، میزان آگاهی والدین از عوامل معلولیت‌زا، میزان آگاهی والدین از راه‌های پیشگیری از تولد مجدد کودک معلول، میزان آگاهی پدر و مادر از عوامل ناشنوایی تفاوت معنا دار بود.

در مطالعه نصر آبادی (۱۳۸۷) که در اهواز انجام گرفت، بین متغیرهای مربوط به سن مادر، سن پدر به هنگام ازدواج، سلامت عمومی پدر (بیماری ذهنی و جسمی) با ازدواج‌های خویشاوندی تفاوت معنادار نبود. همچنین متغیرهای زیستی دیگر از جمله سن مادر و سن پدر به هنگام ازدواج و سلامت عمومی مادر با فراوانی بیش از یک فرزند استثنایی و ازدواج خویشاوندی و غیر خویشاوندی رابطه معناداری نداشت. بین سایر متغیرها از جمله گرایش مادری، گروه خونی پدر و مادر، سابقه معلولیت در سایر اقوام با ازدواج خویشاوندی و غیرخویشاوندی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش مذکور بین سایر متغیرهای زیستی از جمله محل تولد پدر و مادر، وضعیت سلامت عمومی پدر و مادر، انجام مشاوره ژنتیکی قبل از ازدواج، گروه خونی مادر و پدر و سابقه معلولیت در اقوام با خویشاوندی و غیر خویشاوندی بودن والدین ارتباط معناداری وجود ندارد. میزان آگاهی والدین از نیازها قبل از تولد، آگاهی والدین از نیازها بعد از تولد، آگاهی والدین از عوامل معلولیت‌زا و آگاهی والدین از عوامل پیشگیری بین خویشاوندی و غیر خویشاوندی تفاوت معناداری وجود نداشت (۱۹).

با توجه به جمعیت زیاد درگیر در مسئله معلولیت و آثار آن از لحاظ اقتصادی و تأثیراتی که بر حوزه‌های اجتماعی و شاخص‌های سلامت، دارد پرداختن به آن به عنوان مسئله‌ای که در توسعه کشور از جنبه‌های مختلف قابل تأمل است، مهم و لازم می‌نماید. در این راستا اگر چه پیشگیری از بروز معلولیت یکی از اولویت‌های مهم در این ارتباط است، لکن شناسایی وضعیت آنان از جنبه‌های مختلف زیستی - شناختی کمک شایانی به کسب آگاهی جهت انجام برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و بلند مدت چه از لحاظ برنامه‌های اجتماعی و چه از نظر تدوین برنامه‌های پیشگیری می‌نماید. همان‌گونه که پیش از این نشان داده شد، مطالعات متعددی در زمینه مقایسه ویژگی‌های زیستی - شناختی والدین کودکان استثنایی با والدین کودکان عادی انجام گرفته، لکن با توجه به جغرافیای محدود از یک سو و بعضاً نتایج متناقض از سوی دیگر انجام مطالعه‌ای دیگر ضروری می‌نماید.

پژوهشی در زمینه ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی والدین کودکان با نشانگان داون در مقایسه با والدین کودکان عادی صورت گرفت. بدین منظور بر روی والدین ۴۰۰ دانش آموز (۲۰۰ دانش آموز عادی و ۲۰۰ دانش آموز با نشانگان داون) پژوهشی صورت گرفت. ویژگی‌های زیستی (سن مادر در اولین بارداری، سن مادر در هنگام تولد، سن مادر، مدت بارداری و...) والدین کودکان با نشانگان داون در مقایسه با والدین کودکان عادی تفاوت معناداری داشت (۱۵).

در پژوهشی میزان عقب‌ماندگی ذهنی و عوامل مرتبط با آن در شهر اردبیل که میزان شیوع ذهنی ۶/۳ درصد است مقایسه ۲ گروه عقب مانده ذهنی نشان می‌دهد ازدواج فامیلی، بیماری تب، تشنج در زمان بعد از تولد، حوادث حین زایمان در گروه عقب مانده ذهنی بالاتر است. بعلاوه نتایج نشان داد که سطح تحصیلات مادران کودکان عقب مانده ذهنی به طور معنادار پایین‌تر از گروه عادی است و نیز عوامل محیطی در بین عوامل دیگر مهم‌ترین عامل عقب‌ماندگی ذهنی کودکان در شهر اردبیل بوده است (۱۶).

دورکین و همکاران (۲۰۰۰) با یک زمینه یابی دو مرحله‌ای در سال ۱۹۷۸، ۱۰۲۹۹ کودک عامل‌های خطر بیش و بعد از تولد را در بنگلادش مطالعه کرده و به این نتیجه رسیدند که گوآتر مادر زادی، عفونت‌های پس از تولد به طور معناداری عقب‌ماندگی‌های ذهنی را در مناطق شهری و روستایی تشکیل می‌دهد. همچنین خویشاوندی نسبی و وضعیت اقتصادی نامناسب با شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در مناطق شهری و روستایی مرتبط بوده است و عوامل خطر ساز چون بی سوادی والدین، سابقه سقط جنین مادر، بارداری در سن پایین متغیرهای پیش‌بینی کننده ناتوانی‌های شناخت خفیف بوده است (۱۷).

طبق پژوهش بهادری (۱۳۸۷)، در متغیرهای جمعیت شناختی کودکان استثنایی، بین متغیرهای سن، فصل تولد، ترتیب تولد کودک، سابقه ابتلا کودک به بیماری‌ها با فراوانی ابتلا کودک به ناشنوایی تفاوت معنادار است.

بین متغیرهای مرتبط با اعتیاد پدر، سن پدر و سن پدر به هنگام اولین بارداری مادر، سن پدر به هنگام ازدواج با فراوانی کودک یا نقص شنوایی و همچنین بین متغیرهای زیستی دیگر از جمله (سن مادر، سن مادر به هنگام اولین بارداری، سن مادر به هنگام تولد کودک با فراوانی کودک با نقص شنوایی تفاوت معناداری مشاهده شد. بین سایر متغیرها مانند گویش والدین، سلامت جسمانی والدین قبل از تولد کودک، اعتیاد مادر به مواد مخدر، مصرف دارو و ابتلا مادر به بیماری‌های خاص قبل از تولد کودک، طول و مدت و کیفیت بارداری مادر، گروه خونی و



روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی بوده و ویژگی‌های دو گروه را مورد مقایسه قرار داده است. جامعه آماری مورد بررسی در پژوهش حاضر مشتمل بر کلیه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای بیش از یک فرزند عادی شهرستان ارومیه است. برای انتخاب نمونه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی، با مراجعه به مراکز بهزیستی شهرستان ارومیه و آموزشگاه‌های استثنایی شهرستان ارومیه ۸۰ زوج (مادر و پدر) که دارای بیش از یک فرزند استثنایی بودند به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی انتخاب گردید.

نمونه والدین عادی نیز به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از طریق مدارس آموزش و پرورش شهرستان ارومیه انتخاب گردید و در نهایت از این طریق ۵۳ زوج (مادر و پدر) که دارای بیش از یک فرزند عادی و بدون فرزند استثنایی بودند انتخاب شدند. در انتخاب نمونه والدینی که دارای یک فرزند بودند حذف گردیدند تا امکان مقایسه دقیق‌تر با والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی فراهم گردد.

حجم نمونه این پژوهش ۱۳۳ خانواده می‌باشد که از این تعداد ۸۰ خانواده دارای بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ خانواده دارای فرزندان عادی می‌باشند.

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز از بخش اول و دوم پرسشنامه ویژگی‌های زیستی، شناختی، و روانی - اجتماعی والدین استفاده شد، ساختار اصلی این پرسشنامه برای اولین بار توسط افروز (۱۳۸۳) به منظور بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین دارای فرزند با سندرم داون تهیه و تنظیم گردید (۷) و در پژوهش‌های بسیاری با اندکی تغییرات مورد استفاده قرار گرفت (۱۵، ۱۸). این پرسشنامه دارای سه بخش اصلی است:

در بخش اول مشخصات کودک یا کودکان استثنایی مورد سوال واقع شده است. از جمله این سوال‌ها عبارتند از: نام و نام خانوادگی، جنس، سن، تاریخ تولد، محل تولد، نوع اختلال کودک، ترتیب تولد، محل زندگی و سکونت کودک، وزن کودک به هنگام تولد، و سابقه اختلال کودک به بیماری‌های مختلف.

در بخش دوم پرسشنامه ویژگی‌های زیستی والدین مورد سوال واقع شده است. از جمله این سوال‌ها عبارتند از: سن مادر، سن مادر به هنگام ازدواج، سن مادر به هنگام تولد کودک استثنایی، محل تولد مادر، سابقه بیماری مادر قبل از بارداری، سابقه اعتیاد مادر، طول مدت بارداری مادر، سن پدر، سن پدر به هنگام ازدواج، سن پدر به هنگام تولد کودک استثنایی، محل تولد پدر، و سابقه اعتیاد پدر.

پرسشنامه دیگر مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱ بود. این پرسشنامه از نوع غربالگری^۲ بوده و مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی است. مطابق پژوهش تقوی (۱۳۸۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه به روش باز آزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد (۲۵). روایی همزمان کل پرسشنامه بر اساس همبستگی با آزمون میدلکس ۰/۵۵ و روایی همزمان خرده مقیاس‌های مذکور با آزمون میدلکس نیز به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ می‌باشد که همگی معنادار بوده‌اند. واریانس انجام درونی پرسشنامه سلامت روانی به طور کلی ۰/۸۹ و در خرده مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ بوده است. در پژوهش‌های دیگری نیز به اعتبار و روایی قابل قبول این پرسشنامه اشاره شده است (۲۸-۲۶).

نصرتی (۱۳۸۵) با استفاده از اجرای مجدد، اعتبار پرسشنامه را در سوال‌های مختلف بین ۹۲ تا ۹۵ درصد گزارش می‌کند. روایی محتوایی پرسشنامه اصلاح شده نیز به تأیید اساتید متخصص در این زمینه رسیده است (۱۵).

در فرآیند اجرا، با حضور در مراکز مربوطه لیستی از والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی به همراه شماره تلفن و یا آدرس از مجتمع‌های بهزیستی و مدارس آموزش و پرورش استثنایی تهیه گردید. سپس محقق با یک از این خانواده‌ها تماس تلفنی برقرار کرده و از آنها درخواست کرد برای همکاری در انجام پژوهش در یکی از مجتمع‌های بهزیستی حضور یابند. هر روز حدود سه خانواده در مرکز حضور یافته و پژوهشگر با توضیح اهداف پژوهش مورد نظر و دادن اطمینان از اینکه اطلاعات به صورت محرمانه خواهد ماند و تنها به منظور انجام پژوهش علمی از آنها استفاده خواهد شد در والدین انگیزه مشارکت در پژوهش را ایجاد کرد. پژوهشگر در حین اجرای پژوهش در کنار آزمودنی‌ها بود و زمان زیادی به پاسخ به سوالات آزمودنی‌ها اختصاص داده شد.

در تحلیل داده‌ها، جهت مقایسه متغیرهای اسمی در دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزند عادی از مدل آماری مجذور خسی، جهت مقایسه متغیرهای رتبه‌ای در دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و والدین دارای فرزند عادی از مدل آماری یو مان ویتنی و جهت مقایسه متغیرهای فاصله‌ای در دو گروه از مدل آماری تی دو گروه مستقل استفاده شد.



یافته‌ها

در این تحقیق ۸۰ خانواده دارای بیش از یک فرزند استثنایی و ۵۳ خانواده بدون فرزند استثنایی شرکت کردند. تعداد و توزیع خانواده‌های کودکان بر حسب جنسیت در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی خانواده‌های مورد بررسی بر حسب جنسیت کودک و تعداد کودک استثنایی

متغیر (جنسیت فرزند معلول در خانواده)	بیش از یک بدون فرزند استثنایی	
	فرزند استثنایی	بدون فرزند استثنایی
دختر	۸۱	۲۷
درصد	۴۶/۲	۵۰/۹
پسر	۹۴	۲۶
درصد	۵۳/۸	۴۹/۱
کل	۱۷۵	۵۳
درصد	۱۰۰	۱۰۰

همان‌طور که مشاهده می‌شود تعداد پسران از دختران در خانواده دارای فرزند استثنایی به طور محسوسی بیشتر است. تعداد فرزندان استثنایی در ۸۰ خانواده مورد مطالعه در جدول ۲

نمایش داده شده است. مطابق این جدول ۲۵ درصد از افراد مورد مطالعه سه و بیشتر فرزند استثنایی داشته‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی خانواده‌های با بیش از یک فرزند استثنایی بر حسب تعداد فرزندان استثنایی

تعداد فرزند استثنایی	فراوانی	درصد
دو فرزند	۶۰	۷۵
سه فرزند	۱۳	۱۶/۲۵
چهار فرزند	۵	۶/۲۵
پنج فرزند	۲	۲/۵
جمع	۸۰	۱۰۰

دو گروه والدین بدون فرزند استثنایی و دارای بیش از یک فرزند استثنایی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند که نتایج در جدول ۳ نمایش داده شده است. همچنان که در توضیح جدول ۱ نیز آمد، درصد جمعیتی دختران و پسران در این دو گروه متفاوت است، لکن این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست. به غیر از جنسیت و فصل تولد، بقیه متغیرها تفاوت معناداری بین دو گروه را نشان می‌دهند.

جدول ۳- مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

متغیر	دارای بیش از یک فرزند استثنایی		بدون فرزند استثنایی		مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	دختر	۳۷	۴۶/۲	۲۷	۰/۷۲۴
	پسر	۴۳	۵۳/۸	۲۶	
فصل تولد	بهار	۴۸	۲۷/۴	۱۷	۰/۵۸۲
	تابستان	۵۲	۳۷/۲	۱۵	
	پاییز	۳۳	۱۸/۹	۱۲	
	زمستان	۴۲	۲۴	۹	
سال تولد	قبل از ۵۹	۱۴	۷/۰	۰	<۰/۰۰۱
	۶۰-۶۹	۵۵	۳۱/۴	۷	
	۷۰-۷۹	۸۸	۵۰/۳	۱۲	
	۸۰ و بعد از آن	۱۸	۱۰/۳	۳۴	



ادامه جدول ۳

مقدار احتمال	بدون فرزند استثنایی		دارای بیش از یک فرزند استثنایی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۳۹	۳/۸	۲	۱۳/۴	۲۲	زیر ۱/۵
	۵/۷	۳	۹/۸	۱۷	۱/۵-۲
	۵۰/۹	۲۷	۳۶/۰	۵۹	۲-۳
	۳۷/۷	۲۰	۳۹/۶	۶۵	۳-۴
	۱/۹	۱	۱/۲	۲	بالاتر از ۴
<۰/۰۰۱	۶۷/۷	۳۶	۲۵/۷	۴۵	اول
	۲۳/۱	۱۲	۲۸/۶	۵۰	دوم
	۳/۱	۲	۱۵/۴	۲۷	سوم
	۶/۲	۳	۳۰/۳	۵۳	چهارم و بالاتر
۰/۰۰۶	۹/۴۳	۵	۱۲/۶	۲۲	سرخک
	۵/۶	۳	۵/۱	۹	آبله
	۰	۰	۲/۳	۴	سیاه سرفه
	۱/۸	۱	۱۶	۲۸	یرقان
	۱/۸	۱	۲/۹	۵	اوریون
	۰	۰	۲/۳	۴	فلج اطفال
	۰	۰	۱۳/۷	۲۴	صرع
	۸۱/۱	۴۳	۴۵/۱	۷۹	نامعلوم

با توجه به اینکه در تحقیقات مختلف، تأکید ویژه‌ای بر روی ازدواج خویشاوندی و غیر خویشاوندی شده و افراد به سوی مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج ترغیب می‌شوند، والدین بر اساس نوع ازدواج بر حسب متغیرهای «نوع نارسایی»، «علت معلولیت» و «محل زندگی کودک» مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، علت ارثی/ژنتیکی برای معلولیت بیشترین درصد را در هر دو گروه به خود اختصاص داده است.

جدول ۴- مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی بین دو گروه والدین بر حسب ازدواج خویشاوندی و غیر خویشاوندی

مقدار احتمال	ازدواج غیر خویشاوندی		ازدواج خویشاوندی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۱	۴۲/۹	۲۹	۵۵	۵۹	کم توان ذهنی
	۴۱/۴	۲۸	۱۵	۱۷	ناشنوا و کم شنوا
	۲/۹	۲	۲	۲	نابینا و کم بینا
	۱۲/۹	۹	۲۸	۲۹	جسمی حرکتی (نقص در اندام‌ها) و چند معلولیتی
۰/۰۱۴	۷۷/۹	۵۳	۷۳/۸	۷۹	ژنتیکی یا ارثی
	۴/۴	۳	۱۶/۸	۱۸	عوامل دوران بارداری
	۷/۴	۵	۰/۹	۱	شرایط زمان تولد
	۱۰/۳	۷	۸/۴	۹	عوامل پس از تولد
۰/۸۰۹	۹۸/۵	۶۶	۱۰۰	۱۰۸	منزل
	۱/۵	۱	۰	۰	محل زندگی کودک مرکز توانبخشی



پس از مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی در جداول پیشین، این دو گروه از لحاظ متغیرهای زیستی مورد مقایسه قرار گرفتند. مطابق اطلاعات جدول ۵، دو گروه تنها از لحاظ وضعیت سلامت عمومی پدر تفاوت معناداری نداشتند. در مورد بقیه متغیرها، تفاوت بین دو گروه معنادار بود. همچنان که مشاهده می‌شود، نوع ازدواج بین دو گروه تفاوت معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۵- مقایسه متغیرهای زیستی بین دو گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی و بدون فرزند استثنایی

مقدار احتمال	بدون فرزند استثنایی		دارای بیش از یک فرزند استثنایی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۱۹	۸۳/۰	۴۴	۶۲/۵	۵۰	نوع ازدواج غیر خویشاوندی خویشاوندی
	۱۷/۰	۹	۳۷/۵	۳۰	
<۰/۰۰۱	۷۲	۳۶	۳۳/۸	۲۶	محل تولد مادر شهر روستا
	۲۸	۱۴	۶۶/۲	۵۳	
<۰/۰۰۱	۷۵	۴۰	۳۸/۲	۳۰	محل تولد پدر شهر روستا
	۱۹	۱۰	۶۱/۸	۴۹	
<۰/۰۰۱	۳/۸	۲	۰	۰	سن مادر (سال) ۲۰ سال و کمتر ۲۱-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱ و بالاتر
	۴۵/۵	۲۴	۳/۸	۳	
	۳۴	۱۸	۳۰	۲۴	
	۱۵/۱	۸	۴۵	۳۴	
	۱/۹	۱	۲۱/۲	۱۷	
<۰/۰۰۱	۰	۰	۰	۰	سن پدر (سال) ۲۰ سال و کمتر ۲۱-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱ و بالاتر
	۲۸/۳	۱۵	۰	۰	
	۴۳/۴	۲۳	۱۸/۸	۱۵	
	۲۰/۸	۱۱	۴۵	۳۶	
	۷/۵	۴	۳۶/۲	۲۹	
<۰/۰۰۱	۴۱/۵	۲۲	۶۵	۵۲	سن مادر هنگام ازدواج (سال) ۲۰ سال و کمتر ۲۱-۳۰ ۳۱ و بالاتر
	۵۸/۵	۳۱	۲۸/۸	۲۳	
	۰	۰	۲/۶	۵	
<۰/۰۰۱	۱/۹	۱	۳۰	۲۴	سن پدر هنگام ازدواج (سال) ۲۰ سال و کمتر ۲۱-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱ و بالاتر
	۸۶/۸	۴۶	۵۷/۵	۴۶	
	۵/۷	۳	۵	۴	
	۰	۰	۱/۲	۱	
	۵/۷	۳	۶/۲	۵	
۰/۰۳۱	۱۱/۳	۶	۲۸/۶	۲۳	سن مادر هنگام بارداری (سال) ۲۰ سال و کمتر ۲۱-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱ و بالاتر
	۷۵/۴	۴۰	۴۵/۴	۳۶	
	۱۳/۲	۷	۱۴/۶	۱۱	
	۰	۰	۱۰/۸	۹	
	۰	۰	۰/۵۴	۱	



ادامه جدول ۵

مقدار احتمال	بدون فرزند استثنایی		دارای بیش از یک فرزند استثنایی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۱۲	۹۸/۱	۵۲	۸۲/۵	۶۶	وضعیت سلامت عمومی سالم
	۱/۹	۱	۱۷/۵	۱۴	مادر بیمار یا معلول
۰/۱۴۱	۹۸/۱	۵۲	۹۰	۷۲	وضعیت سلامت عمومی سالم
	۱/۹	۱	۱۰	۸	پدر بیمار یا معلول
<۰/۰۰۱	۲۰/۸	۱۱	۲/۵	۲	AB ⁻
	۳/۸	۲	۶/۲	۵	AB ⁺
	۱۷	۹	۵	۴	A ⁻
	۲۶/۴	۱۴	۱۳/۸	۱۱	A ⁺
	۵/۷	۳	۷/۵	۶	B ⁻
	۱/۹	۱	۶/۲	۵	B ⁺
	۱۳/۲	۷	۱۰	۸	O ⁻
	۰	۰	۱۰	۸	O ⁺
	۱۱/۳	۶	۳۸/۸	۳۱	نامعلوم
	۲۰/۸	۱۱	۲/۵	۲	AB ⁻
<۰/۰۰۱	۱۱/۳	۶	۵	۴	AB ⁺
	۵/۷	۳	۵	۴	A ⁻
	۲۰/۸	۱۱	۱۶/۲	۱۳	A ⁺
	۱/۹	۱	۶/۲	۵	B ⁻
	۰	۰	۱/۲	۱	B ⁺
	۹/۴	۵	۳/۸	۳	O ⁻
	۰	۰	۲۱/۲	۱۷	O ⁺
	۳۰/۲	۱۶	۳۸/۸	۳۱	نامعلوم

بحث

با توجه به جدول ۳ وزن کودکان استثنایی به هنگام تولد به طور معناداری از وزن کودکان عادی کمتر است. در پژوهش افروز (۱۳۸۰) ۲۱ درصد کودکان استثنایی با وزنی کمتر از ۲/۵ کیلوگرم و نظری (۱۳۸۷)، ۶۳ درصد کودکان استثنایی هنگام تولد کمتر از ۳ کیلوگرم، نصرآبادی (۱۳۸۷)، ۸/۳۷ درصد کمتر از ۲/۵ کیلوگرم وزن داشته‌اند. براساس گزارش آمار یونیسیف (۲۸ دسامبر ۲۰۰۰) در سطح ملی حدود ۱۰ درصد از نوزادان با وزنی کمتر از ۲/۵ کیلوگرم متولد می‌شوند، در حالیکه این رقم در بین کودکان استثنایی قریب به ۳۰ درصد است لذا می‌توان کم وزنی به هنگام تولد را یکی از عوامل موثر در پیدایی آسیب‌های جسمی، ذهنی، حسی و حرکتی بر شمرد (۵).

با توجه به جدول ۳ سابقه ابتلا به بیماری در کودکان استثنایی به طور معناداری بیشتر از کودکان عادی است و در این بین

با توجه به جدول ۱ تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ جنسیت کودکان مورد مطالعه وجود ندارد؛ اگر چه در گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی نسبت دختران به پسران بیشتر است اما در گروه والدین دارای فرزند عادی این نسبت تقریباً مساوی است. این یافته در پژوهش افروز (۱۳۸۴) و نظری (۱۳۸۷) نیز مورد تایید قرار گرفته که می‌تواند ناشی از آسیب پذیری پسران در دوران جنینی و مراحل اولیه رشد نسبت به دختران باشد (۵،۲۰). با توجه به جدول ۲ در گروه والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی درصد بالایی از کودکان مورد مطالعه فرزند چهارم و بالاتر می‌باشند. که این مسئله می‌تواند ناشی از بالا رفتن سن مادر در بارداری‌های آخر باشد. این یافته‌ها با پژوهش نظری و نصرآبادی همسوی باطلد (۱۹،۲۰).



صرع و یرقان بالاترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. در پژوهش نظری (۱۳۸۷)، رابطه بین خویشاوند و غیر خویشاوند و با سابقه ابتلا به بیماری‌ها در کودک معنادار است و ۳۵/۱۷ درصد سایر بیماری‌ها، تب و تشنج ۱/۱۱ درصد و یرقان ۲/۱۰ درصد بیشترین فراوانی سابقه ابتلا به بیماری در دوران کودکی را داشته‌اند (۲۰).

همچنین سیف الله زاده (۱۳۷۹)، یرقان در دوران کودکی (با ۴/۱۳ درصد) را یکی از علل معلولیت در شهرستان محمود آباد ذکر کرده است (۱۳).

با توجه به جدول ۴ شایع‌ترین نوع معلولیت در هر دو گروه والدین بیش از یک فرزند استثنایی، عقب مانده ذهنی است و پس از آن چند معلولیتی‌ها، ناشنوایان و نابینایان به ترتیب از بالاترین فراوانی برخوردارند و این یافته‌ها با نتایج تحقیقات افروز (۱۳۸۴) و سیف الله زاده (۱۳۷۹) همسو می‌باشد.

شایع‌ترین علت اصلی در نمونه مورد مطالعه مربوط به عوامل ژنتیکی می‌باشد که این یافته‌ها با نتایج پژوهش افروز (۱۳۸۴) با ۲/۴۰ درصد، نظری (۱۳۸۷) ۹/۸۰ درصد، نصر آبادی (۱۳۸۷) ۶۸ درصد، سیف الله زاده (۱۳۷۹) ۴۵ درصد، همسو می‌باشد (۵،۱۳،۱۹،۲۰).

مطابق این جدول تقریباً تمام خانواده‌های مورد مطالعه به استثنای یک مورد از فرزندان خود در منزل نگهداری می‌کنند که این یافته با نتایج پژوهش افروز (۱۳۸۰)، سیف الله زاده (۱۳۸۸) و بهادری (۱۳۸۶) همسو است (۱۳،۱۸،۲۱).

با توجه به جدول ۵ مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در زمان انجام پژوهش از سن بالاتری در مقایسه با گروه دیگر برخوردارند. در این رابطه باید عنوان کرد مادران سالمند ممکن است مجموعه‌ای از مشکلات را نشان دهند. آن‌ها با درصد احتمال بیشتری کودکی مبتلا به سندروم داون خواهند داشت (۱۰).

همچنین هانت و مارشال (۱۹۹۹) بیان می‌دارند احتمال تولد کودک با سندروم داون با افزایش سن مادر افزایش می‌یابد و این امر لزوم مشاوره ژنتیکی و همین‌طور استفاده از روش آمینوستز در حاملگی‌های بالای ۳۵ سال را بیان می‌کند (۲۲). از سوی دیگر زنان بالای ۳۵ سال با درصد احتمال بیشتری مشکلات سلامتی مثل دیابت و فشار خون بالا دارند که این مسائل می‌توانند بارداری را پیچیده کنند. با وجود مطالب گفته شده و با اینکه خطر تولد کودکان معلول با افزایش سن مادر مورد تأیید قرار گرفته است به نظر می‌رسد در جامعه ایران شرایط تا حدی متفاوت باشد. برای درک درست این امر افروز (۱۳۸۲) سعی کرده است علاوه بر بررسی سن مادر، به بررسی سن مادر هنگام ازدواج و سن مادر هنگام تولد فرزند نیز پردازد که در

این پژوهش نیز با الگوگیری از آن روش به مطالعه متغیرهای فوق‌الذکر پرداخته شده است (۷).

با توجه به این جدول می‌توان گفت مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در سنین پایین‌تری اقدام به ازدواج نموده‌اند. افروز (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی نشان می‌دهد بالغ بر ده درصد مادران کودکان استثنایی قبل از ۱۴ سالگی و در مجموع ۷۳ درصد قبل از ۲۰ سالگی و کم‌تر از یک درصد بعد از ۳۵ سالگی ازدواج کرده‌اند (۷). افروز (۱۳۸۲) در ادامه بیان می‌دارد ازدواج زود هنگام مادر به خصوص در سنین نوجوانی و بارداری بلافاصله پس از ازدواج، بدون آن که مادر آمادگی جسمانی و روان شناختی لازم را داشته باشد و بتواند مسئولیت مادری را بپذیرد، اغلب موجب اختلال در رشد نوزادان می‌شود و بدین ترتیب میزان شیوع انواع آسیب‌های جسمی، ذهنی و روان شناختی کودکان افزایش می‌یابد (۷). همان‌طور که ذکر شد به نظر می‌رسد بر عکس یافته‌های متعدد در غرب که از خطرناک بودن بارداری در سنین بالا سخن می‌گویند، ازدواج و بارداری زود هنگام مشکل اصلی جامعه ما محسوب می‌شود.

می‌توان گفت مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در سنین پایین‌تری تولد فرزند خود را تجربه کرده‌اند. در این ارتباط افروز (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی نشان می‌دهد ۲۲ درصد مادران کودکان استثنایی اولین بارداری خود را در سنین کم‌تر از ۲۰ سال، بیش‌تر از ۱۰ درصد در سنین پایین‌تر از ۱۸ سال و نزدیک به ۲ درصد در سنین کم‌تر از ۱۵ سال تجربه کرده‌اند. کم‌تر از ۱۷ درصد این مادران بیش از ۳۵ سال داشته‌اند. این مسئله در کشور ما در مقایسه با کشورهای غربی متفاوت است؛ به طوری که در کشورهای غربی و اروپایی اغلب مادران کودکان استثنایی نخستین بارداری خود را بعد از ۳۵ سالگی تجربه می‌کنند (۷). فقدان آگاهی لازم پیرامون شرایط مطلوب بارداری‌های ناخواسته و بارداری زود هنگام از جمله دلایل اصلی تولد کودک استثنایی بوده است. از آنجایی که مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در مقایسه با مادران دارای یک فرزند استثنایی نیز در سنین پایین‌تری اقدام به فرزند آوری نموده‌اند، اهمیت موارد ذکر شده برای این گروه دو چندان می‌باشد.

با توجه به اطلاعات این جدول، می‌توان گفت پدران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در زمان انجام پژوهش از سن بالاتری در مقایسه با گروه دیگر برخوردار هستند. در این رابطه می‌توان نمود که سن پدر نیز به عنوان یک متغیر در کنار سن مادر می‌تواند اهمیت داشته باشد، هر چند که اهمیت آن از سن مادر کم‌تر است. با این وجود می‌بایست برای بررسی بهتر و دقیق‌تر به مطالعه سن پدر هنگام ازدواج و سن پدر هنگام تولد فرزند اقدام نمود.



بر مبنای جدول ۵، بین گروه خونی پدران و مادران در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که بالاترین درصد گروه خونی برای مادران بدون فرزند استثنایی A+ می باشد (۲۶ درصد). در حالیکه بالاترین درصد گروه خونی برای مادران دارای فرزند استثنایی A+، O- و O+ می باشد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پس رویدادی است، برخی از سئوال‌ات اطلاعاتی را شامل می شد که مربوط به چندین سال پیش است (مثل وزن کودک هنگام تولد)، برخی از والدین اطلاعات دقیق و کافی درباره وضعیت خاص کودک به هنگام تولد و شرایط دوران اولیه کودکی وی نداشته‌اند. روش انتخاب آزمودنی‌ها از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. از آنجا که برای دسترسی به والدین کودکان استثنایی از پرونده‌های تحصیلی کودکان استثنایی در سازمان بهزیستی یا آموزش و پرورش استثنایی استفاده شد، والدین آن دسته از کودکان استثنایی که در خانواده‌ها نگهداری می شدند یا در مدارس عادی تحصیل می کردند، در این پژوهش حضور نداشتند. خود توصیفی بودن سئوال‌ات پرسشنامه‌ها که ممکن است باعث شود اطلاعات دقیق و قابل اعتمادی از والدین اخذ نشود از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. در مورد برخی از سئوال‌ات اغلب پدر و مادرها مایل به پاسخ گویی نبودند. برای مثال در مورد تمایل به فرزند آوری والدین، از آنجا که این سئوال‌ات دارای مسائل فرهنگی خاص خود می باشد، امکان سو گیری پاسخ‌ها وجود دارد. گزارش یافته‌های این تحقیق برای تمام والدین دارای کودک استثنایی به شکل کلی ارائه شده است و اقدام به گزارش نتایج تحقیق به تفکیک اینکه والدین کدام یک از گروه‌های استثنایی (عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و...) هستند، نشده است. از آنجا که این تحقیق بر روی والدین کودکان استثنایی و عادی شهرستان ارومیه انجام شده، قابل تعمیم به سایر شهرها و جوامع نیست.

نتیجه گیری

با توجه به اطلاعات به دست آمده طی فرآیند تحقیق که مشروح آن پیش از این ارائه گردید، پیشگیری و برنامه ریزی برای کنترل متغیرهای مؤثر بر میزان تولد کودکان استثنایی در خانواده‌ها که در تحقیق حاضر بررسی شده است، به کاهش معلولیت‌ها کمک خواهد کرد.

بر اساس یافته‌های جدول ۵ می توان گفت پدران دارای بیش از یک فرزند استثنایی در سنین پایین تری اقدام به ازدواج نموده‌اند. این یافته که با دیگر یافته این پژوهش مبنی بر اینکه مادران دارای بیش از یک فرزند استثنایی نیز در سنین پایین تری اقدام به ازدواج نموده‌اند هم خوانی دارد. افروز (۱۳۸۲) نیز گزارش می کند ۲۲/۶ درصد پدران کودکان استثنایی در زمان ازدواج کم تر از ۲۰ سال داشته‌اند. در مجموع می توان گفت عدم آمادگی‌های لازم اجتماعی، عاطفی، شناختی، و حتی اقتصادی در زوجینی که در سنین پایین اقدام به ازدواج می کنند می تواند شرایطی فراهم کند که احتمال بروز معلولیت‌ها در آن افزایش می یابد. اگر شوهر به آن درجه از پختگی و رشد لازم نرسیده باشد که بتواند به نیازهای زیستی، روانی و اجتماعی همسر خویش توجه کند و برای رفع آن‌ها بکوشد، زن خود را تنها و بی پناه حس کرده و احتمال ایجاد شرایط نامطلوب روانی در مادر افزایش می یابد. این شرایط می تواند به نوبه خود باعث تولد کودکان معلول گردد (۷).

با توجه به جدول ۵، می توان گفت والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی در مقایسه با والدین دارای فرزندان عادی، ازدواج‌های خویشاوندی بیشتری را تجربه می کنند (۳۷/۵ درصد در مقابل ۱۷ درصد). در این زمینه افروز (۱۳۸۲) نیز در پژوهشی بیان می کند ۴۴ درصد والدین کودکان استثنایی ازدواج خویشاوندی داشته‌اند در حالی که بررسی‌های انجام شده در مدارس عادی بیان گر این حقیقت است که در مدارس عادی شهرهای بزرگ مانند تهران و کرج فقط حدود ده درصد والدین دانش آموزان عادی ازدواج خویشاوندی داشته‌اند (۷).

در ایران پژوهش‌های دیگری نیز برای بررسی تأثیر ازدواج خویشاوندی بر بروز معلولیت صورت گرفته است. رئیس وند (۱۳۷۷) نشان می دهد بین ازدواج خویشاوندی والدین و عقب ماندگی ذهنی کودک رابطه وجود دارد (۲۳).

در این ارتباط افروز (۱۳۸۲) بیان می دارد در ۸۰ درصد موارد ازدواج‌های فامیلی، وجود ژن غالب معیوب در به وجود آمدن کودک استثنایی نقش دارد (۷). میلانی فر (۱۳۸۳) نیز بیان می دارد عامل هم خونی در ایجاد ناهنجاری ارثی، عصبی و ذهنی تأثیر فراوان دارد، برای مثال ازدواج با نزدیکان هم خون مانند دختر خاله، دختر عمو، پسر خاله و دایی زاده‌ها؛ افرادی که با نزدیکان ازدواج می کنند باعث می شوند بیماری‌هایی که مستور یا پوشیده بوده و در نسل‌های گذشته ظاهر نشده است در اثر پیوند و هم خونی به احتمال قوی ظاهر و بارز شوند (۲۴).



منابع:

1. Houshvar P, Behnia F, Khooshabi K, Mirzaei H, Rahgozar M. [Effect of Group Parent Management Training On Behavioral Disorders of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Persian)]. *Journal of Rehabilitation*. 2009;10(3):24-30.
2. Davarmanesh T, Shariati N. [Effects of mentally handicapped children on family (Persian)]. Tehran: Nashr Publishing; 1996.
3. Khanjani M, Hatamizadeh N, Hosseini M, Rahgozar M, Arjmand M. [The Effect of Care Instruction to Family Caregivers of Children with Cerebral Palsy on Life Quality of Care Givers (Persian)]. *Quarterly Journal of Rehabilitation*. 2009;10(3):38-42.
4. Sharifi Daramadi P. [Psychology of exceptional children (Persian)]. Tehran: Psychometry; 2003.
5. Afroz GA. [Preventive strategies: A study on handicapping conditions among school age children in Iran (Persian)]. Tehran: Tehran University publishing; 2005.
6. Milanifar B. [Mental health (Persian)]. Tehran: Ghoomes-Pub; 2003.
7. Afroz GA. [Psychology and rehabilitation of children with Down syndrome (Persian)]. Tehran: Tehran University publishing; 2004.
8. Sharifi Daramadi P. [Psychological principles of education of Educable and Trainable mentally retarded children (Persian)]. Tehran: Orooj; 1994.
9. Mental retardation symposium report (Feb. 1983). Tehran: Rehabilitation sciences school; 1983.
10. Kakavand A. [Psychology and education of exceptional children (Persian)]. Tehran: Ravan; 2006.
11. Sayf S, Karami Noori R, Lotfabadi H. [Developmental psychology (Persian)]. 3rd ed. Tehran: The Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (Samt); 2001.
12. Batshaw ML. Children with disabilities. Paul H Brookes Pub Co; 2002.
13. Sayfollazade A. [Study of causes and affecting factors on Mahmoodabad's fewer than 14 years old mentally and physically disabled children 1999-2000 (Persian)]. Thesis for master of science. Azad University; 2000.
14. Farhadi Mahali F. [Biological and social causes of mental retardation in Neka city (Persian)]. Thesis for master of science. Azad University; 1997.
15. Nosrati F. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between Down syndrome children' parents with normal children' parents in Tehran (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran University; 2006.
16. Narimani M, Amani M. [Treatment of mathematical disorders (Persian)]. Ardabil: Mohaghegh Ardabili; 2007.
17. Durkin M. The epidemiology of developmental disabilities in low-income countries. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2002;8(3):206-211.
18. Bahadori A. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between parents of a deaf child who have more than one exceptional children with parents of one deaf child (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran University; 2008.
19. Nasrabadi Z. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran University; 2008.
20. Nazari S. [Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran University; 2008.
21. Afroz GA. [Psychology and rehabilitation of slow pace children (Persian)]. Tehran: Tehran University publishing; 2000.
22. Hunt N, Marshall K. *Exceptional Children and Youth: Update*. 4th ed. Wadsworth Publishing; 2005.
23. Raiesvand E. [Comparison between prevalence of consanguineous marriage among normal parents and parents who have exceptional children in Lorestan province (Persian)]. Thesis for master of science. Tehran University; 1992.
24. Milanifar B. [Psychology of exceptional children and teenagers (Persian)]. Tehran: Ghoomes-Pub; 2004.
25. Taghavi MR. [Validity and Reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in College Students of Shiraz University (Persian)]. *Journal of Psychology*. 2002;5(4):381-398.
26. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. [Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients (Persian)]. *Journal of Research in Behavioural Science*. 2007;5(1):5-11.
27. Palahang H, Naser M, Baraheni M. [Epidemiological study of mental disorders in Kashan city (Persian)]. *Andisheh va Raftar*. 1996;8:19-27.
28. Noorbala A, Bagheri yazdi S, Mohammad K. [The Validation of General Health Questionnaire-28 as a Psychiatric Screening Tool