

بررسی علل اصلی معلولیت ها در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه مناطق شهری و روستایی ایران

دکتر علی اکبر ارجمندنیا

استادیار دانشگاه تهران

دکتر غلامعلی افروز

استاد دانشگاه تهران

سمیه سادات ساداتی

دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

چکیده

تاریخ دریافت ۸۷/۹/۳ - تاریخ تایید ۸۷/۱۰/۱۵

هدف پژوهش حاضر، بررسی علل معلولیت ها در کودکان و نوجوانان مناطق شهری و روستایی ایران است. در پژوهش حاضر، ۳۸۵۷ نفر کودکان و نوجوانان استثنایی (۱۳۴۶ دختر و ۲۵۱۱ پسر) که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند، شرکت داشتند. داده های پژوهش از طریق چک لیست محقق ساخته افروز (۱۳۸۷-۱۳۸۲) جمع آوری گردید و سپس از طریق روش های آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) و استنباطی (خی دو)، داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که عوامل ارثی در ۴۰/۲٪، شرایط دوران بارداری در ۲۴/۲۵٪، مشکلات زمان تولد در ۱۴/۸٪ و بیماری ها و حوادث بعد از تولد در ۱۳/۳٪ از موارد بروز معلولیت نقش داشته اند. بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش حاضر، بیش از ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان استثنایی سنین مدرسه، به دلیل عوامل ارثی دچار معلولیت شده اند. به عبارت دیگر، بیشترین علل فراوانی کودکان و نوجوانان استثنایی مربوط به عوامل ارثی است.

کلید واژه ها: علل معلولیت، کودکان و نوجوانان.

مقدمه

انسان همواره در بستر زندگی پرفراز و نشیب خویش، در معرض برخی بیماری ها، حوادث و آسیب های ناخواسته واقع می شود که می تواند او را به طور موقت یا برای همیشه از نعمت سلامتی و زندگی مستقل محروم سازد. حوادث طبیعی همانند سیل، زلزله، طوفان و قرار گرفتن در معرض امواج الکتریکی و ضایعات شیمیایی، وقایع معلولیت را همچون بروز جنگ های خانمان سوز و مصرف مواد مخدر از جمله عواملی اند که سلامت انسان را تهدید می کنند و همه ساله گروه های قابل توجهی از کودکان و نوجوانان و بزرگسالان کشورهای مختلف را دچار آسیب پذیری های مختلف جسمی و ذهنی می سازند (افروز، ۱۳۸۷).

همواره بخشی از جمعیت هر کشوری، به دلایل مختلف دچار آسیب های جسمی، ذهنی و روان شناختی می شوند. بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی^۱، فراوانی جمعیت کودکان و نوجوانان استثنایی جهان در حال حاضر ۵۰۰ میلیون نفر است که با افزایش جمعیت کهنسال در ساختار سنی جمعیت جهان، این تعداد در آینده رو به افزایش است. همچنین مطابق آمار قابل قبول سازمان های بین المللی از جمله یونسکو، تعداد تقریبی کودکان و نوجوانانی که به لحاظ تفاوت چشمگیری که از نظر ذهنی، جسمی، حسی - حرکتی با همسالان خود دارند و نمی توانند به نحو شایسته ای از آموزش و پرورش عادی بهر مند شوند و نیازمند خدمات ویژه اند، در بسیاری از جوامع بین ۱۲ تا ۱۸ درصد اعلام شده است (افروز، ۱۳۸۶).

در این پژوهش، علل اصلی معلولیت های ذهنی و حسی - حرکتی در چهار حیطة خاص مورد توجه قرار می گیرند که عبارتند از:

۱. عوامل ارثی^۲: یکی از عوامل مورد توجه در بررسی علل معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان استثنایی در مناطق شهری و روستایی، به عوامل ارثی مربوط می شود. عوامل ارثی، در واقع مجموعه صفت ها و خصیصه های

1. World Health Organization (WHO)

2. Genetically

غیر اکتسابی که از اجداد گذشته توسط والدین و از طریق ژن ها به فرزندان انتقال می یابد، هستند (وگل و متیولسکی^۱، ۱۹۸۶). آغاز و پایان فرآیند نقل و انتقالات عوامل ارثی، انعقاد نطفه است و پس از آن، یعنی پس از تشکیل نطفه تا زمان تولد، شرایط مادرزادی^۲ مورد توجه است. به سخن دیگر، هر عامل ارثی^۳، مادرزادی هم خواهد بود، ولی هر عامل مادرزادی، لزوماً ارثی نیست (افروز، ۱۳۸۷).

۲. عوامل مادرزادی یا شرایط دوران بارداری^۴: یکی دیگر از عوامل مورد توجه در بررسی علل معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان استثنایی در مناطق شهری و روستایی، به عوامل مادرزادی یا شرایط دوران بارداری مربوط می شود. دوره مادرزادی یا بارداری، به معنای خاص آن، پس از تشکیل نطفه تا زمان تولد در نظر گرفته می شود. سالم نبودن و بیماری مادر در دوران بارداری، نداشتن تغذیه کافی و مناسب، وجود انواع بیماری و عفونت ها در دوران بارداری، و نیز مشکلات و مسایل عاطفی و روان شناختی مادر در زمان بارداری و آلودگی هوا و محیط، گاهی اوقات از جمله علل اصلی شرایط نامساعد دوران بارداری مادر است که در رشد کودکی که متولد می شود، تاثیر دارد.

۳- عوامل یا شرایط نامطلوب موثر در زمان تولد^۵: عامل دیگری که در بررسی علل معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان استثنایی در مناطق شهری و روستایی می تواند مورد توجه باشد، به عوامل یا شرایط نامطلوب موثر در زمان تولد مربوط می شود. مشکلات زایمان، مصرف بی رویه داروهای آرام بخش، برای کاهش دردهای زایمان، زایمان های غیر بهداشتی، آلودگی محیط زایمان، کمبود اکسیژن در اتاق های زایمان، از مواردی است که می تواند منجر به آسیب های ذهنی و جسمی کودک شود.

-
1. Vogel & Motulsky
 2. Congenital
 3. Genetical
 4. Congenital
 5. Developmental

۴. شرایط نامطلوب و آسیب زای دوران اولیه رشد یا بعد از تولد^۱: عامل دیگری که در بررسی علل معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان استثنایی در مناطق شهری و روستایی می تواند مورد توجه باشد، به شرایط نامطلوب و آسیب زای دوران اولیه رشد یا بعد از تولد مربوط می شود. عوامل متعددی همچون وارد آمدن ضربه به سر نوزادان و کودکان خردسال، سهل انگاری در نگهداری کودکان، اعمال تنبیه های بدنی، ابتلا به برخی بیماری های عفونی (نظیر سرخک، آبله مرغان، اوریون)، تغذیه نامناسب کودک (کمبود انواع پروتئین ها و ویتامین های ضروری و حیاتی)، مسمومیت های شیمیایی، انجام ندادن معاینات لازم، محرومیت های فرهنگی، محیطی و اجتماعی و عاطفی، حوادث و آسیب های ناشی از بازی ها و تفریحات خطرناک، می توانند در رشد طبیعی کودک اختلال ایجاد کنند (افروز، ۱۳۸۷).

در سال های اخیر، پژوهش های متعددی در مورد علل معلولیت های ذهنی، جسمی، حسی - حرکتی در سطح کشور و جهان صورت گرفته است که در ادامه به بیان خلاصه ای از یافته هایی که به این بررسی پرداخته اند اشاره خواهیم کرد: "حمای" و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی که به مطالعه رابطه همخوانی و اختلال های ارثی بر روی ۶۲۳ خانواده با نشانگان ارثی، ناهنجاری های مادرزادی و عقب ماندگی ذهنی در اردن انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ۶۹ درصد از ازدواج های آن ها از نوع خویشاوندی، آن هم به طور چشمگیری از نوع خویشاوندی درجه یک بودند.

"امگاد" و همکاران (۲۰۰۶)، در پژوهشی که بر روی ۲۱۷ دانش آموز نابینا در شهر ریاض انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که ۸۹ درصد از این دانش آموزان در اثر عوامل ارثی و ارثی دچار عارضه نابینایی شده اند و تنها ۱۱ درصد از آن ها از نابینایی اکتسابی رنج می بردند.

-
1. At Birth
 2. Hamamy
 3. Amgad

"المنصوری و اللفطاه"^۱ (۲۰۰۳) در پژوهشی که به بررسی علل و شدت نابینایی بر روی ۹۰ کودک در قطرصورت دادند، به این نتیجه رسیدند که ۷۲ درصد از علل نابینایی این کودکان بر اثر عوامل ارثی یا مادرزادی و تنها ۲۸ درصد از کودکان به علت عوامل اکتسابی نابینا شده اند.

"تبشی"^۲ (۲۰۰۰) نیز در بررسی ای در لبنان، ۵۱/۸۲ درصد از علل ناشنوایی را در اثر عوامل ارثی برآورد کرده، که از این میان، ۲۵/۲ درصد نقل و انتقالات ارثی ناشنوایی، ناشی از ازدواج های فامیلی گزارش شده است.

ذبیحی کیوی (۱۳۷۹) در پژوهشی که به بررسی فراوانی و انواع معلولیت ذهنی، جسمی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در شهرستان خلخال پرداخته است، به این نتیجه رسید که ۶۰/۴۱ درصد از انواع معلولیت ها و کودکان استثنایی را کودکان و نوجوانان عقب مانده ذهنی تشکیل می دهند که از میان رقم گزارش شده، ۴۵/۱۹ درصد علت معلولیت ها مربوط به عوامل ارثی و ارثی است.

غضنفری (۱۳۷۸) نیز در پژوهشی با عنوان بررسی علت معلولیت ها، از جمله عقب ماندگی ذهنی افراد زیر پوشش سازمان بهزیستی در خمینی شهر، به این نتیجه دست یافت که علت عقب ماندگی ذهنی در پسران و دختران خمینی شهر، بیشتر ارثی و مادرزادی بوده و بیشتر معلولیت ها سن شروعشان بدو تولد است.

آهوایی (۱۳۷۷) در پژوهشی که به بررسی علل ایجاد کننده آسیب های ذهنی، جسمی و روان شناختی پرداخته نیز به این نتیجه رسیده است که علل اصلی معلولیت ها، عوامل ارثی است. دیگر یافته تحقیق حاکی از آن بود که بین سابقه ابتلای کودک به بیماری های مختلف و ازدواج های خویشاوندی، فاصله کودک با فرزند قبلی، تعداد فرزندان خانواده در بروز معلولیت ها، ارتباط معناداری دیده شده است.

رییس وند (۱۳۷۷) در پژوهشی که به بررسی مقایسه ای فراوانی ازدواج های خویشاوندی در بین والدین کودکان عادی و عقب مانده در استان لرستان پرداخته است

1. Al Mansouri & Al Laftah

2. Tabchi

نیز، عوامل ارثی را مهمترین عامل داشتن کودکان عقب مانده ذهنی بیان کرده است که ۴۶ درصد را از بین عوامل تاثیر گذار، به خود اختصاص داده است.

همچنین باقری (۱۳۷۶)، در پژوهشی به بررسی فراوانی علل انواع معلولیت ها در شهرستان شاهرود پرداخته است نیز، بیشترین درصد فراوانی علل معلولیت ها را به عوامل ارثی مرتبط دانسته است.

طیب و ترابی (۱۳۷۵) در پژوهشی که به بررسی علل معلولیت ذهنی در مددجویان مقیم مراکز بهزیستی شهر تهران و قزوین پرداخته اند، به این نتیجه رسیدند که ۴۳/۳ درصد از علل معلولیت شناسایی شده و شایعترین علل معلولیت، عامل ژنتیک است و ۱۲/۶۴ درصد از معلولان ذهنی، همزمان مبتلا به معلولیت جسمی بوده اند و شایعترین شدت معلولیت، نوع ایزوله است.

جلالی (۱۳۷۳) در پژوهشی به بررسی میزان فراوانی عقب ماندگی ذهنی در دانش آموزان شهرکرد پرداخته است. نتایج پژوهش نشان داد که ۱/۵۷ درصد کودکان دبستانی شهرکرد، دچار عقب ماندگی ذهنی بوده اند. همچنین، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که مهم ترین علل معلولیت در این شهرستان، ازدواج خویشاوندی و سن مادر به هنگام بارداری بوده است. همچنین، بیشتر کودکان عقب مانده ذهنی فرزند اول خانواده بوده اند. در ضمن، تحصیلات بیشتر والدین کودکان عقب مانده ذهنی، زیر دیپلم بوده است.

فرهادی (۱۳۷۶)، سینایی نژاد (۱۳۷۵)، سیف الله زاده (۱۳۷۹)، عتیقه چیان (۱۳۷۸) نیز در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که مهمترین علل معلولیت، عوامل ارثی است.

با توجه به این که مطالعات اولیه ایران حاکی از آن است که درصد معلولیت های ذهنی و جسمی، به ویژه در برخی از مناطق ایران، نسبت به میانگین های بین المللی بسیار قابل توجه است، در نتیجه برای شناسایی و تبیین علل و عوامل گوناگون بروز معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان در مراحل مختلف رشد و در نهایت، تدوین برنامه مدون و جامع در جهت پیش گیری از معلولیت ها در

مناطق شهری و روستایی کشور، که از مسوولیت های مشترک و رسالت های خطیر دست اندرکاران و کارگزاران آموزش و پرورش و درمان کشور است، باید از یک بانک اطلاعاتی پیرامون توزیع درصد علل معلولیت های کودکان در مراحل مختلف رشد و تحول در مناطق شهری و روستای برخوردار بود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف روشن کردن علل اصلی معلولیت ها و ایجاد یک بانک اطلاعاتی پیرامون علل معلولیت های کودکان، درصدد طراحی یک نوع روش مداخله ای برای پیش گیری از معلولیت ها در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در مناطق شهری و روستایی کشور ایران است، که بر این اساس، پژوهش حاضر درصدد پاسخ گویی به این سوال است که: "علل اصلی معلولیت ها در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه، در مناطق شهری و روستایی کشور ایران چیست؟"

روش شناسی

نمونه گیری

در این پژوهش، ۳۸۵۷ آزمودنی ۵ تا ۲۵ ساله (۶۵/۵ درصد پسر و ۳۴/۵ درصد دختر) از میان کودکان و نوجوانان استثنایی شاغل به تحصیل در مدارس استثنایی و یا مراکز زیر پوشش سازمان بهزیستی سراسر کشور، به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای (انباشته ای) انتخاب شدند. بدین ترتیب که نخست تعدادی از استان های کشور ایران (استان آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، تهران، سمنان، خراسان، خوزستان، فارس، قزوین، کرمان، کرمانشاه، مازندران، مرکزی، هرمزگان و سیستان و بلوچستان)، به گونه ای تصادفی خوشه ای انتخاب گردیدند. سپس ۳۰ منطقه شهری و روستایی که پراکندگی جغرافیایی شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز کشور را در نظر داشت، به صورت تصادفی از هر یک از استان ها انتخاب شدند. در نهایت، از میان مناطق مورد نظر، تمامی کودکان و نوجوانان مدارس استثنایی و یا مراکز زیر پوشش سازمان بهزیستی ارزیابی شدند. لازم به ذکر است که سن حدود ۵۰ درصد نمونه حاضر، دانش آموزان زیر ۱۲ سال و ۱۰ درصد دانش آموزان ۱۸ تا ۲۵ سال بودند.

ابزار اندازه گیری

در این پژوهش، به منظور گردآوری داده ها از یک چک لیست ۶۰ آیتمی که توسط افروز (۱۳۸۷-۱۳۸۲) تهیه شده است و متخصصان مختلفی از دانشگاه، آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی و متخصصان بهداشت و درمان آن را تایید کرده اند، استفاده گردید. این پرسشنامه در ۳ بخش طراحی شده است: بخش اول، شامل مشخصات کودک استثنایی مورد مطالعه مانند نام، جنسیت، ترتیب و زمان تولد، وزن هنگام تولد و سوابق بیماری است؛ بخش دوم، شامل ویژگی های زیستی والدین کودک استثنایی مانند: گروه خونی، وضعیت دوران بارداری، سلامت عمومی پدر و عادت های غذایی والدین است؛ و بخش سوم، شامل وضعیت شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودک استثنایی، مانند: وجود اختلال های روانی قبل و هنگام بارداری، رابطه والدین قبل و هنگام بارداری و میزان تحصیلات است. شیوه نامه گذاری بدین صورت بوده است که به هر یک از سوال های پرسش نامه که با ویژگی های کودک یا نوجوان استثنایی مورد بررسی هم خوانی داشته، نمره یک و در غیر این صورت، نمره صفر رایج شده است.

روش های آماری تحلیل داده ها

بعد از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از شاخص آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) و شاخص آمار استنباطی (خی دو) استفاده گردید.

نتایج بخش اول: شاخص آمار توصیفی

در این بخش از یافته های پژوهش حاضر، به بررسی فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای پژوهش در کودکان استثنایی مورد مطالعه پرداخته شده است که در ادامه، به بیان آن ها می پردازیم.

جدول ۱. فراوانی و درصد کودکان استثنایی مورد

مطالعه به تفکیک جنسیت		
درصد	فراوانی	جنسیت
۳۴/۵	۱۳۴۶	دختر
۶۵/۵	۲۵۱۱	پسر
۱۰۰/۰	۳۸۵۷	جمع کل

نتایج جدول شماره ۱ حاکی از آن است که تحقیق حاضر بر روی دو گروه دختر و پسر اجرا شده است. نتایج نشان می دهد که ۶۵/۵ درصد نمونه مورد مطالعه پسر و ۳۴/۵ درصد دختر بودند. بنابراین، یافته جدول حاضر نشان می دهد که پسران بیشتر از دختران در معرض آسیب های زیستی، شناختی و حسی - حرکتی قرار دارند.

جدول ۲. فراوانی و درصد کودکان استثنایی مورد مطالعه به تفکیک ناتوانی

درصد	فراوانی	نوع معلولیت
۲۷/۳	۱۰۵۴	عقب ماندگی ذهنی بدون علایم بالینی مشخص
۳۴/۷۷	۱۳۴۱	سندرم داون
۱/۸	۶۹	میکروسفال
۰/۱۳	۵	ماکروسفال
۰/۴۴	۱۷	هیدروسفال
۰/۰۸	۳	فنیل کتونوریا
۱/۰۹	۴۲	سندرم های دیگر
۱۶/۵۷	۶۳۹	ناشنوایی و نیمه شنوایی
۱۳/۰۷	۵۰۴	نابینایی و نیمه بینایی
۲/۶	۱۰۰	معلولیت جسمی - حرکتی و نقص در انجام های حرکتی
۰/۵۲	۲۰	فلج مغزی
۱/۵۲	۶۰	چند معلولیتی
۰/۰۸	۳	اوتیسم
۱۰۰/۰۰	۳۸۵۷	کل پاسخ ها

نتایج جدول شماره ۲ نشان می دهد که بیشترین درصد آسیب ها و معلولیت ها در بین کودکان و نوجوانان استثنایی مناطق شهری و روستایی کشور ما، مربوط به

عقب ماندگی ذهنی بوده و کودکان آهسته گام (عقب مانده ذهنی) بیشترین میزان فراوانی را در مدارس و مراکز استثنایی دارا هستند (۶۵/۶۱ درصد)، آسیب ها و معلولیت های شنیداری در مرتبه دوم قرار دارد (۱۶/۵۷ درصد)، بعد از آن آسیب های بینایی (۱۳/۰۷ درصد)، کودکان اوتیسم (۰/۰۸ درصد) و آسیب های جسمی-حرکتی و فلج مغزی (۴/۶۴ درصد) را شامل می شوند.

جدول ۳ درصد کودکان استثنایی و علل اصلی معلولیت در

مناطق شهری و روستایی ایران

درصد	علت
۴۰/۲	ارثی (ارثی)
۲۴/۲۵	شرایط و مشکلات دوران بارداری
۱۴/۸	شرایط و حوادث زمان تولد
۱۳/۳	بیماری ها و حوادث دوران رشد (بعد از تولد)
۷/۴۵	سایر علل (نامشخص)
۱۰۰	مجموع

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که ۴۰/۲ درصد از علل معلولیت های کودکان استثنایی مربوط به عوامل ارثی، ۲۴/۲۵ درصد مربوط به شرایط دوران بارداری، ۱۴/۸ درصد مشکلات زمان تولد و ۱۳/۳ درصد به دلیل بیماری ها و حوادث دوران رشد است.

نتایج بخش دوم: شاخص آمار استنباطی

در این بخش از یافته های پژوهش حاضر نیز به بررسی روش خی دو برای بررسی سطح معناداری علل اصلی معلولیت، در کودکان استثنایی مورد مطالعه پرداخته شده است که در ادامه به بیان آن ها می پردازیم.

جدول ۴. مجذور خی علیل اصلی معلولیت در کودکان استثنایی مورد مطالعه

$\frac{(O-E)^2}{E}$	$(O-E)^2$	O-E	(E)مورد انتظار	(O)مشاهده شده	علت
۳۲۹/۷۵	۲۹۴۳۰۶/۲۵	۵۴۲/۵	۸۹۲/۵	۱۴۳۵	ارثی (ارثی)
.۷۹	۷۰۲/۲۵	۲۶/۵	۸۹۲/۵	۸۶۶	شرایط و مشکلات دوران بارداری
۱۴۸/۸۶	۱۳۲۸۶۰/۲۵	۳۶۴/۵	۸۹۲/۵	۵۲۸	شرایط و حوادث زمان تولد
۱۹۵/۳۰	۱۷۴۳۰۶/۲۵	۴۱۷/۵	۸۹۲/۵	۴۷۵	بیماری ها و حوادث دوران رشد (بعد از تولد)

$$X^2=۶۷۴/۷۰$$

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که خی دو محاسبه شده ($X^2=۶۷۴/۷۰$) در سطح $۰/۰۰۰۱$ معنادار است، یعنی بین علیل اصلی معلولیت در کودکان استثنایی و داشتن کودک استثنایی در سطح $۰/۰۰۰۱$ تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، فراوانی معلولیت های زیستی، شناختی و حسی - حرکتی در خانواده هایی که به دلیل عوامل ارثی دارای فرزند استثنایی شده اند، بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر، با هدف بررسی علیل اصلی معلولیت ها در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در مناطق شهری و روستایی کشور ایران انجام گرفته است. در این پژوهش، علیل اصلی معلولیت ها در چهار حیطة خاص مورد توجه قرار می گیرند که عبارتند از: ۱. عوامل ارثی ۱ ($۴۰/۲$ درصد)؛ ۲. عوامل مادرزادی یا شرایط دوران بارداری $۲۴/۲۵$ درصد؛ ۳. عوامل یا شرایط نامطلوب موثر در زمان تولد $۱۴/۸$ درصد؛ ۴. شرایط

- 1.Genetically
- 2.At Birth
- 3.Developmental

نامطلوب و آسیب زای دوران اولیه رشد (۱۳/۳ درصد) و همچنین علل معلولیت درصدی از کودکان پژوهش حاضر نیز مشخص نشد که به عنوان ۵. سایر عوامل (نامشخص) (۷/۴۵ درصد) نام گذاری شدند. همان طور که بیان شد، نتایج پژوهش نشان داد که بیش از ۴۰ درصد کودکان و نوجوانان استثنایی سنین مدرسه به دلیل عوامل ارثی دچار معلولیت شده اند. به عبارت دیگر، بیشترین علل فراوانی کودکان و نوجوانان استثنایی مربوط به عوامل ارثی است. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های حمامی و همکاران (۲۰۰۷) امگاد و همکاران (۲۰۰۶)، المنصوری و اللفطاه (۲۰۰۳)، تبشی (۲۰۰۰)، جلالی (۱۳۷۳)، سینایی نژاد (۱۳۷۵)، طیبیا و ترابی (۱۳۷۵)، باقری (۱۳۷۶)، فرهادی محلی (۱۳۷۶)، رئیس وند (۱۳۷۷)، آهوئی (۱۳۷۷)، عتیقه چیان (۱۳۷۸)، غضنفری (۱۳۷۸)، سیف الله زاده (۱۳۷۹) که همگی به بررسی علل معلولیت با داشتن کودک استثنایی پرداخته اند، هماهنگی دارند و همه پژوهش‌های ذکر شده گویای این سخن هستند که عوامل ارثی، مهمترین عامل وجود کودکان استثنایی در کشور ما است. و در نگاه بین فرهنگی علل اصلی معلولیت‌ها در کشورهای خارجی عواملی همچون الکلی بودن والدین، مصرف مواد مخدر، داروهای زیان بخش، سیگار و داروهای شیمیایی توسط مادر است (افروز، ۱۳۸۷).

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر نشان داد که ۲۴/۲۵ درصد علل معلولیت‌های کودکان استثنایی، مربوط به شرایط دوران بارداری، ۱۴/۸ درصد مشکلات زمان تولد و ۱۳/۳ درصد به دلیل بیماری‌ها و حوادث دوران رشد است.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه در رابطه با علل ارثی بروز معلولیت‌ها، می‌توان به ضرورت تدوین برنامه‌های جامع و فراگیر پیش‌گیری از معلولیت‌ها پی برد و براین اساس که ریشه حدود ۴۰ درصد از معلولیت‌های کودکان مناطق شهری و روستایی کشور را می‌توان در عوامل ارثی و ازدواج‌های خویشاوندی ملاحظه کرد، پس سزاوار است که ۴۰ درصد از بودجه و اعتبار پیش‌گیری از معلولیت‌ها، به تربیت و تامین متخصصان ژنتیک، مشاوران حاذق و مجرب ارثی، تاسیس و گسترش مراکز مشاوره ارثی، فراگیر کردن امکانات مشاوره ارثی برای اقشار

مختلف مردم، به ویژه در مناطق محروم و روستایی، ایجاد، تجهیز و تقویت تیم های مشاوره ارثی سیار، تدوین قوانین موثر و کارآمد برای الزام مشاوره های ارثی برای داوطلبان ازدواج خویشاوندی و نظایر آن اختصاص یابد. همچنین، زمانی که در کشور ما نزدیک به ۲۵ درصد از معلولیت های کودکان به چگونگی دوران بارداری مادران مربوط می شود، بایسته و شایسته آن است که حداقل ۲۵ درصد از بودجه و اعتبار پیش گیری به همین امر مهم اختصاص یابد، به گونه ای که همه مادران باردار، به ویژه در مناطق محروم و روستایی کشور، بتوانند از آموزش های ساده و کاربردی، تغذیه لازم- و در بسیاری از موارد، رایگان- بهره مند شوند. و برای طراحی برنامه های پیش گیری از معلولیت ها، با توجه به علل اصلی معلولیت های کودکان و نوجوانان در مناطق شهری و روستایی کشور، می بایست نکته های زیر مورد توجه خاص قرار گیرد:

۱. انجام پژوهش های مستمر؛
۲. دانش افزایی عمومی در شناخت عوامل معلولیت زای؛
۳. ارائه خدمات مشاوره ای قبل از ازدواج؛
۴. ارائه خدمات مشاوره ای و حمایتی در دوران بارداری؛
۶. ارائه برنامه های آموزشی و حمایتی در زمینه فرزندپروری و روابط مطلوب خانوادگی؛
۷. کاهش عوامل معلولیت زای محیطی و اجتماعی به ویژه در مورد فرزندان آسیب پذیر (افروز، ۱۳۸۷).

با توجه به این که هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی علل اصلی معلولیت ها بوده است و علل معلولیت ها در گروه های کودکان استثنایی به صورت جداگانه بررسی نشده اند، بر این اساس به پژوهشگران پیشنهاد می شود که به بررسی علل معلولیت ها در گروه های کودکان استثنایی (عقب مانده ذهنی، نابینا، ناشنوا و معلول حسی - حرکتی) پرداخته شود و با مشخص شدن اولویت بندی علل اصلی معلولیت در هر کدام از گروه های کودکان استثنایی، می توان برنامه های پیش گیرانه ای برای همان گروه طراحی و اجرا کرد و همچنین به مسوولان و دست اندرکاران آموزش و پرورش، بهداشت و درمان کشور پیشنهاد می شود که به امر پیش گیری و مقرون به صرفه بودن آن نسبت به درمان، توجه بیشتری داشته باشند و با ارائه خدمات مشاوره ای قبل و بعد

از ازدواج و دوران بارداری و فرزند آوری و خدمات مداخله ای متناسب، از بسیاری از معلولیت ها پیش گیری کنند یا آن ها را کاهش دهند.

مآخذ

- آهویی، مجید (۱۳۷۷). بررسی فراوانی، انواع و علل معلولیت های جسمی، ذهنی، حسی - حرکتی در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در شاهرود. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۷). اصول و روش های پیش گیری از معلولیت ها (با نگاهی به علل آسیب های شناختی، حسی - حرکتی و ...). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۶). مقدمه ای بر روان شناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۲). بررسی تحلیلی فراوانی و علل معلولیت های جسمی، ذهنی و حسی - حرکتی در کودکان و نوجوانان سنین مدرسه مناطق شهری و روستایی کشور، طرح پژوهش ملی کشور.
- جلالی، محمد جواد (۱۳۷۳). بررسی تحلیلی فراوانی و علل عقب ماندگی ذهنی در دانش آموزان دبستانی شهر کرد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه تهران.
- ذبیحی کیوی (۱۳۷۹). بررسی فراوانی و انواع معلولیت ذهنی، جسمی و حسی - حرکتی کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در شهرستان خلیخال. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.
- رئیس وند، اسماعیل (۱۳۷۷). بررسی مقایسه ای فراوانی ازدواج های خویشاوندی بین والدین کودکان عقب ماندگی ذهنی و عادی در استان لرستان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- سیف الله زاده، علی اصغر (۱۳۷۹). بررسی علل و عامل موثر بر معلولیت های ذهنی و جسمی کودکان زیر ۱۴ سال منطقه محمود آباد در سال تحصیلی ۷۹-۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.

سینایی نژاد، مجید (۱۳۷۵). بررسی علل نارسایی های ذهنی، حسبو حرکتی کودکان سنین دبستان در استان کهگیلویه و بویر احمد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.

فرهادی محلی، فاضل (۱۳۷۶). بررسی علل زیستی و اجتماعی عقب ماندگی ذهنی در شهرستان نکاء. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی (عقب ماندگی ذهنی). دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.

طیب، افشین و ترابی، رضا (۱۳۷۵). بررسی فراوانی علل معلولیت ذهنی در مددجویان مقیم مراکز بهزیستی استان تهران و شهرستان قزوین. پایان نامه دکترای حرفه ای علوم پزشکی. دانشگاه قزوین. عتیقه چیان، آزیتا (۱۳۷۸). بررسی تحلیلی فراوانی، انواع و علل معلولیت های ذهنی، حسی، جسمی و حرکتی کودکان و نوجوانان سنین مدرسه در مناطق ۲ و ۵ در غرب تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی. دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکزی.

Al Mansouri, F. & Al Laftah, F. A.M. (2003). Causes of blindness among children at Al Noor Institute for the Visually handicapped in Qatar, *Qatar Medical Journal*, 12(2), 110-115.

Amgad, AK.; Ehab, FH & Khalid, FT. (2006). Childhood blindness at a school for the blind in riyadh, Saudi Arabia. *Ophthalmic Epidemiology*, 13(1), 1-5.

Hamamy, HA.; Masri, AT.; Al-Hadidy, AM & Ajlouni, KM. (2007). Consanguinity and genetic disorders: profile from Jordan, *Saudi Medical Journal*, 28(7), 1015-1017.

Tabchi, B., Rassi B., Akl E & Fares G. (2000). Epidemiology of profound neurosensory deafness in Lebanese children. *Journal of Medical Libyan*, 48(5), 294-297.

Vogel, F & Motulsky, AG. (1986). *Human Genetics Problems and Approaches* (2th Ed). New York: Verlage.