

بررسی تحلیلی ویژگی‌های زیستی و سلامت عمومی والدین خویشاوند و غیر خویشاوند با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه

رضانعلی گلچوبی فیروزجاه / دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات
غلامعلی افروز / استاد ممتاز گروه روان‌شناسی و آموزش استثنایی / دانشگاه تهران
کامبیز کامکاری / استادیار گروه روان‌شناسی / دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر

چکیده

زمینه: یکی از علل اصلی بروز و تکرار معلولیت در خانواده، سابقه و وضعیت زیستی والدین در دوران قبل و حین بارداری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تحلیلی ویژگی‌های زیستی والدین خویشاوند و غیر خویشاوند، با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه، انجام شد.

روش: پژوهش از نوع تحقیقات توصیفی-تحلیلی و از نظر روش، پس‌رویدادی بود. جامعه آماری شامل والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی، خویشاوند و غیر خویشاوند، استان مازندران در سال ۱۳۹۶ و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۵۰ خانواده دارای بیش از یک فرزند استثنایی با روش نمونه‌گیری، تصادفی ساده و چند مرحله‌ای انتخاب گردید. ابزار پژوهش، پرسشنامه بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی والدین (افروز، ۱۳۸۳)، بوده که با مصاحبه با والدین تکمیل گردید. برای پاسخ به سؤال‌های پژوهش، از مدل آماری مجذور کای با ضریب تعیین، استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد: در ویژگی‌های زیستی، رابطه معناداری بین سابقه معلولیت در خانواده پدر و مادر، وضعیت مادر در دوران بارداری، از نظر: بیماری خاص، تب شدید، سابقه خون‌ریزی، وضعیت تغذیه در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند وجود دارد. علاوه بر این مشخص شد رابطه معناداری بین سن پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده، ترتیب تولد پدر و مادر در خانواده، وضعیت سلامت پدر و مادر و وضعیت مادر در دوران بارداری از نظر: مبتلا به بیماری‌های غدد داخلی، دیابت، صرع، مسمومیت، سابقه ویار، قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس، ضربه شدید به شکم، سابقه مصرف دارو و قرص آهن، تحرک یا استراحت، سقط جنین و طول دوران بارداری، در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند وجود ندارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر متغیرهای زیستی و وضعیت بیماری مادر، در دوران بارداری، در پدیاپی، تکرار و تشدید معلولیت اقدامات پیشگیرانه و مشاوره زنتیک در ازدواج‌های فامیلی و خانواده‌های دارای فرزند معلول باید در الویت قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: فرزند استثنایی، والدین خویشاوند و غیر خویشاوند، ویژگی‌های زیستی

مقدمه

شده که از مهم‌ترین دلایل معلولیت، در کشورهای در حال توسعه، محسوب می‌شود (۲). در ایران نیز سالانه ۳۰ الی ۴۰ هزار کودک معلول متولد می‌شوند (۳).

هیچ یک از فشارهای معمولی در خانواده نمی‌تواند به اندازه فشارزایی مثل داشتن فرزند با نیازهای ویژه تأثیر شدید و دائمی بر خانواده داشته باشد و خانواده را در معرض پیامدهای بهزیستی، روان‌شناختی پایین قرار دهد (۴). تولد کودک با نیازهای ویژه و آرزوی از دست رفته والدین منجر به بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل شوک،

همواره بخشی از جمعیت هر کشوری، به دلایل مختلف، دچار آسیب‌های جسمی و روان‌شناختی می‌شوند. بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، فراوانی جمعیت کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه در حال حاضر ۵۰۰ میلیون نفر است و با افزایش جمعیت در جهان، این تعداد در آینده رو به افزایش است (۱). برآوردها نشان می‌دهد، سالانه ۳ میلیون نوزاد با نابهنجاری مادرزادی در جهان متولد

انکار، افسردگی، احساس گناه، خشم، اندوه و اضطراب، احساس خجالت و گاهی پنهان کردن کودک می‌شود و در نهایت، مشکلاتی در کارکرد خانواده و رضایت زناشویی ایجاد می‌کند (۵). در شرایطی که والدین، تولد دومین و سومین کودک، با نیازهای ویژه، را نیز تجربه کنند، شرایط به مراتب سخت‌تر می‌گردد. مادر و پدر ممکن است از داشتن چنین فرزندان به شدت رنج ببرند و دچار حالاتی همچون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شوند و آرزوی مرگ نمایند (۶).

کودکان با نیازهای ویژه محصول عوامل در هم تنیده‌ای هستند، که تأثیرات متقابل بر یکدیگر دارند. انجمن عقب‌ماندگی ذهنی امریکا، بر اساس ساختار چند عاملی، عوامل مؤثر در معلولیت را به چهار گروه عوامل زیستی-پزشکی، اجتماعی، رفتاری و آموزشی تقسیم‌بندی نموده است (۱). بنابراین شناسایی و بررسی علل اصلی معلولیت‌ها، به منظور یافتن راهکارهای مداخله و کنترل پیامدهای ناشی از معلولیت‌ها، موضوعی بسیار با اهمیت است. پیشرفت‌های جدید در زمینه فناوری پزشکی به شناسایی علل زیستی شناختی معلولیت‌ها کمک شایانی نموده است (۷). شاخص‌های سلامت عمومی والدین، مانند بیماری‌ها، سوء مصرف دارو و مواد و تغذیه نامناسب، از دیگر عوامل زیستی هستند، که نقش تعیین‌کننده‌ای در تولد کودکان با نیازهای ویژه و کیفیت زندگی والدین دارد. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد مصرف دارو قبل و حین بارداری توسط مادر مشکلاتی از جمله: خون‌ریزی، خطر سقط جنین، کاهش وزن نوزاد، افزایش زمان بارداری و زمان زایمان، ایجاد بدشکلی‌های مادرزادی و سایر معلولیت‌ها در جنین را افزایش می‌دهد (۸).

با توجه به اهمیت مسائل زیستی و خویشاوندی، به عنوان بستر انتقال ژنتیکی، در ایجاد معلولیت‌ها، پژوهش‌های بسیاری انجام شده است و خویشاوندی والدین را عامل مؤثری در تولد کودکان با نیازهای ویژه بر شمرده‌اند. این پژوهش‌ها نشان دادند که: فراوانی ازدواج‌های خویشاوندی در والدین کودکان با نیازهای ویژه، به طور معناداری بالاتر از والدین عادی است (۹، ۱۰ و ۱۱).

ازدواج‌های فامیلی نقش گسترده‌ای در تولد کودکان معلول دارند. تحقیقات نشان داده است که میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان و شیوع بیماری‌های ژنتیکی و ناهنجاری‌های مادرزادی، در فرزندان حاصل از ازدواج‌های خویشاوندی ۲ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. در ازدواج فامیلی حدود ۵ تا ۶ درصد احتمال تولد کودک معلول وجود دارد و این خطر با احتمال تکرار معلولیت در فرزندان بعدی خانواده نیز همراه است (۱۲). در مطالعه‌ای بر روی بیش از ۳۰۰ هزار زوج از اقوام مختلف ایرانی، مشخص شد: حدود ۳۸٪ ازدواج‌ها از نوع خویشاوندی بوده است که ۲۷٪ آنها از نوع درجه ۳ می‌باشد (۱۳).

نتایج تحقیق نظری (۱۴) در اهواز نشان داد از بین متغیرهای زیستی، دو گروه خویشاوند و غیر خویشاوند با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه، در عواملی نظیر میانگین سن کنونی مادر، سن کنونی پدر و سن حین ازدواج مادر، تفاوت معناداری دیده می‌شود. به طوری که میانگین سن مادران و پدران و سن حین ازدواج مادران خویشاوند، با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه، به طور معناداری کمتر از گروه غیر خویشاوند بود. همچنین پژوهش کاکابرابی (۸) در مناطق شهری و روستایی کرمانشاه نشان می‌دهد: در بین دو گروه مورد مطالعه از منظر ویژگی‌های زیستی، چون سن پدر، سن مادر، سن مادر هنگام ازدواج، طول مدت بارداری، تغذیه مناسب، سابقه بیماری، مصرف دارو و مواد، نسبت فامیلی و گروه خونی تفاوت معنادار وجود داشت. در دیگر متغیرهای زیستی والدین همچون سن مادر هنگام تولد کودک و قد مادر در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت.

عواملی همچون: تمایل والدین کودکان با نیازهای ویژه، به داشتن فرزندان سالم و به دنبال آن فرزندآوری مجدد، بدون آگاهی از راه‌های مقابله و پیشگیری، عدم آگاهی چنین خانواده‌هایی نسبت به عواقب روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی احتمالی فرزندآوری معلول، همچنین عدم برنامه‌ریزی و حمایت‌های مناسب، برای چنین خانواده‌هایی، عدم آگاهی مسوولان از ویژگی‌های این والدین، موجبات پدیدآیی چندین

ورود به پژوهش در قید حیات و دسترس بودن حداقل یک والد و عدم معلولیت فرزند ناشی از تصادف و سوانح بود و معیار خروج، تکمیل ناقص پرسشنامه توسط والدین بود. حجم نمونه با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و هم‌تاسازی نمونه، از نظر خویشاوندی و توزیع شهرستانی، شامل ۸۰ درصد از تعداد کل جامعه دو گروه خویشاوند و غیر خویشاوند بود.

ابزار: در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، از پرسشنامه ویژگی 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 سندرم دان تهیه و تنظیم گردید (۱۵)، که در پژوهش‌های بسیاری، با اندکی تغییر، مورد استفاده قرار گرفت (۸، ۹، ۱۴ و ۱۶). این پرسشنامه دارای سه بخش اصلی است که بخش اول ویژگی‌های زیستی و جمعیت‌شناختی، بخش دوم مربوط به ویژگی‌های شناختی و بخش سوم مربوط به وضعیت روانی-اجتماعی والدین می‌گردد. در این پژوهش از سؤالات بخش اول، مربوط به ویژگی‌های زیستی و جمعیت‌شناختی شامل ۸۰ سؤال و گویه، در خصوص وضعیت سلامت عمومی و بیماری والدین و وضعیت مادر در دوران بارداری، استفاده شد. نحوه جواب‌دهی به سؤال‌های پرسشنامه به صورت دو گزینه بلی و خیر بود. نمرتی (۱۳۸۵) اعتبار پرسشنامه را در سؤال‌های متعدد بین ۹۲ تا ۹۵ صدم گزارش کرده است. روایی محتوایی پرسشنامه اصلاح شده نیز به تأیید اساتید متخصص در این زمینه رسیده است (۱۷).

اجرا: در فرایند اجرا آزمونگر با هماهنگی قبلی و با حضور مددکار اجتماعی و با توضیح اهداف پژوهش مورد نظر و دادن اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، به والدین انگیزه مشارکت در پژوهش را ایجاد کرد.

برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون مجذور کای با سطح معناداری (p=۰/۰۰۵) استفاده شد.

فرزند با نیازهای ویژه در یک خانواده می‌شود. با توجه به موارد مذکور، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی ابعاد مختلف ویژگی‌های زیستی و سلامت عمومی، در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه است، تا با شناخت دقیق ویژگی خانواده‌ها و ارائه پیشنهاد‌های پیشگیرانه، آموزشی و حمایتی، موجب پیشگیری از بروز معلولیت جدید در خانواده، توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه و خانواده آنها گردد. بنابراین، در صدد پاسخ به این سؤال است که آیا بین سن کنونی و زمان ازدواج پدر و مادر، سابقه‌ی معلولیت در خانواده، وضعیت مادر به لحاظ سقط جنین، مسمومیت و یار مادر، تب شدید، خونریزی، ضربه شدید به شکم مادر، قرار گرفتن در معرض اشعه ایکس، مصرف دارو و قرص آهن، تحرک و استراحت، تغذیه، ابتلا به بیماری‌های غدد داخلی، سرخجه و دیابت مادر، صرع و بیماری خاص و طول دوران بارداری، در والدین با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه، خویشاوند و غیر خویشاوند، تفاوت وجود دارد؟

روش تحقیق

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع تحقیق توصیفی-تحلیلی و از نظر روش پس رویدادی است. جامعه آماری در این پژوهش، تمامی والدین خویشاوند و غیر خویشاوند با بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه، تحت پوشش سازمان بهزیستی در استان مازندران در سال ۱۳۹۶ مشتمل بر ۴۳۰ خانواده (۱۸۰ خویشاوند و ۲۵۰ غیر خویشاوند) بود. نمونه شامل ۱۵۰ خانواده با بیش از یک فرزند با نیاز ویژه (۷۵ خانواده با والدین خویشاوند و ۷۵ خانواده با والدین غیر خویشاوند) است که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و در دو مرحله انتخاب شدند. مرحله اول بر اساس فراوانی جامعه آماری، در شهرستان‌های مازندران، توزیع نمونه انجام شد و در مرحله دوم با نسبت مساوی از خانواده خویشاوند و غیر خویشاوند دارای بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه ساکن آن شهرستان، به صورت تصادفی، از بانک اطلاعاتی سازمان بهزیستی انتخاب شدند. ملاک

یافته‌ها

از کل نمونه‌های تحقیق بیشترین نسبت‌های خویشاوندی به ترتیب ۳۳/۳ درصد (۲۵ نفر) والدین با نسبت دختر خاله-پسر خاله، ۲۶/۷ درصد (۲۰ نفر) والدین نا نسبت دختر عمو-پسر عمو، ۲۱/۳ درصد (۱۶ نفر) والدین با نسبت دختر عمه - پسر دایی و ۱۸/۷ درصد (۱۴ نفر) والدین با نسبت دختر دایی-پسر عمه بودند.

جدول ۱. توزیع فراوانی تعداد فرزندان معلول و نوع معلولیت در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند

تعداد فرزندان معلول خانواده خویشاوند		تعداد فرزندان معلول خانواده غیر خویشاوند	
دو معلول	سه معلول	چهار معلول	چهار معلول
فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
۵۰	۶۶/۷	۱۶	۲۱/۳
۹	۱۲	۵۰	۶۶/۷
۲۱/۳	۹	۱۲	۱۶
۱۶	۲۱/۳	۹	۱۲
۶۶/۷	۱۶	۲۱/۳	۹
۵۰	۶۶/۷	۱۶	۲۱/۳

فراوانی انواع معلولیت در خانواده

معلولیت	ناتوانی ذهنی	ناشنوا و کم شنوا	نابینا و کم بینا	جسمی-حرکتی	چند معلولیتی	کل	نسبت خویشاوند	
							فراوانی درصد	نسبت
۷۲	۳۹/۱	۴۱	۲۱	۲۲	۲۸	۱۵۲	۱۸۴	۱۰۰
۷۵	۴۰/۸	۲۶	۱۸	۹/۸	۲۳	۱۲/۵	۲۲/۸	۱۰۰

با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود، تعداد خانواده‌های دارای دو فرزند، سه فرزند و چهار فرزند معلول در گروه والدین خویشاوند و غیر خویشاوند برابر بود. بیشترین فراوانی نوع معلولیت به ترتیب در والدین خویشاوند ناتوانی ذهنی ۳۹/۱ درصد (۷۲ نفر)، ناشنوا و کم شنوا ۲۲/۳ درصد (۴۱ نفر) و چند معلولیتی ۱۵/۲ درصد (۲۸ نفر) و در والدین غیر خویشاوند ناتوانی ذهنی ۴۰/۸ درصد (۷۵ نفر)، جسمی-حرکتی ۲۲/۸ درصد (۴۲ نفر) و ناشنوا و کم شنوا ۱۴/۱ درصد (۲۶ نفر) بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی مرتبط با متغیر سن ازدواج پدر و مادر

گروه	خویشاوند		غیر خویشاوند		کل	
	مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	پدر
سطح	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
۱۸ سال و کمتر	۹	۶	۲۲	۳۳	۴۹	۳۲/۷
۱۹ تا ۲۵ سال	۵۰	۳۳/۳	۴۰	۲۶/۷	۸۸	۵۸/۷
۲۶ تا ۳۰ سال	۱۰	۶/۷	۲	۱/۳	۹	۶
۳۱ تا ۳۵ سال	۵	۳/۳	۰	۰	۲	۱/۳
۳۶ سال و بالاتر	۱	۰/۷	۰	۰	۲	۱/۳
کل	۷۵	۵۰	۷۵	۵۰	۱۵۰	۱۰۰

بر اساس جدول شماره ۲، در متغیر سن ازدواج مادران کل نمونه‌های تحقیق ۳۲/۷ درصد در دامنه سنی ۱۸ سال و کمتر و ۱/۳ درصد بالای ۳۵ سال قرار داشتند. سن ازدواج پدران ۶/۷ درصد، در دامنه سنی ۱۸ سال و کمتر بود. ۲ درصد بالای ۳۵ سال قرار داشتند. همچنین ۶ درصد پدران و ۲۲ درصد مادران والدین خویشاوند، ۱۰/۷ درصد مادران و ۷٪ پدران والدین غیر خویشاوند در سن ۱۸ سال یا کمتر ازدواج کرده بودند. در متغیر وضعیت سلامت پدر و مادر، در حال حاضر، در والدین خویشاوند ۲۸/۴ درصد پدر و ۲۹/۷ درصد مادر و در والدین غیر خویشاوند ۲۵/۷ درصد پدر و ۳۰/۴ درصد مادر بیمار بودند.

جدول ۳. مجذور کای جهت بررسی ارتباط متغیرهای زیستی در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند

متغیر زیستی	مجدور کای	درجه آزادی	معنی داری سطح	ضریب تعیین
سن مادر	۳/۲۰	۴	۰/۵۲۴	۰/۱۴
سن مادر زمان ازدواج	۱۳/۴۰	۴	۰/۰۰۹	۰/۲۲
سلامت مادر حال حاضر	۰/۱۳	۱	۰/۷۱۲	۰/۰۳
سابقه معلولیت مادری	۷/۹۷	۱	۰/۰۰۵	۰/۲۲

بر اساس جدول شماره ۴، در متغیر سابقه سقط جنین مادر در ۲۷/۳ درصد کل نمونه‌های تحقیق، ۱۲ درصد والدین خویشاوند، ۱۵/۳ درصد والدین غیر خویشاوند، سابقه سقط جنین داشتند. در متغیر فشار خون غیر طبیعی مادر در دوران بارداری، کل نمونه‌های تحقیق ۵/۳ درصد، والدین خویشاوند ۲ درصد، والدین غیر خویشاوند ۳/۳ درصد، درگیر فشار خون بوده‌اند.

در متغیر تب شدید مادر، در دوران بارداری، کل نمونه‌های تحقیق ۲۹/۳ درصد، والدین خویشاوند ۱۰ درصد و والدین غیر خویشاوند ۱۹/۳ درصد، تب شدید داشتند. در متغیر بیماری‌های غدد داخلی، کل نمونه‌های تحقیق ۳۳/۳ درصد، والدین خویشاوند ۱۵/۳ درصد و والدین غیر خویشاوند ۱۸ درصد مادران در دوران بارداری مبتلا بوده‌اند. ۴ درصد کل نمونه‌های تحقیق و ۱/۳ درصد والدین خویشاوند ۲/۷ درصد مادران والدین غیر خویشاوند، در دوران بارداری درگیر دیابت بوده‌اند. همچنین ۴/۷ درصد کل نمونه‌ها ۷٪ درصد والدین خویشاوند و ۴ درصد مادران غیر خویشاوند، در دوران بارداری، بیماری صرع داشتند. ۶ درصد کل نمونه‌های تحقیق ۲ درصد والدین خویشاوند و ۴ درصد مادران والدین غیر خویشاوند در دوران بارداری مبتلا به سرخه بوده‌اند. همچنین ۹/۳ درصد کل نمونه‌های تحقیق، ۲ درصد والدین خویشاوند و ۷/۳ درصد مادران والدین غیر خویشاوند در دوران بارداری سابقه بیماری خاص داشتند.

در متغیر مسمومیت مادر در دوران بارداری ۶ درصد کل نمونه‌های تحقیق، ۴ درصد والدین خویشاوند و ۲ درصد والدین غیر خویشاوند در دوران بارداری سابقه مسمومیت داشتند. ۲/۷ درصد کل نمونه‌های تحقیق، ۷٪ درصد والدین خویشاوند ۲ درصد والدین غیر خویشاوند، مادران در دوران بارداری در معرض اشعه ایکس قرار گرفته بودند. در متغیر خون‌ریزی مادر هنگام بارداری، کل نمونه‌های تحقیق ۳۳/۳ درصد، والدین خویشاوند ۱۴/۷ درصد و والدین غیر خویشاوند ۲۴/۷ درصد مادران سابقه خون‌ریزی در دوران بارداری گزارش نمودند. همچنین ۱۰/۷ درصد کل نمونه‌های تحقیق ۴ درصد والدین خویشاوند و ۶/۷ درصد مادران والدین غیر خویشاوند در دوران بارداری سابقه ضربه به شکم داشتند. ۳۰/۷ درصد کل نمونه‌های تحقیق: ۱۸ درصد والدین خویشاوند و ۱۲/۷ درصد

بر اساس جدول شماره ۳، با تأکید بر میزان ضریب تعیین (۰/۲۲) می‌توان عنوان نمود که: میزان ارتباط بین سن پدر در زمان ازدواج با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین کم است. با تأکید بر میزان ضریب تعیین (۰/۲۸) میزان ارتباط بین سن مادر، در زمان ازدواج، با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین، در حد متوسط می‌باشد. بنابراین، رابطه معناداری بین سن ازدواج پدر و مادر، در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند، وجود ندارد. همچنین رابطه معناداری بین سن کنونی پدر و مادر، تعداد فرزندان خانواده، ترتیب تولد پدر و مادر در خانواده، وضعیت سلامت پدر و مادر، در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند، وجود ندارد. با تأکید بر ضریب تعیین (۲۲٪ و ۱۷٪) می‌توان عنوان نمود که: رابطه معناداری بین سابقه معلولیت در خانواده پدر و مادر، در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند وجود دارد.

جدول ۴. توزیع فراوانی متغیرهای زیستی والدین

متغیر	خویشاوند		غیر خویشاوند		کل
سابقه معلولیت پدر	۵۸	۳۸/۷	۴۶	۳۰/۷	۶۹/۳
سابقه معلولیت مادر	۴۲	۲۸	۲۵	۱۶/۷	۴۴/۷
بیماری پدر حال حاضر	۴۲	۲۸/۴	۳۷	۲۵	۵۳/۴
بیماری مادر حال حاضر	۳۱	۲۰/۹	۲۸	۱۸/۹	۳۹/۹
سقط جنین	۱۸	۱۲	۲۳	۱۵/۳	۲۷/۳
در معرض اشعه	۱	۰/۷	۳	۲	۲/۷
ضربه به شکم	۶	۴	۱۰	۶/۷	۱۰/۷
تحرک و استراحت	۲۷	۱۸	۱۹	۱۲/۷	۳۰/۷
مصرف قرص آهن	۰	-	۳	۲	۲
مصرف دارو	۳	۲	۷	۴/۷	۶/۸
تب شدید	۱۵	۱۰	۲۹	۱۹/۳	۲۹/۳
فشار خون	۳	۲	۵	۳/۳	۵/۳
خون‌ریزی	۲۲	۱۴/۷	۳۷	۲۴/۷	۳۹/۳
مسمومیت	۶	۴	۳	۲	۹
بیماری خاص	۳	۲	۱۱	۷/۳	۹/۳
دیابت	۲	۱/۳	۴	۲/۷	۶
غدد و داخلی	۲۳	۱۵/۳	۲۷	۱۸	۳۳/۳
صرع	۱	۰/۷	۶	۴	۴/۷
سرخه	۳	۲	۶	۴	۹

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد: بر اساس مجذور کای، بین وضعیت مادر در دوران بارداری از نظر: ابتلا به بیماری‌های غدد و داخلی، دیابت، صرع، مسمومیت، سابقه وبار، در معرض اشعه ایکس، ضربه شدید به شکم، سابقه مصرف دارو و قرص آهن، تحرک و استراحت، سقط جنین و طول بارداری، رابطه معنا داری وجود ندارد. همچنین بین وضعیت مادر در دوران بارداری از نظر: بیماری خاص، تب شدید، سابقه خون‌ریزی، وضعیت تغذیه در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند رابطه معنا دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته پژوهش، بین سن پدر و مادر، با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود ندارد. پژوهش‌های کروموزومی نشان می‌دهد که در کروموزوم زنان از سی سالگی به بعد تغییراتی روی می‌دهد، که به تولد کودکان عقب‌ماندگی ذهنی منجر می‌شود. با توجه به این‌که تخمک‌های زن مطابق سن تقویمی اوست، در طول بسیاری از کنش‌های جسمانی با بالا رفتن سن، حالت نزولی پیدا می‌کند. از این‌رو ممکن است تخمک‌های زن، وضعیت عالی و قوت و منش مطلوب خود را از دست بدهد. به همین دلیل، وزن تخمدان زنان مسن کمتر از وزن تخمدان زنان جوان است (۱۸). نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های برک^۱ (۱۹)، سلیگمن^۲ و همکاران (۲۰)، فراسر، بروکت، وارد (۲۱) و افروز (۱۸) است، که بیان می‌کند: فرزند آوری در سن بالا میزان شیوع انواع آسیب‌های جسمی، ذهنی و روان‌شناختی کودکان را افزایش می‌دهد. افروز (۱۸) اظهار می‌کند که: ازدواج زودهنگام مادر در سنین نوجوانی و بارداری بلافاصله پس از آن، باعث افزایش آسیب‌های جسمی، ذهنی و روانی در کودکان می‌شود. این مسأله ناشی از عدم آمادگی و آگاهی مادر است و یکی از دلایل آن، عدم رشد کافی دستگاه رحمی دختران و پایین بودن ظرفیت‌های جسمی برای بارداری و زایمان طبیعی است (۲۱). نتایج پژوهش همسو با یافته‌های لو (۲۲)، نلسون

مادران والدین غیر خویشاوند، در دوران بارداری، تحرک و استراحت مناسب نداشته‌اند. در متغیر وضعیت تغذیه مادر هنگام بارداری، کل نمونه‌های تحقیق ۲۶/۳ درصد: والدین خویشاوند ۸/۷ درصد و والدین غیر خویشاوند ۱۷/۴ درصد مادران وضعیت تغذیه‌ای ضعیفی داشته‌اند. فقط ۲ درصد مادران کل نمونه‌های تحقیق و ۲ درصد والدین غیر خویشاوند در هنگام بارداری قرص آهن مصرف کرده بودند. در حالی که ۶/۷ درصد کل نمونه‌های تحقیق و ۲ درصد والدین خویشاوند و ۴/۷ درصد مادران والدین غیر خویشاوند، در دوران بارداری، سابقه مصرف دارو داشتند.

در متغیر چگونگی وبار در مادر، هنگام بارداری، کل نمونه‌های تحقیق ۲۹/۷ درصد: والدین خویشاوند ۱۵/۵ درصد و والدین غیر خویشاوند ۱۴/۲ درصد مادران وبار خیلی شدیدی را تجربه کرده‌اند. در متغیر طول دوران بارداری کل نمونه‌های تحقیق ۱۲/۲ درصد، طول بارداری زیر ۸ ماه و ۲۹/۹ درصد طول بارداری آنها بین ۸-۹ ماه بوده است. در سابقه معلولیت در خانواده پدر و مادر در والدین خویشاوند، خانواده پدری ۳۸/۷ درصد و خانواده مادری ۲۸ درصد و در والدین غیر خویشاوند خانواده پدری ۳۰/۷ درصد و خانواده مادری ۳۳/۳ درصد سابقه معلولیت داشتند.

جدول ۵. مجذور کای، بررسی ارتباط متغیرهای وضعیت دوران بارداری مادر در والدین خویشاوند و غیر خویشاوند

متغیر زیستی	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معنی داری	ضریب تعیین
فشار خون مادر	۰/۵۲	۱	۰/۴۶۷	۰/۰۵
غدد داخلی	۰/۴۸	۱	۰/۴۸۸	۰/۰۵
مسمومیت مادر	۱/۰۶	۱	۰/۳۰۲	۰/۰۸
بیماری صرع	۳/۷۴	۱	۰/۰۵۳	۰/۱۵
ضربه به شکم	۱/۰۶	۱	۰/۳۰۳	۰/۰۸
تحرک، استراحت	۲/۰۱	۱	۰/۱۵۷	۰/۱۱
بیماری خاص	۵/۰۴	۱	۰/۰۲۵	۰/۱۸
وضعیت تغذیه	۱۴/۰۹	۳	۰/۰۰۳	۰/۲۹
طول بارداری	۱/۲۹	۲	۰/۵۲۳	۰/۰۹
تب شدید	۶/۳۰	۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰
در معرض اشعه	۱/۰۲	۱	۰/۳۱۱	۰/۰۸
بیماری دیابت	۰/۶۹	۱	۰/۴۰۵	۰/۰۶
خون‌ریزی	۶/۲۸	۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰
مصرف قرص	۳/۰۶	۱	۰/۰۸۰	۰/۱۴
سرخچه	۱/۰۶	۱	۰/۳۰۲	۰/۰۸
مصرف دارو	۱/۷۱	۱	۰/۱۹۰	۰/۱۰
چگونگی وبار	۰/۹۷	۳	۰/۸۰۸	۰/۰۸
سقط جنین	۰/۸۳	۱	۰/۳۶۰	۰/۰۷

1- Berek

2- Seligman

نتایج پژوهش نشان داد: بین سابقه معلولیت خانواده پدر و مادر با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین، ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های کاکابرایی (۸)، حجازی و همکاران (۱۱) و افروز (۱۸) همسو است. افروز (۱۸) در پژوهش خود نشان داد که ۳۲ درصد از نزدیکان کودکان با نیازهای ویژه دارای معلولیت جسمی یا ذهنی بوده و تعدادی از آنها سابقه روشنی از اختلالات ژنتیکی داشته‌اند. به نظر می‌رسد وجود یک عامل ژنتیکی که در میان گروهی از خویشاوندان به صورت مشترک وجود دارد، سبب شده است که برخی از اقوام شاهد شیوع بالاتر تولد فرزندان با نیازهای ویژه باشند. از سوی دیگر، برخی از اقوام ازدواج خویشاوندی را ارزش محسوب می‌کنند، این عامل نیز می‌تواند سبب شود که تولد کودکان با نیازهای ویژه در چنین خانواده‌هایی شیوع بالاتری داشته باشد. بنابراین اقدامات پیشگیرانه و ارائه مشاوره ژنتیک قبل و بعد از ازدواج فامیلی باید در الویت سیاست‌گذاری سلامت قرار گیرد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد: بین وضعیت سلامت پدر و مادر، در حال حاضر، با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. افروز (۱۸)، دوما و همکاران (۲۹) بیان می‌کنند: تولد کودک معلول همانند سایر حوادث غیر مترقبه نامطبوع زندگی، بهزیستی خانواده را تحت تأثیر قرار داده، آن را مختل می‌کند و باعث ایجاد اختلالات روانی بسیاری، همچون افسردگی در اعضای خانواده می‌شود. تولد و حضور کودک با نیازهای ویژه، خانواده را با مشکلات زیادی مواجه می‌کند (۳۰). نصرتی (۱۷) در پژوهشی به این نتایج رسید: بین متغیرهای مربوط به سلامت عمومی پدر و مادر با ازدواج‌های خویشاوندی تفاوت معنادار وجود ندارد. ارجمندنیا و همکاران (۱) به این نکته اشاره می‌کنند که: عوامل بی‌شماری از جمله میزان درآمد خانواده، میزان تحصیلات والدین، شدت معلولیت کودک، راهبردهای مقابله‌ای، سن کودک، سن پدران، و نگرش والدین می‌تواند در سلامت آنها موثر باشد. در تبیین این نتیجه باید گفت که مهم‌ترین مسأله و شاید از مشکل‌آفرین‌ترین مسائل مربوط به کودک با نیازهای

و النبرگ^۱ (۲۳)، دورکین^۲ و همکاران (۲۴) و حجازی و همکاران (۱۱) است که نشان می‌دهد ازدواج مادر در سنین زیر ۲۰ سال در دوران نوجوانی خطر تولد کودکان با نیازهای ویژه را افزایش می‌دهد. به همین دلیل، مناسب‌ترین سن بارداری بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی است. هر چه مادر از این طیف سنی دورتر می‌شود، خطر معلولیت و مرگ جنین بیشتر می‌شود (۲۵). علاوه بر سن ازدواج و بارداری مادر، سن پدر نیز از جمله شاخص‌های سلامتی فرزندان محسوب می‌شود. سن پدر به عنوان یک متغیر در کنار سن مادر می‌تواند اهمیت داشته باشد. هر چند اهمیت آن از سن مادر کم‌تر است. علاوه بر این، تا سن مادر بر ناهنجاری‌های کروموزومی تأثیر می‌گذارد. افزایش سن پدر نیز باعث افزایش سقط جنین خود به خودی می‌شود. بدین معنا که افزایش سن والدین، احتمال ابتلای فرزند به یکی از اختلالات ژنتیکی را افزایش می‌دهد. پدران نوجوان هم نمی‌توانند به عنوان یک مرد و همسر مسئولیت اداره‌ی زندگی را بپذیرند. آنها نیازهای زیستی، شناختی و عاطفی همسر خود را در دوران بارداری درک نمی‌کنند و برای رفع این نیازها با مشکل روبه‌رو می‌شوند. به همین دلیل بیشتر مادران این وظیفه‌ی خطیر را به تنهایی بر دوش می‌کشند و همسر خود را تکیه‌گاه مناسبی نمی‌دانند. اغلب این پدران، فلسفه فرزندآوری و پرورش صحیح تربیت فرزند و ارتباط با او را نمی‌دانند. این، خود می‌تواند زمینه‌ساز معلولیت شود (۱۱). نتایج این پژوهش با یافته‌های به‌پزوه و رضانی (۲۶)، هاردمن و همکاران (۲۷)، لو^۳ (۲۲)، کاکابرایی (۸) و حجازی و همکاران (۱۱) همسو است. در مجموع می‌توان گفت عدم آمادگی‌های لازم اجتماعی، عاطفی، شناختی و حتی اقتصادی، در زوجینی که در سنین پایین ازدواج می‌کنند، می‌تواند شرایطی فراهم کند که احتمال بروز معلولیت‌ها را در آنها افزایش دهد. همچنین فرزندآوری در سنین بالا به دلیل افت کارکرد بدن، احتمال مرده‌زایی و معلولیت را افزایش می‌دهد.

1- Nelson & Ellenberg

2- Durkin

3- Low

۱۵: درصد مادران کودکان استثنایی در دوران بارداری به بیماری مبتلا شده‌اند. بنابراین ابتلا مادر به بیماری‌های داخلی همراه با سایر ریزفاکتورهای خطرزا و اطلاعات و مشاوره ناکافی، خطرات سقط جنین و معلولیت را به دنبال دارد. برای داشتن بارداری سالم و به دنیا آوردن فرزندی سالم، لازم است مادر باردار از تمامی آنچه ممکن است در این دوران با آن مواجه شود، اطلاعاتی داشته باشد، تا اگر در این مسیر با مشکلی مواجه شد از قبل آمادگی لازم را داشته باشد. مشاوره ژنتیک باید در خانواده‌هایی که سابقه بیماری‌های ژنتیک داشته و یا پدر و مادر نسبت فامیلی دارند، صورت گیرد (۱۹).

این پژوهش نشان داد: بین تب شدید و خونریزی مادر در دوران بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین بین مسمومیت مادر و ویرار در دوران بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین ارتباط معنی داری وجود ندارد. تب بیماری نیست اما نشانه بیماری است. اگرچه محققان می‌گویند افزایش دما باعث از بین رفتن عوامل بیماری‌زا می‌شود، اما بالا رفتن زیاد دمای بدن، به ویژه در زنان باردار، برای مادر و جنین خطراتی را به دنبال دارد. به همین دلیل ضروری است مادران باردار در طول این مدت، کاملاً از خود مراقبت کنند تا دچار عفونت نشوند. مسمومیت شدید می‌تواند روی سلامت مادر و جنین تأثیر منفی بگذارد. در صورت درمان نشدن این عارضه، خطر سکنه مغزی، درست عمل نکردن کلیه و کبد، مشکلات انعقادی خون، تجمع مایعات در ریه و تشنج به همراه دارد (۳۳).

یافته این پژوهش نشان داد: بین ضربه شدید به شکم مادر و قرار گرفتن مادر تحت اشعه ایکس هنگام بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین ارتباط معنی داری وجود ندارد. حساس‌ترین زمان برای ابتلای جنین به مشکلات و بیماری‌ها، از ابتدای حاملگی تا حدود ۱۵ هفته پس از بارداری می‌باشد. اگر جنین طی این مدت در معرض اشعه ایکس قرار بگیرد، دچار نقایص هنگام تولد و عقب ماندگی ذهنی می‌شود. اما پس از گذشت ۲۶ هفته از بارداری، اگر جنین در معرض اشعه

ویژه در خانواده، بعد تربیتی آن باشد. بیشترین بار تربیتی این مسأله، اگر چه بر عهده‌ی مادر است، ولی وجود کودک معلول از هر گروه می‌تواند موجب سنگینی این بار تربیتی بر دوش پدران باشد. بسیاری از پدران اینگونه کودکان به خاطر کمک به مادران، در زمینه نگهداری و کنترل رفتارهای ناهنجار، تحت فشار و کمبود وقت برای رسیدگی به مسائل شخصی و سایر فرزندان هستند.

بین طول دوران بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین ارتباط معنی داری وجود ندارد. یکی از مشکلاتی که مادران باردار را، در طول دوران بارداری تهدید می‌کند، سقط جنین است. بسیاری از آنها که قبلاً این مشکل را داشته‌اند از بارداری مجدد می‌ترسند و اطلاعات کافی ندارند. اگر چه برای همه زنان، احتمال سقط ناخواسته جنین وجود دارد، اما برخی از عوامل می‌تواند خطر سقط ناخواسته جنین را در مادر افزایش دهند (۳۱). تولد زودرس شایع‌ترین عامل مرگ و میر دوره نوزادی است. با وجود اینکه روش‌های نوین مراقبت از نوزادان زودرس، وضعیت راتا حد زیادی بهبود بخشیده است، هیچ کاهش پایدار و قابل توجهی در میزان بروز تولدهای زودرس و کم وزن به وجود نیامده است. میزان زایمان زودرس در بسیاری از کشورها مانند، آمریکا و کانادا در ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است و از ۶/۳ درصد در سال ۱۹۸۱ به ۶/۸ درصد در سال ۱۹۹۲ و ۱۱/۸ درصد در سال ۲۰۰۰ رسیده است. در ایران نیز این روند افزایشی ادامه دارد، به طوری که از ۶/۷ درصد در سال ۷۵ به ۱۲/۱ درصد در سال ۷۹ و ۱۶/۴ درصد در سال ۸۲ رسیده است (۳۲).

بر اساس این پژوهش، بین مبتلا بودن مادر به بیماری‌های غدد داخلی، سرخجه و دیابت با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود ندارد. بین بیماری صرع و بیماری خاص مادر هنگام بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیر خویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود دارد. علاوه بر بیماری‌های ویروسی و عفونی، اختلالات و بیماری‌های مربوط به سوخت و ساز در بدن مادر باردار، می‌تواند بر رشد و تحول جنین تأثیر بگذارد (۳۱). افروز (۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که

یافته این پژوهش نشان می‌دهد: بین وضعیت تغذیه مادر هنگام بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیرخویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود دارد. ولی بین تحرک و استراحت مناسب مادر هنگام بارداری با نسبت خویشاوندی یا غیرخویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود ندارد. مادری که بارداری را در شرایط مناسب و مطلوبی، از نظر تغذیه، شروع می‌کند، از ابتدا می‌تواند محیطی سالم و رضایت بخش برای فرزند خود ایجاد کند. اهمیت تغذیه صحیح و کافی در دوران بارداری، هم برای مادر و هم برای جنین کاملاً آشکار است، زیرا سلامتی افراد تا حد زیادی به دریافت مواد غذایی و ساختار تغذیه‌ی آن‌ها در دوران جنینی بستگی دارد (۳۷). رژیم غذایی ناسالم و ناکافی مادر، رشد مغز جنین را به خطر می‌اندازد. به همین دلیل است که عقب ماندگی ذهنی ناشی از سوء تغذیه‌ی مادر، در کشورهای در حال توسعه رایج است (۵). مادران شاغل، چنانچه در بارداری خود عارضه‌ای نداشته باشند، می‌توانند تا شروع دردهای زایمانی به کار خود ادامه دهند ولی باید از انجام کار سنگین که موجب افزایش ضربان قلب و تعرق زیاد می‌شود، پرهیز کنند. در سه ماهه سوم بارداری، بهتر است مادر باردار بیشتر به فکر استراحت و آرامش ذهنی باشد (۳۸).

ایکس قرار گیرد، کمتر احتمال دارد دچار عوارض شدید شود، اما باز هم در معرض خطر است (۳۴). افروز (۱۸) در پژوهشی به این نتیجه رسید که: کیفیت بارداری مادر از جمله ضربه به شکم، در بروز معلولیت نقش دارد. تروما از عوارض مهم دوران بارداری است و یکی از عوامل مرگ و میر دوران بارداری به شمار می‌آید. تروما چه ناشی از تصادفات وسایل نقلیه و چه ناشی از خودکشی و نزاع، می‌تواند منجر به مرگ جنین و حوادث تهدید کننده حیات مادر شود. در بسیاری از موارد، مرگ ناشی از تروما در حاملگی قابل پیشگیری است. استفاده صحیح از وسایل ایمنی، احترام و رعایت قوانین رانندگی و شناسایی سریع و زودرس موارد مشکوک به حوادث خشونت بار، از جمله راهکارهایی است، که پزشکان متخصص زنان و زایمان در آموزش و شناسایی موارد خطر نقش اساسی را بازی می‌کنند (۳۵).

نتایج پژوهش نشان داد: بین سابقه مصرف دارو و قرص آهن مادر در دوران بارداری، با نسبت خویشاوندی یا غیرخویشاوندی والدین، ارتباط معنی داری وجود ندارد. دارو درمانی و مصرف داروهای بدون نسخه برای برخی از بیماری‌های رایج، امری متداول است. اما استفاده از این داروها در دوران بارداری می‌تواند خطرهای جدی برای جنین به دنبال داشته باشد. در طول دوران بارداری، زنان علاوه بر اینکه در معرض بیماری‌های شایع دوران غیربارداری قرار دارند، بواسطه حاملگی نیز ممکن است در معرض مشکلات و بیماری‌هایی قرار بگیرند، که نیاز به درمان دارویی پیدا کنند. در این رابطه شناخت و درک تراتولوژی داروها و اثرات آنها بر روی جنین و شیرخوار بسیار ضروری است (۳۱). بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در حدود سه میلیارد نفر از مردم جهان به کم خونی فقر آهن دچارند. زنان در سنین باروری از گروه‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر کم خونی فقر آهن می‌باشند. پیامدهای زیان بار کم خونی فقر آهن از جمله افزایش مرگ و میر مادران به هنگام زایمان، افزایش ابتلا به بیماریها، کاهش ضریب هوشی و اختلال در رشد جسمی و نهایتاً کاهش توانمندی‌های ذهنی و جسمی، روند توسعه کشورها را به مخاطره می‌اندازد (۳۶).

References

1. Arjmandnia A, Afrooz G, Sadati SJJPE. Main causes of disabilities in school age children and adolescents urban areas and rural in Iran. 2008;39:203-17.
2. Shawky RM, Sadik DI. Congenital malformations prevalent among Egyptian children and associated risk factors. Egyptian Journal of Medical Human Genetics. 2011;12(1).
3. Kermani RM, Nedaeifard L, Nateghi MR, Fazeli AS, Osia MA, Jafarzadehpour E, et al. Congenital anomalies in infants conceived by assisted reproductive techniques. 2012;15(4):228.
4. Jose A, Gupta S, Gulati S, Sapra SJCMR, Practice. Prevalence of depression in mothers of children having ASD. 2017;7(1):11-5.
5. Hallahan DP, Kauffman JM, Pullen PC. Exceptional learners: Introduction to special education: Allyn and Bacon Boston; 1997.
6. Ryde-Brandt BJEJoP. Defence strategies and anxiety in mothers of disabled children. 1991;5(5):367-77.
7. Dinc B, Bozdayi G, Biri A, Kalkanci A, Dogan B, Bozkurt N, et

- al. Molecular detection of cytomegalovirus, herpes simple-x virus 2, human papillomavirus 16-18 in Turkish pregnant. 2010;14(6):569-74.
8. Kakabaraee K, Arjmandnia A, Seidy M, editors. Role cousin marriage in exceptional children birth. National conference family and exceptional child; 2010.
9. Hajiesfandiary L, Afrooz G, Homan H, Yaryari FJRoec. Comparative study of frequency of the six type of cross cousin and non-cousin marriage among parents of exceptional and normal children. 2010;10(2):175-83.
10. Soleymani M, Afrooz GA, Sharifi Daramadi P, Ghojari Bonab BJIRJ. Effect of psychological intervention on marital satisfaction of mothers with slow pace under 5 years children. 2012;10(1):18-23.
11. Hejazi M, Afrooz Gh, Sobhi A. Detection of biological, psychological and social character in parents with more than one of exceptional children. Journal of Psychology and Education. 2009; 39: 123-145. [Persian]
12. Akrami SM, Osati ZJJoBS. Is consanguineous marriage religiously encouraged? Islamic and Iranian considerations. 2007;39(2):313-6.
13. Saadat M, Ansari-Lari M, Farhud DJAoHb. Short report consanguineous marriage in Iran. 2004;31(2):263-9.
14. Nazari S. Comparison of biological, cognitive, psychological-social properties between consanguineous and non-consanguineous parents who have at least one exceptional children. Thesis for master of science. Tehran, Tehran University; 2008. [Persian].
15. Afrooz GA. Psychology and rehabilitation of children with Down syndrome. Tehran. Tehran university publishing; 2004. [Persian]
16. Younesi F. study biological, cognitive, psychology, sociology and environmental characteristics of parents with low weight infants in region rural and urban Fars. PhD. Tehran: Olom & Tahghighat. 2009:52-86.
17. Nosrati F. comparison biological, cognitive, psychological and sociology characteristics of parents with Down syndrome children and parents with normal children in Tehran city. MA. Tehran: Tehran University. 2006:43-56.
18. Afrooz GA. Preventive strategies: A study on handicapping conditions among school age children in Iran. Tehran: Tehran University publishing. 2005.
19. Novak E. Berek & Novak's gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
20. Seligman M, Darling RB. Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. Guilford Publications; 2017 Feb 13.
21. Florescu A, Koren GJcFp. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for rheumatoid arthritis during pregnancy. 2005;51(7):961-2.
22. Low JA, Handley-Derry MH, Burke SO, Peters RD, Pater EA, Killen HL, et al. Association of intrauterine fetal growth retardation and learning deficits at age 9 to 11 years. 1992;167(6):1499-505.
23. Nelson KB, Ellenberg JHJJ. Obstetric complications as risk factors for cerebral palsy or seizure disorders. 1984;251(14):1843-8.
24. Durkin M, Khan N, Davidson L, Huq S, Munir S, Rasul E, et al. Prenatal and postnatal risk factors for mental retardation among children in Bangladesh. 2000;152(11):1024-33.
25. Park KJPMiO, Paediatrics, Geriatrics. Park's textbook of preventive and social medicine. 2005.
26. Behpazhouh A, Ramazani F. Marital satisfaction in parents with mentally handicapped Children and parents with typically developing children. 2005.
27. Hardman, M. I, Drew, G. J. & Winston, F. M. Human exceptionality 7th. F. d. Boston: Allyn & Bacon.2002.
28. Novak E. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
29. Doma, L. H. Mary, A, F. Donna, M. S. & et al. Annual summery of vital statics: 2002. Pediatric, 108 (6), 1241-1255.
30. Van Bysterveldt AK, Westerveld MF, Gillon G, Foster-Cohen SJJol, disorders c. Personal narrative skills of school-aged children with Down syndrome. 2012;47(1):95-105.
31. Robinson S, Weiss JA, Lunsy Y, Ouellette-Kuntz HJJoARiID. Informal support and burden among parents of adults with intellectual and/or developmental disabilities. 2016;29(4):356-65.
32. Beigi A, Taheri N, Norouzi HRJTUMJ. The prevalence of very preterm deliveries, risk factors, and neonatal complications in Arash women hospital: a brief report. 2013;71(3).
33. Salari H, Reihani T, Zare ZJTHoMS. The survey of contact impacts with saffron in abortion prevalence. 2004;10(1):10-3.
34. Gholami M, Abedini MR, Khosravi H, Akbari S. Risks from ionizing radiation during pregnancy.2007.
35. Ashrafganjoie T, Mangeli F, Niknafs FJSJoHUoMS. Evaluating the outcomes of trauma among pregnant women referring to educational hospitals of Kerman during 2003-2009. 2011;17(4):34-8.
36. Seddighi Looye E, Moghaddam Banaem L, Afshar AJJoh. Relationships between Maternal Copper and Iron Serum Levels with Pregnancy Outcomes and Relationship between their Maternal and Cord Levels. 2012;17(4):16-25.
37. Kelishadi R, Ardalan G, Gheiratmand R, Majdzadeh R, Hosseini M, Gouya M, et al. Thinness, overweight and obesity in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN Study. 2008;34(1):44-54.
38. Aliei MM. The effect of pregnant women's working conditions on pregnancy outcome (1994). Iran Journal of Nursing. 1999 Sep;13(22):38-44.