

بررسی مشخصات فردی، بارداری و زایمان مادرانی که دارای کودک عقب مانده ذهنی هستند در مراکز توانبخشی

شهر تهران ۷۳-۱۳۷۲

پژوهشگر:

زهره فیضی عضو هیأت علمی
دانشکده پرستاری و مامائی
دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد راهنما:

خانم افتخار السادات حاجی کاظمی
عضو هیأت علمی دانشکده
پرستاری و مامائی دانشگاه علوم
پزشکی ایران
استاد مشاور:

آقای دکتر حسین عاملی عضو
هیأت علمی دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی ایران
استاد آمار:

آقای دکتر محمود محمودی عضو
هیأت علمی دانشکده بهداشت
دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که با هدف بررسی مشخصات فردی بارداری و زایمان مادرانی که دارای کودکان عقب مانده ذهنی هستند در مراکز توانبخشی شهر تهران در سال

۱۳۷۲-۱۳۷۳ انجام پذیرفته است. در این پژوهش جمعاً ۱۵۰ مادر به طور تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند که با استفاده از روش مصاحبه، اطلاعات در زمینه مورد پژوهش جمع آوری و سپس نتایج مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش در ۳۴ جدول جمع آوری و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار توصیفی استفاده گردید.

نتایج کلی حاصل از پژوهش در رابطه با هدف شماره ۱، مشخصات فردی مادران در زمان حاملگی کودکان عقب مانده ذهنی مشخص نمود، ۳۸٪ واحدها به هنگام حاملگی خارج از سن مناسب برای حاملگی (سال ۲۰-۳۵) بوده‌اند، ۱۴/۶٪ از واحدها به نوعی قبل از بارداری سابقه بیماری را داشته‌اند و ۳۶/۷٪ از واحدها ازدواجشان با فامیل صورت گرفته بود و ۳۳٪ از واحدها دارای سابقه معلولیت در فامیل بوده‌اند. در رابطه با هدف

شماره ۲، تعیین مشخصات بارداری مادران در زمان حاملگی کودک عقب مانده ذهنی مشخص گردید که ۲۷/۷٪ از واحدها در طول بارداری از هیچ گونه مراقبت بهداشتی برخوردار نبوده‌اند و ۴۱٪ از واحدها به نوعی سابقه بیماری در طول بارداری را ذکر نموده‌اند، ۱۱/۳٪ از واحدها بدون تجویز پزشک بطور خودسرانه از دارو استفاده می‌کرده‌اند که نوع دارو مصرفی نزد ۶٪ از واحدها هورمونی بوده است. در رابطه با هدف شماره ۳، تعیین شرایط مادران به هنگام زایمان کودک عقب مانده ذهنی نتایج نشان دادند که ۱۴٪ از واحدها زایمانشان زودتر از موعد مقرر و ۶/۷٪ از واحدها نوزادشان با استفاده از وسایلی چون فورسپس و وانتوزمتولد شده بودند.

بیان مسئله پژوهش

مطالعه و بررسی علل موثر بر پیدایش عقب ماندگی ذهنی نشان

عقب ماندگان ذهنی اساس پیشگیری موثر را تشکیل می دهد. از دیدگاه بسیاری از محققان و دانشمندان وجود بعضی از عوامل در طول بارداری و زایمان بر ایجاد معلولیت ذهنی موثر می باشند. آنها با انجام تحقیقات متعدد چگونگی اثر عوامل مختلف را بر سیر زایمانی و نهایتاً مادر و جنین مورد بررسی قرار داده تا به این طریق حاملگیهای پرخطر را شناسایی کنند و با انجام اقدامات مناسب بتوانند از بوجود آوردن شرایط نامطلوب جلوگیری یا آن را کاهش دهند. از آن جمله می توان از مطالعه زیر نام برد:

اف، جی رومر^۱ و دیگران (۱۹۹۱) مطالعه ای طولی را به منظور پی بردن اثر زایمان طولانی روی بهره هوشی کودکان انجام دادند. آنان جهت رسیدن به این هدف از میان سزارینه های انجام شده در فاصله زمانی ۱۹۵۲-۱۹۵۴ در بیمارستان هورون رود^۲ ایالت اوهایو،^۳ ۵۴ مورد پرونده را که بر طبق اطلاعات ثبت شده در آن مادران قبل از سزارین یا دارای درد

زمینه سازگاری با محیط را نداشته و برای رفع خواسته ها و نیازهای اصلی خویش، نیازمند یاری رساندن از جانب اطرافیان هستند، شدیداً ما را تحت تاثیر قرار می دهند و این سؤال را پیش می آورند که آیا می توانستید کاری کنید که چنین وضعی پیش نمی آمد (حامدی، ۱۳۷۲ صفحه ۳۳).

با توجه به اینکه معلولیت ذهنی مشکلی فردی، خانوادگی و اجتماعی است که در سطح وسیع منجر به ایجاد اختلال در روابط شخصی و اجتماعی و وضعیت روانی فرد گشته و دشواریهای اجتماعی قابل ملاحظه ای بوجود می آورد، غم فشارنده و همیشگی خانواده هایی که دارای عضوی معلول در خانواده هستند از طرفی، و بار اقتصادی برنامه های بازتوانی و آموزشی و مراقبت دراز مدت این افراد از طرف دیگر، لازم می نماید که مسئله ای به نام پیشگیری در اولویت برنامه های مختلف مربوط به انواع معلولیتها قرار گیرد. با توجه به اینکه پیشگیری آسانتر، عملی تر و کم هزینه تر از درمان می باشد، پس بهتر است قبل از وقوع مشکل به فکر چاره جویی بود. شناخت عوامل سببی و فراوانی آن نزد

می دهد که پاره ای از آنها، مربوط به زمان تشکیل نطفه و دوران حاملگی و زایمان می باشد که با توجه به دانش امروز بشر، معلولیت ۸۰٪ کل معلولین قابل پیش بینی و پیشگیری بوده است (بهزیستی کشور، ۱۳۷۲، صفحه ۱۲).

معلولیتها، دارای انواع مختلف می باشند که بنا به شرایط کشورهای مختلف، ارقام متفاوتی را به خود اختصاص می دهند، طبق گزارشات یونیسف ده درصد مردم دنیا دچار ناتوانیهای مختلف می باشند، که $\frac{۴}{۵}$ آنها در کشورهای در حال توسعه به سر می برند و $\frac{۱}{۳}$ این جمعیت را کودکان تشکیل می دهند (سیف، ۱۳۷۲، صفحه ۴۹).

طبق آمار یونسکو حدود ۵۰۰ میلیون نفر معلول اعم از نابینا، ناشنوا، و عقب مانده ذهنی و سایر معلولیتهای مادرزادی در جهان وجود دارد که بیشتر از ۸۰٪ آنها در کشورهای فقیر آسیایی و آمریکای لاتین به سر می برند (حسن زاده، ۱۳۷۲، صفحه ۳۴).

ما نیز در اجتماع خود همه روزه شاهد کودکانی که به نوعی معلول اعم از ذهنی و غیر ذهنی هستند می باشیم. اینان که به دلایل مختلف قدرت لازم و کافی در

1- F.J Romer et al.

2- Huron Road Hospital

3- Ohio

زایمانی بوده و به علت عدم موفقیت در عمل زایمان واژینال نوزادشان توسط سزارین به دنیا آمده بود انتخاب کرده و بهره هوشی کودکان حاصل از عمل فوق را، با بهره هوشی خواهران و برادران این کودکان که از ابتدا بدون تحمل درد زایمانی توسط مادر، با عمل سزارین متولد شده بودند مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. محققین اطلاعات لازم جهت این تحقیق را از گزارشات موجود در پرونده‌های بیمارستانی و سپس پرسشنامه‌هایی که جهت والدین و اولیا مدارسی که این کودکان در آنجا به تحصیل مشغول بودند به دست آوردند. نتیجه مطالعات آنان نشان داد که، بهره هوشی کودکانی که مادر قبل از سزارین بیش از ۱۲ ساعت درد کشیده بود نه تنها نسبت به خواهران و برادرانشان که به طور انتخابی بدون آنکه مادر تحمل درد زایمانی را کرده باشد، با سزارین متولد شده بودند کمتر، بلکه نسبت به بهره هوشی کل خانواده نیز کمتر بود. این اختلاف در مورد بهره هوشی کودکانی که مادر بعد از تحمل کمتر از ۱۲ ساعت درد زایمانی، با سزارین متولد شده بود، مشاهده نشد (صفحه ۶۵۷-۶۵۳).

چهار چوب پنداشتی:

چهارچوب پنداشتی این پژوهش بر اساس معلولیت ذهنی استوار گردیده است. یکی از مشکلات قابل توجه در کشورهای جهان خصوصاً در کشورهای در حال رشد، وجود افراد معلول ذهنی در اجتماع می‌باشد. اینان که از زمان تولد یا دوران عمر، کم هوش و از نظر دماغی بوسیله بیماری یا ارث دارای نقص می‌باشند، از نظر اجتماعی بی‌کفایت بوده و در انجام امور مربوط به خود ناتوان می‌باشند (نظری، ۱۳۶۷، صفحه ۱۷).

عقب ماندگی‌های ذهنی بر حسب علل و عوامل مولد آنها به دو دسته بزرگ تقسیم می‌شوند: دسته‌ای که علل ارثی یا درونی دارند و دسته‌ای که علل اکتسابی یا بیرونی دارند. (شریف معمار، ۱۳۶۶، صفحه ۵۱).

طبق آمار، ۴۰٪ از کودکان کم رشد ذهنی در اثر عوامل ارثی یا عوامل اولیه به این اختلالات مبتلا گردیده‌اند، که امروزه با تعمیم بهداشت این رقم کاهش یافته است. عوامل اکتسابی یا بیرونی موثر بر معلولیت ذهنی به عوامل پیش از ولادت یا دوران بارداری، عوامل حین زایمان و عوامل پس از ولادت تقسیم می‌گردند (شریف

معمار، ۱۳۶۶، صفحه ۵۶).

اهداف پژوهش:

اهداف کلی:

- ۱- تعیین مشخصات فردی، بارداری و زایمان مادرانی که دارای کودک معلول ذهنی هستند.
- ۲- ارائه پیشنهادات برای کاربرد یافته‌ها.
- ۳- ارائه پیشنهادات برای پژوهشهای بعدی.

اهداف ویژه:

- ۱- تعیین مشخصات فردی مادران در زمان حاملگی کودک معلول.
- ۲- تعیین مشخصات بارداری مادران در زمان حاملگی کودک معلول.
- ۳- تعیین شرایط مادران به هنگام زایمان کودک معلول.

سئوالات پژوهش:

- ۱- مشخصات فردی مادران دارای کودک معلول ذهنی چه بوده است؟
- ۲- مشخصات دوران بارداری کودک معلول ذهنی چه بوده است؟
- ۳- شرایط مادران هنگام زایمان کودک معلول چگونه بوده است؟

نوع پژوهش:

این پژوهش از نوع توصیفی

است.

جامعه پژوهش:

جامعه پژوهش را مادرانی که دارای کودک معلول ذهنی واجد شرایط برای واحدهای مورد پژوهش بوده‌اند و به مراکز توانبخشی دولتی و خصوصی در شهر تهران مراجعه کرده‌اند، تشکیل داده‌اند.

نمونه پژوهش:

در این پژوهش به منظور دسترسی به نمونه‌ها ابتدا پنج مرکز توانبخشی دولتی و خصوصی زیر پوشش بهزیستی تصادفی انتخاب گردید و سپس با مراجعه به هر مرکز بطور تصادفی با ۳۰ نفر از مادران مراجعه کننده به آن مرکز، پس از کنترل پرونده کودکانشان که واجد شرایط لازم بودند با آنان مصاحبه انجام و پرسشنامه تکمیل گردید.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش:

کلیه واحدهای مورد پژوهش شرایط زیر را دارا بوده‌اند: کلیه مادران دارای کودک معلول ذهنی باسن بین ۷-۰ سال بوده‌اند، و معلولیت کودک آنها در اثر حادثه و بیماری بعد از تولد بوجود نیامده بود.

محیط پژوهش:

محیط پژوهش در این مطالعه شامل مراکز توانبخشی دولتی و خصوصی شهر تهران بوده است.

ابزار گردآوری داده‌ها:

ابزار گردآوری این پژوهش بصورت پرسشنامه بود که تمامی آنها توسط شخص پژوهشگر طبق مندرجات پرونده و انجام مصاحبه با واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

متغیرهای این پژوهش را مشخصات فردی، بارداری و زایمان تشکیل می‌داد. داده‌های بدست آمده در این تحقیق از نوع کمی (پیوسته و گسسته) و کیفی مقیاس (اسمی و رتبه‌ای) بود که مورد سنجش قرار گرفت. مطالعه در یک مرحله روی گروهی از مادران که دارای فرزند عقب افتاده ذهنی بودند، انجام گرفت. کلیه داده‌های کسب شده با استفاده از آمار توصیفی بصورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی رسم گردید.

نتیجه‌گیری نهایی:

این پژوهش مشخصات فردی، بارداری و زایمان ۱۵۰ نفر از مادرانی که، دارای کودک معلول

ذهنی بودند را، بر اساس سئوالات پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است. در پاسخ به سؤال اول مادران دارای کودک معلول ذهنی چیست، "مشخص گردید ۲۴٪ از واحدها به هنگام حاملگی سنشان کمتر از ۲۰ سال و ۱۴٪ از واحدها سنشان بیشتر از ۳۵ سال بوده است. میزان تحصیلات ۶۸٪ واحدهای مورد پژوهش در حد سیکل و راهنمایی یا کمتر از آن بوده است. یافته‌ها نشان دادند که ۱۴/۶٪ از واحدهای مورد پژوهش قبل از بارداری بنوعی سابقه بیماری را داشته‌اند. بررسی وضعیت ازدواج فامیلی نشان دهنده آن بود که ۳۶/۷٪ از واحدها ازدواجشان با فامیل صورت گرفته بود. امید (۱۳۷۲) در این باره اظهار می‌کند، تعداد کودکان معلول نزد خانواده‌هایی که ازدواجشان فامیلی بوده است بیشتر دیده می‌شود، ۹/۱٪ در خانواده‌هایی که نسبت فامیلی دارند و ۰/۴٪ در خانواده‌هایی که ازدواجشان فامیلی نبوده است (صفحه ۱۰).

در ارتباط با وجود سابقه معلولیت در فامیل و خانواده واحدهای مورد پژوهش مشخص گردید که حدود ۳۲٪ از واحدها دارای

سابقه معلولیت در فامیل بوده‌اند که اکثراً این معلولین در فامیل‌های شوهر بوده‌اند. در ارتباط با میزان حاملگی ناخواسته مشخص شد که $38/7\%$ از واحدها دارای حاملگی ناخواسته بوده‌اند که از آن میان 8% اقدام به سقط کرده بودند که ناموفق مانده بود. همچنین یافته‌های پژوهش در ارتباط با سابقه فرزند معلول دیگر در خانواده مشخص نمود که 20% از واحدها دارای این سابقه بوده‌اند و در 52% موارد فرزند معلول مورد نظر رتبه دوم یا اول را نزد واحدها داشته است.

خادم (۱۳۷۲) می‌نویسد، از آنجا که با افزایش تعداد بارداری خطر ضایعات حاملگی و میزان مرگ و میر و اشکالات دوره نوزادی زیاد شده و ضایعات و ناهنجاریهای مادرزادی افزایش می‌یابد، کمترین شیوع عوارض مامائی در حاملگی دوم و بیشترین شیوع، از حاملگی پنجم به بعد دیده می‌شود.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، "مشخصات دوران بارداری مادران بهنگام حاملگی کودک معلول چه بوده است؟" مشخص شد که $12/7\%$ از واحدها در طول بارداری از هیچگونه مراقبت بهداشتی

برخوردار نبوده‌اند. همچنین برمبنای یافته‌ها $37/3\%$ از واحدها بنوعی سابقه بیماری در طول بارداری را داشته‌اند. بررسی چگونگی مصرف دارو و نوع آن مشخص نمود که $43/3\%$ از واحدها دارای سابقه مصرف دارو، در سه ماهه اول حاملگی بوده‌اند که از آن میان $11/3\%$ بدون تجویز پزشک بوده است. میزان مصرف هورمون نزد این افرادشایان توجه بود (6% در افرادی که خود سرانه دارو مصرف می‌کرده‌اند در مقایسه با $2/6\%$ در افرادی که مصرف دارو نزد آنان با نظر پزشک بوده است).

توسلی (۱۳۷۲) اظهار می‌کند، در یک مطالعه اثرات ناهنجار یزایی مصرف قرصهای جلوگیری از حاملگی بصورت افزایش شیوع اختلالات قلبی عروقی و اندام‌ها گزارش گردیده است (صفحه ۳۰). نتایج پژوهش در مورد وجود سابقه خونریزی و ضربه به شکم در طول بارداری نشان داد که سابقه خونریزی نزد $8/7\%$ از واحدها و سابقه وجود ضربه به شکم نزد $3/3\%$ از واحدها وجود داشته است. طبق یافته‌های بدست آمده 34% از واحدها دارای سابقه انجام رادیوگرافی و سونوگرافی در طول بارداری

بوده‌اند. در ارتباط با سؤال سوم پژوهش، "شرایط زایمان مادران هنگام تولد کودک معلول ذهنی چگونه بوده است"، نتایج نشان دادند که 14% از واحدها زایمانشان زودتر از موعد مقرر (تولد نوزاد نارس) بوده است. همچنین اطلاعات نشان داد که $6/7\%$ از واحدها نوزادانشان با کمک استفاده از وسایلی چون فورسپس و وانتوز متولد گردیده بود.

مرندی (۱۳۷۲) در مورد نتیجه بررسی‌های انجام شده روی زایمانهای مشکل بوسیله فورسپس و وانتوز می‌نویسد: 80% از نوزادان متولد شده دچار ناراحتی‌های تنفسی و آپگار کمتر از ۶ بوده‌اند. و 60% از این نوزادان نیاز به مراقبت‌های ویژه در بخش آی، سی، یو^۱ را داشته‌اند (صفحه ۱۰۳). از نظر طول مدت زایمان اطلاعات حاصل از پژوهش نشانگر آن بود که $47/3\%$ از واحدها از نظر طول مدت زایمان سریع یا طولانی بوده است. همچنین داده‌های بدست آمده از پژوهش نشانگر آن بود که $7/3\%$ از واحدها نوزادشان با پا

1- Intensive Care Unit

سابقه معلولیت در فامیل بوده‌اند که اکثراً این معلولین در فامیل‌های شوهر بوده‌اند. در ارتباط با میزان حاملگی ناخواسته مشخص شد که ۳۸/۷٪ از واحدها دارای حاملگی ناخواسته بوده‌اند که از آن میان ۸٪ اقدام به سقط کرده بودند که ناموفق مانده بود. همچنین یافته‌های پژوهش در ارتباط با سابقه فرزند معلول دیگر در خانواده مشخص نمود که ۲۰٪ از واحدها دارای این سابقه بوده‌اند و در ۵۲٪ موارد فرزند معلول مورد نظر رتبه دوم یا اول را نزد واحدها داشته است.

خادم (۱۳۷۲) می‌نویسد، از آنجا که با افزایش تعداد بارداری خطر ضایعات حاملگی و میزان مرگ و میر و اشکالات دوره نوزادی زیاد شده و ضایعات و ناهنجاریهای مادرزادی افزایش می‌یابد، کمترین شیوع عوارض مامائی در حاملگی دوم و بیشترین شیوع، از حاملگی پنجم به بعد دیده می‌شود.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، "مشخصات دوران بارداری مادران بهنگام حاملگی کودک معلول چه بوده است؟" مشخص شد که ۱۲/۷٪ از واحدها در طول بارداری از هیچگونه مراقبت بهداشتی

برخوردار نبوده‌اند. همچنین برمبنای یافته‌ها ۳۷/۳٪ از واحدها بنوعی سابقه بیماری در طول بارداری را داشته‌اند. بررسی چگونگی مصرف دارو و نوع آن مشخص نمود که ۴۳/۳٪ از واحدها دارای سابقه مصرف دارو، در سه ماهه اول حاملگی بوده‌اند که از آن میان ۱۱/۳٪ بدون تجویز پزشک بوده است. میزان مصرف هورمون نزد این افرادشایان توجه بود (۶٪ در افرادی که خود سرانه دارو مصرف می‌کرده‌اند در مقایسه با ۲/۶٪ در افرادی که مصرف دارو نزد آنان با نظر پزشک بوده است).

توسلی (۱۳۷۲) اظهار می‌کند، در یک مطالعه اثرات ناهنجار یزایی مصرف قرصهای جلوگیری از حاملگی بصورت افزایش شیوع اختلالات قلبی عروقی و اندام‌ها گزارش گردیده است (صفحه ۳۰). نتایج پژوهش در مورد وجود سابقه خونریزی و ضربه به شکم در طول بارداری نشان داد که سابقه خونریزی نزد ۸/۷٪ از واحدها و سابقه وجود ضربه به شکم نزد ۳/۳٪ از واحدها وجود داشته است. طبق یافته‌های بدست آمده ۳۴٪ از واحدها دارای سابقه انجام رادیوگرافی و سونوگرافی در طول بارداری

بوده‌اند.

در ارتباط با سؤال سوم پژوهش، "شرایط زایمان مادران هنگام تولد کودک معلول ذهنی چگونه بوده است"، نتایج نشان دادند که ۱۴٪ از واحدها زایمانشان زودتر از موعد مقرر (تولد نوزاد نارس) بوده است. همچنین اطلاعات نشان داد که ۶/۷٪ از واحدها نوزادانشان با کمک استفاده از وسایلی چون فورسپس و وانتوز متولد گردیده بود.

مرندی (۱۳۷۲) در مورد نتیجه بررسی‌های انجام شده روی زایمانهای مشکل بوسیله فورسپس و وانتوز می‌نویسد: ۸۰٪ از نوزادان متولد شده دچار ناراحتی‌های تنفسی و آپگار کمتر از ۶ بوده‌اند. و ۶۰٪ از این نوزادان نیاز به مراقبت‌های ویژه در بخش آی، سی، یو^۱ را داشته‌اند (صفحه ۱۰۳). از نظر طول مدت زایمان اطلاعات حاصل از پژوهش نشانگر آن بود که ۴۷/۳٪ از واحدها از نظر طول مدت زایمان، زایمانشان سریع یا طولانی بوده است. همچنین داده‌های بدست آمده از پژوهش نشانگر آن بود که ۷/۳٪ از واحدها نوزادشان با پا

1- Intensive Care Unit

سابقه معلولیت در فامیل بوده‌اند که اکثراً این معلولین در فامیل‌های شوهر بوده‌اند. در ارتباط با میزان حاملگی ناخواسته مشخص شد که $38/7\%$ از واحدها دارای حاملگی ناخواسته بوده‌اند که از آن میان 8% اقدام به سقط کرده بودند که ناموفق مانده بود. همچنین یافته‌های پژوهش در ارتباط با سابقه فرزند معلول دیگر در خانواده مشخص نمود که 20% از واحدها دارای این سابقه بوده‌اند و در 52% موارد فرزند معلول مورد نظر رتبه دوم یا اول را نزد واحدها داشته است.

خادم (۱۳۷۲) می‌نویسد، از آنجا که با افزایش تعداد بارداری خطر ضایعات حاملگی و میزان مرگ و میر و اشکالات دوره نوزادی زیاد شده و ضایعات و ناهنجاریهای مادرزادی افزایش می‌یابد، کمترین شیوع عوارض مامائی در حاملگی دوم و بیشترین شیوع، از حاملگی پنجم به بعد دیده می‌شود.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش، "مشخصات دوران بارداری مادران بهنگام حاملگی کودک معلول چه بوده است؟" مشخص شد که $12/7\%$ از واحدها در طول بارداری از هیچگونه مراقبت بهداشتی

برخوردار نبوده‌اند. همچنین برمبنای یافته‌ها $37/3\%$ از واحدها بنوعی سابقه بیماری در طول بارداری را داشته‌اند. بررسی چگونگی مصرف دارو و نوع آن مشخص نمود که $43/3\%$ از واحدها دارای سابقه مصرف دارو، در سه ماهه اول حاملگی بوده‌اند که از آن میان $11/3\%$ بدون تجویز پزشک بوده است. میزان مصرف هورمون نزد این افرادشایان توجه بود (6% در افرادی که خود سرانه دارو مصرف می‌کرده‌اند در مقایسه با $2/6\%$ در افرادی که مصرف دارو نزد آنان با نظر پزشک بوده است).

توسلی (۱۳۷۲) اظهار می‌کند، در یک مطالعه اثرات ناهنجار یزایی مصرف قرصهای جلوگیری از حاملگی بصورت افزایش شیوع اختلالات قلبی عروقی و اندام‌ها گزارش گردیده است (صفحه ۳۰). نتایج پژوهش در مورد وجود سابقه خونریزی و ضربه به شکم در طول بارداری نشان داد که سابقه خونریزی نزد $8/7\%$ از واحدها و سابقه وجود ضربه به شکم نزد $3/3\%$ از واحدها وجود داشته است. طبق یافته‌های بدست آمده 34% از واحدها دارای سابقه انجام رادیوگرافی و سونوگرافی در طول بارداری

بوده‌اند. در ارتباط با سؤال سوم پژوهش، "شرایط زایمان مادران هنگام تولد کودک معلول ذهنی چگونه بوده است"، نتایج نشان دادند که 14% از واحدها زایمانشان زودتر از موعد مقرر (تولد نوزاد نارس) بوده است. همچنین اطلاعات نشان داد که $6/7\%$ از واحدها نوزادانشان با کمک استفاده از وسایلی چون فورسپس و وانتوز متولد گردیده بود.

مرندی (۱۳۷۲) در مورد نتیجه بررسی‌های انجام شده روی زایمانهای مشکل بوسیله فورسپس و وانتوز می‌نویسد: 80% از نوزادان متولد شده دچار ناراحتی‌های تنفسی و آپگار کمتر از ۶ بوده‌اند. و 60% از این نوزادان نیاز به مراقبت‌های ویژه در بخش آی، سی، یو^۱ را داشته‌اند (صفحه ۱۰۳). از نظر طول مدت زایمان اطلاعات حاصل از پژوهش نشانگر آن بود که $47/3\%$ از واحدها از نظر طول مدت زایمان، زایمانشان سریع یا طولانی بوده است. همچنین داده‌های بدست آمده از پژوهش نشانگر آن بود که $7/3\%$ از واحدها نوزادشان با پا

1- Intensive Care Unit

متولد شده‌اند.

کانینگهام (۱۳۶۹) می‌نویسد: پیش آگهی جنین‌های متولد شده با پا به مراتب بدتر از جنین‌های متولد شده با سر می‌باشد. این نوزادان در طول زایمان بیشتر در معرض ضربات قرار می‌گیرند و ارگانهایی که بیشتر نزد آنها در معرض ضربه قرار می‌گیرد به ترتیب شیوع عبارتند از: مغز، نخاع، کبد، غدد فوق کلیوی و طحال. همچنین نمره آپگار نوزادان با پا متولد شده همواره پائین‌تر از نوزادانی است که با سر متولد شده‌اند (صفحه ۸۹۱-۸۹۰). اطلاعات پژوهش همچنین گویای آن بود که ۲/۷٪ از حاملگی‌های مورد نظر نزد واحدها دوقلو بوده است و ۳۶٪ از واحدها بهنگام تولد نوزادشان جهت انجام زایمان از روی شکم فشار دریافت کرده بودند.

کاربرد یافته‌ها:

بانگامی به آمار معلولین ذهنی کشور و افزایش سالانه آنها و با توجه به کمبود امکانات و مسئولیتی که در قبال این مسئله احساس می‌شود، بر اساس یافته‌های مختلف در این پژوهش و به امید کاهش تعداد معلولین کشور پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ریزی‌ها و آموزشهای خاص

زیر در جامعه و بخصوص نزد مادران باردار انجام گیرد:

۱- یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیش از نیمی از مادران بهنگام بارداری کودک معلولشان در سنین زیر ۲۰ و بالای ۳۰ سال بوده‌اند. نظر به اینکه احتمال حاملگی‌های پرخطر در این سنین افزایش می‌یابد، به کمک وزارت آموزش و پرورش و همکاری مربیان بهداشت، می‌توان با آموزش در زمینه‌های مختلف بهداشتی، سبب ایجاد رفتارهای باروری صحیح در مادران آینده گردید.

۲- یافته‌های پژوهش گویای آنست که حدود ۳۴٪ از واحدهای مورد پژوهش گروه خون خود را نمی‌دانستند. با توجه به اینکه مشخص نمودن گروه خون و Rh جزء آزمایشات اولیه‌ایست که برای هر خانم حامله‌ای در خواست می‌گردد، این موضوع متوجه مادرانی می‌شود که در طول بارداری از هیچگونه مراقبت بهداشتی برخوردار نبوده‌اند. با همگانی کردن بیمه در جامعه و تشکیل اکیپ‌های بهداشتی و بازدید منازل توسط دانشجویان پرستاری و مامائی یا کادر درمانی مستقر در مراکز بهداشتی هر محل می‌توان تا حد زیادی زنان جامعه

را تشویق به رعایت مسائل مختلف بهداشتی و منجمله مراقبت‌ها و آزمایشات لازم قبل و هنگام بارداری نمود.

۳- بر اساس یافته‌های پژوهش مبنی بر اینکه حدود ۳۷٪ از واحدهای مورد پژوهش ازدواجشان فامیلی بوده است و با توجه به اینکه ضمن مصاحبه پژوهش، غالب آنان اظهار می‌کردند که اگر از عواقب ازدواجهای فامیلی با خبر بودیم اقدام به این عمل نمی‌کردیم، پیشنهاد می‌گردد که جهت ثبت ازدواج جوانان در دفاتر رسمی ازدواج، داشتن یک برگ گواهی مبنی بر گذراندن کلاسی خاص ضروری باشد، که در این کلاسها ضمن دادن آگاهیهای لازم و نکات هشدار دهنده بهداشتی به جوانان آنان را با تاثیر بافت زیر بنای خانواده نیز که در صورت ناسالم بودن سبب معلولیت و انحطاط افراد می‌گردد، آشنا نمود.

۴- با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر ابتلا واحدها به بیماری چه در دوران حاملگی و چه در دوران قبل از حاملگی به کمک رسانه‌های عمومی چون رادیو، تلویزیون و روزنامه و مجلات، پوستر و عکس و بروشور علائم و نشانه‌های هشدار دهنده، به افراد

جامعه آموزش داده شود تا افراد قادر به شناسایی موارد خطر در خود بوده و هر چه زودتر در صدد رفع بیماری یا کاهش عوارض ناشی از آن باشند.

۵- در ارتباط با وجود سابقه معلولیت در فامیل و خانواده واحدهای مورد پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که شناسنامه بهداشتی قبل از ازدواج برای افراد جامعه بخصوص زنان تشکیل شود که در آن مواردی چون سن، سابقه بیماریهای ژنتیک، سابقه بیماریهای وابسته به مصرف دارو مثل دیابت، گواتر، بیماریهای عفونی مثل سرخجه و غیره قید شود تا نسبت به موارد مختلف اقدامات و راهنماییهای لازم داده شود. مثلاً در صورت وجود بیماریهای ارثی حتماً قبل از ازدواج یا بارداری، این افراد به مراکز ژنتیک ارجاع داده شوند و بعلاوه نوزادان متولد شده از این افراد بعد از تولد پیگیری شوند تا ناراحتی آنان در مراحل اولیه تشخیص و در صورت امکان پیگیری و درمان شوند.

۶- در رابطه با میزان حاملگیهای ناخواسته و مصرف بی رویه دارو، پیشنهاد می‌گردد، سطح آگاهی جامعه از طریق نمایشهای تلویزیونی و دیگر رسانه‌های

عمومی در زمینه آشنایی با عوارض ناشی از مصرف بی رویه دارو بالا رود. بعلاوه در درمانگاههای زنان و مامائی و دیگر مراکز بهداشتی آموزش لازم و کافی در زمینه معرفی و استفاده صحیح از روشهای مختلف پیشگیری از بارداری به مراجعین داده شود تا به این طریق از حاملگیهای ناخواسته‌ای که ناشی از عدم استفاده یا استفاده نادرست از وسایل پیشگیری از حاملگی پیش می‌آید کاسته شود.

۷- بر اساس یافته‌های پژوهش و وجود سوابقی چون یار، ضربه، خونریزی و دوقلویی و غیره لازم می‌نماید که کادر بهداشتی و درمانی را هر چه بیشتر با اهمیت گذاردن کلاسهای آموزشی در درمانگاهها آشنا نموده و برگزاری این کلاسها جزء وظایف پرسنل درمانگاهها گردد، تا بدینوسیله اطلاعات جامعی در زمینه‌های مختلف که می‌باید مادران در طول بارداری رعایت نمایند داده شود. در این راستا کلیه کسانی که زنان حامله و غیر حامله را مورد معاینه یا مشاوره قرار می‌دهند با توصیه به مراقبت و رعایت نکات بهداشتی، تاثیر عوامل خطرزا را به حداقل رسانند.

۸- با توجه به اینکه در ضمن

پژوهش، پژوهشگر با مواردی چون فنیل کتونوریا^۱ برخورد داشت که تاخیر در تشخیص ناراحتی کودک، منجر به معلولیت و حضور وی در مراکز توانبخشی شده بود، و با توجه به اکثریت قریب به اتفاق واحدها که در بیمارستان زایمان کرده بودند، توصیه می‌گردد که در طول بستری بودن آنان در بیمارستان آموزشهای لازم جهت آشنا نمودن مادران با علائم زنگ خطر نزد نوزاد و کودکان آنها را راهنمایی نمود که هر چه زودتر جهت کنترل بیماری به پزشک متخصص مراجعه نمایند.

۹- از آنجا که ۳۴٪ از واحدهای مورد پژوهش سابقه سونوگرافی و رادیوگرافی را در طول بارداری داشته‌اند، و با توجه به اینکه عوارض سونوگرافی بعلت جدید بودن روش هنوز بخوبی مشخص نیست توصیه می‌گردد که از انجام آن جهت موارد غیر ضروری چون تشخیص جنسیت جنین خودداری شود.

پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی:

- نظر به اینکه در ضمن پژوهش،

1- Pheneyl Ketonuria

study of fetal effects of prolonged labor before cesarean Delivery". **obstetrics and Gynecology**. vol.77, No.5 May 1991, pp: 653-7.

5. Veelken.N. Stollhopp-k. Claussen-M. "Development and perinatal risk factors of very low birth weight infants" **Neuro pediatrics**. Apr. 1992. 23(2). pp:102-71

برگزاری کلاسهای آموزشی مطابق با احتیاجات و نیاز شرکت کنندگان در این مراکز، انجام پژوهشی جهت بررسی دلایل عدم برگزاری کلاسهای آموزشی برای مادران باردار توصیه می شود.

- با توجه به اینکه ۳۶٪ از واحدها بهنگام زایمان از روی شکم فشار دریافت کرده بودند پیشنهاد می شود پژوهشی جهت بررسی میزان آگاهی تیم مامایی از عوارض فشار شکم بر نوزاد بعمل آید.

منابع

1. Bertis,B. Little et al. "Is Hyper termia terato genic in the human." **American Journal of perinatatology**, vol, 8. No.2, May 1991, pp:185-9
2. Cunningham, cary F. Mac Donal , paul c. Gant , Norma F. **Williams obstetrics**. U.S.A. : by prentice Hall International co. 1993.19th Ed.
- 3- Little B.B. snell. L.M. "Brain Growth Among fetuses Exposed to cocaine Inutro : Asymetrical Growth Retardation" **obstetrics and Gynecology** vol.77. No.3. March 1991. pp: 361-4
4. Roemer F.J. Rowland. D.y. Nu Amah. I.F. "Retrospective

پژوهشگر با موارد گوناگون ژنتیکی و غیرژنتیکی که سبب معلولیت ذهنی کودکان واحدهای مورد پژوهش شده بود، برخورد داشت، پیشنهاد می شود، پژوهشی در مورد تعیین مشخصات مادران بر اساس هر یک از عوامل منجر به معلولیت بطور جداگانه صورت گیرد.

- با توجه به مواجهه بودن پژوهشگر با مواردی از واحدهای مورد پژوهش که با وجود داشتن بچه معلول، دوباره حامله شده و صاحب فرزند معلول دیگری شده بودند، پیشنهاد می گردد پژوهشی مبنی بر میزان آگاهی مادران از عوامل موثر در ایجاد معلولیت ذهنی کودکان انجام پذیرد.

- با توجه به مصرف بی رویه دارو، بخصوص هورمونها جهت سقط جنین توسط واحدهای مورد پژوهش، پژوهشگر پیشنهاد می نماید، پژوهشی در مورد میزان آگاهی مادران، از خطرات مصرف بی رویه دارو انجام گیرد.

- از آنجا که آموزش جزئی از برنامه های بهداشتی می باشد و در زمینه این پژوهش نیز می تواند نقش عمده ای را، در ارتباط با پیشگیری از معلولیت ذهنی ایفا نماید و نظر به آشنایی پژوهشگر با مراکز بهداشتی و درمانی و عدم