



بررسی میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی و عوامل مؤثر در کودکان و نوجوانان منطقه ساوجبلاغ

دکتر میر محمد ولی مجد تیموری^۱، بنفشه غرایی^۲*

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در کودکان و نوجوانان منطقه ساوجبلاغ و همچنین بررسی علل احتمالی آن در این منطقه پرداخته است. **روش:** بدین منظور پژوهش یاد شده در دو مرحله اجرا گردید. نخست با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۱۲۲۹ کودک و نوجوان دختر و پسر با دامنه سنی ۵ تا ۱۸ سال از مناطق شهری و روستایی منطقه ساوجبلاغ انتخاب گردیده و سپس با استفاده از ماتریسهای پیشرونده ریون و مصاحبه روانپزشکی به منظور بررسی میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در این منطقه این افراد مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله دوم با استفاده از پرسشنامه بررسی علل عقب ماندگی ذهنی، آزمایش ادرار و خون علل احتمالی این اختلال در ۵۵ کودک و نوجوان با تشخیص عقب ماندگی ذهنی در مرحله اول مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها:** میزان شیوع این اختلال در منطقه ۴/۴ درصد بود که بسیار بیشتر از گزارش پژوهشهای موجود در ایران و کشورهای دیگر می‌باشد. از میان کلیه عوامل بررسی شده میزان اختلال فنیل کتونوریا ۳/۶٪ در نمونه مورد بررسی بوده است که بسیار بیشتر از گزارشهای جهانی بوده و بررسیهای گسترده‌تری را در این زمینه طلب می‌کند. همچنین بیش از همه می‌توان به ازدواج‌های فامیلی، زایمانهای زیاد با فواصل کم به عنوان عوامل زمینه‌ساز این اختلال اشاره نمود. براساس یافته‌های جانبی این پژوهش میزان یرقان پس از تولد در این گروه از کودکان زیاد گزارش شده است که این مسئله نیز نیاز به بررسی‌های همه‌جانبه‌تری دارد.

کلید واژه: عقب ماندگی ذهنی، شیوع، ساوجبلاغ، کودکان و نوجوانان

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
** دانشجوی دوره دکتری روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

مقدمه

بررسی دیگری در همین کشور در گروه سنی ۱۵-۱۰ سال میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را در این گروه سنی ۳-۴ در هزار گزارش نمود (روانپزشکی آکسفورد، ۱۹۹۵). براون^(۶) و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از همان جا) شیوع واقعی عقب‌ماندگی ذهنی را (بهره هوشی پایین‌تر از ۷۰) ۲۰ تا ۳۰ در هزار گزارش نمودند.

در بررسی همه‌گیری‌شناسی عقب‌ماندگی ذهنی در شهر ولور^(۷) هند، ورجیس^(۸) و همکاران (۱۹۷۳) از مجموع ۱۸۸۷ نفر بزرگسالی که مورد بررسی قرار گرفتند، ۳/۲ در هزار را دارای عقب‌ماندگی ذهنی تشخیص دادند. این رقم در کودکان، ۱۷/۶ در هزار گزارش گردید.

نخستین بررسیهای انجام شده در ایران که به صورت سیستماتیک از آزمونهای هوشی در مقیاس گسترده‌ای برای بررسی هوش در جمعیت عمومی بهره گرفته‌اند، توسط ماکس والتاین^(۹) در سالهای ۱۹۵۶ تا ۱۹۵۸ انجام گرفته است. متأسفانه نمرات هوشی افراد نمونه مورد بررسی اعلام نشده، اما براساس هنجارهای کشور انگلستان این نمرات بسیار پائین می‌نمود به شکلی که نزدیک به یک سوم گروه مورد بررسی در سطح عقب‌مانده ذهنی طبقه‌بندی می‌شدند. والتاین این امر را در نتیجه اضطراب آزمودنیها و آشنا نبودن آنان با اساس آزمونها دانست.

باش (۱۹۶۴) در یک بررسی همه‌گیرشناسی عقب‌ماندگی ذهنی در مناطق روستایی خوزستان، میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را ۲۰ در هزار گزارش نمود.

مهریار و شاهپوریان (۱۹۷۰) به کمک نسخه AH4 و AH5 گروه آزمونهای هیم^(۱۰) را در مورد دانش‌آموزان دبیرستانی و دانشجویان به کار بردند. نخستین گروه مورد

در اسناد و مدارک بجای مانده از دوران باستان به پدیده عقب‌ماندگی ذهنی اشاره شده است. برای نمونه در پاپیروسهای به جای مانده از سال ۱۵۵۲ پیش از میلاد به روشنی به این پدیده اشاره گردیده است. اما شواهد اندکی مبنی بر علاقه به این موضوع از دیدگاه پزشکی وجود دارد (برگمن^(۱)، هاریس^(۲)، ۱۹۹۵).

از آنجا که تعاریف مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی متفاوت است، قضاوت در مورد کل مبتلایان به این نارسایی دشوار است. به طور کلی میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در کشورهای مختلف جهان، ۱ تا ۲٪ کل جمعیت برآورد می‌شود. برخی بررسیها این رقم را تا ۳٪ کل جمعیت برآورد می‌کنند. به طور کلی از سال ۱۸۹۴ تا کنون میزان شیوع عقب‌ماندگیهای ذهنی از ۰/۵٪ تا ۱۳٪ در نوسان بوده است (نلسون، ایزرائیل، ۱۳۶۷). بر پایه برآوردهای سازمان جهانی بهداشت در جهان نزدیک به ۱۲۰ میلیون نفر مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی هستند (اشتین^(۳) و همکاران، ۱۹۸۶). سازمان جهانی بهداشت شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را در سال ۱۹۹۶ بیش از ۸۳ میلیون در جهان برآورد نمود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶).

دوپونت^(۴) (۱۹۸۸) میزان بروز این اختلال را در افراد زیر ۱۸ سال، نزدیک به ۱۰ در ۱۰۰۰ گزارش نموده است. بررسیها نشان داده‌اند که شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در مردان بیش از زنان است (کیلی^(۵)، ۱۹۸۷). این بررسیها نیز ارتباط معکوس میان وضعیت اقتصادی - اجتماعی و سطح کارکرد هوشی را نشان داده‌اند.

در یک بررسی همه‌گیرشناسی عقب‌ماندگی ذهنی در انگلستان در سال ۱۹۲۹ بر روی بچه‌های دبستانی شش منطقه یکی از شهرهای انگلستان، شیوع عقب‌ماندگی ذهنی ۲۷ در هزار گزارش گردید. در این بررسی میزان عقب‌ماندگی متوسط و شدید (هوش بهر زیر ۵۰) ۳/۷ در هزار برآورد شد.

- | | |
|-----------------|------------|
| 1-Bergman | 2-Harris |
| 3-Stein | 4-Dupont |
| 5-Keily | 6-Brown |
| 7-Velore | 8-Verghese |
| 9-Max Valentine | 10-Heim |

بررسی آنان ۱۰۰۶ نفر دانش‌آموز دبیرستانی در شیراز بود که در پژوهش‌های بعدی این تعداد را تا ۳۱۲۰ نفر از هر دو جنس افزایش دادند.

تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت و بالایی میان هوش و میزان تحصیلات پدر و مادر وجود دارد. آنها همچنین دریافتند که هوش بهر افراد مورد بررسی همبستگی منفی با اندازه خانواده دارد. شاه‌محمدی (۱۳۶۹) در یک بررسی یکساله طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در مناطق روستایی شهر کرد، استان چهارمحال و بختیاری را ۵/۱ در هزار گزارش نمود. نتایج بررسی همه‌گیرشناسی انجام شده توسط سلیمی اشکوری (۱۳۶۸) در شهر تهران نشان داد که خطر ابتلاء به عقب‌ماندگی ذهنی در طبقات اقتصادی - اجتماعی پائین بیشتر است. مشابه چنین یافته‌ای در شهر کرد (جلالی، ۱۳۷۲) نیز به دست آمد که نشان دهنده بالا بودن انواع عقب‌ماندگی ذهنی در این طبقات جامعه بود.

در بررسی میزان کارآیی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام خدمات بهداشتی اولیه در شهرستان شهرضا (حسن‌زاده، ۱۳۷۰) میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی که توسط بهورزان شناسایی شده بودند، ۳/۴ در هزار گزارش گردید. یعقوبی (۱۳۷۴) میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی را در بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و عقب‌ماندگی ذهنی در شهرستان صومعه‌سرا، ۰/۳۴ درصد در مردان و ۱/۲ درصد در زنان گزارش نمود. همچنین در ارزشیابی کشوری بهداشت روانی (محیط، شاه‌محمدی، بوالهروی، ۱۳۷۶) میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در جمعیت زیر پوشش خدمات بهداشت روانی ادغام شده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۲/۶ در هزار گزارش گردید.

در یک بررسی همه‌گیرشناسی عقب‌ماندگی ذهنی و صرع در شهرستان ماهشهر بر روی ۹۸۱۹ کودک دبستانی، نشان داده شد که ۳/۳٪ آنان عقب‌ماندگی ذهنی داشته‌اند. بررسی ۴۹۲۱ کودک پیش دبستانی که برای ثبت نام در

کلاس اول در این شهرستان مراجعه نموده بودند ۰/۸ درصد آنان را دارای عقب‌ماندگی ذهنی نشان داد. پژوهشگران دریافتند که فرزند زیاد، ازدواج‌های فامیلی، فقر اقتصادی و ناآگاهی از مسایل تنظیم خانواده و توارث در بروز عقب‌ماندگی ذهنی بیشترین تأثیر را داشته است. بررسی همه‌گیرشناسی عقب‌ماندگی ذهنی در منطقه ساوجبلاغ در سه مقطع زمانی طی سالهای (۱۳۷۲-۱۳۷۰، ۲) تا پایان ۱۳۷۴، ۳) تا پایان مرداد ۱۳۷۶، شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در جمعیت مورد بررسی به ترتیب ۱/۲، ۲/۲ و ۲/۴ در هزار گزارش نمود (عبری، ۱۳۷۷).

به طور کلی بررسیها نشان داده‌اند که تقریباً در ۸۰٪ عقب‌مانده‌های ذهنی شدید، می‌توان علت اختلال را مشخص نمود؛ در حالیکه این میزان در افرادی که مبتلا به عقب‌ماندگی خفیف هستند به ۴۰٪ می‌رسد (گیلبرگ^(۱)، ۱۹۹۷). در یک بررسی بر روی ۱۰۹ کودک عقب‌مانده خفیف ذهنی در دبستانهای کشور بحرین (با میانگین سنی ۹/۵ سال)، نتایج نشان داد که ۳۸/۵٪ عوامل پیش از تولد باعث این مشکل شده‌اند. ۱۱/۹٪ عوامل هنگام تولد (نارسیدگی و کمبود اکسیژن تنفسی) و ۷/۴٪ عوامل پس از تولد سبب عقب‌ماندگی ذهنی شده است. در ۴۲٪ افراد مورد بررسی، علت بروز عقب‌ماندگی ذهنی قابل شناسایی نبوده است. این بررسی نشان داد که یک پدر بی‌سواد، هم‌خونی پدر و مادر و وجود یک فرد عقب‌مانده در میان بستگان، در میان افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی خفیف به شکل معنی‌داری بیش از کودکان گروه گواه بوده است. این بررسی نظریه پاتولوژیک بودن عقب‌ماندگی ذهنی را مورد تأیید قرار می‌دهد (الانصاری^(۲)، ۱۹۹۳). در بررسی دیگری ۷۱۵ کودک ۱۰ ساله مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی (با هوشبهر ۷۰ و کمتر) که در سالهای ۱۹۷۵ تا ۱۹۷۷ متولد شده بودند، از نظر سبب‌شناسی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که علل پیش از تولد در ۱۲٪، علل در

هنگام تولد در ۰.۶٪ و علل پس از زایمان در ۰.۴٪ موارد مسئول بروز عقب ماندگی ذهنی بوده است. این بررسی نشان داد که راهبردهای پیشگیری در بهداشت عمومی می تواند شمار کودکانی را که تشخیص عقب ماندگی ذهنی می گیرند، کاهش دهد (یرجین^(۱)، مورفی^(۲)، کوردرو^(۳))، (۱۹۹۷). در سال ۱۹۸۶ گروهی از کودکان دبستانی در شهر کاوتتری^(۴) از نظر شیوع سندرم X شکننده مورد بررسی قرار گرفتند و شیوع آنرا یک نفر در ۹۵۲ نفر گزارش نمودند. ۲۹ کودک تشخیص نشانگان X شکننده دریافت کردند (مورتون^(۵)، بوندی^(۶)، وب^(۷) و همکاران، ۱۹۹۷).

همانطور که ذکر شده است، فقدان هورمون تیروئید سبب بروز اختلالات گسترده ای در رشد و تکثیر سلولهای مغزی می شود و در صورتیکه تا سه ماهگی و حداکثر تا ۶ ماهگی جبران نشود، با کاهش شدید ضریب هوشی همراه است.

بررسیهای انجام شده در ایران شیوع گواتر را در بسیاری مناطق ۰.۸٪ گزارش نموده اند (باغچی، رجب؛ ۱۹۸۷). نتیجه بررسیهای انستیتو علوم تغذیه و صنایع غذایی که ۱۷ سال پیش منتشر شد نشان داد که کمبود ید و بروز گواتر در مناطق مختلف ایران و از جمله در دامنه جبال البرز و زاگرس وجود دارد (امامی، شهبازی، سبزواری، ۱۹۶۹). بیشترین درصد گواتر در شهریار، پارچین و ورامین گزارش گردیده است. در شهریار ۰.۲۹٪ مردان و ۰.۵۱٪ زنان، در تهران، ۰.۱۷/۵٪ کودکان مدارس دچار گواتر بودند. بررسی انستیتو علوم تغذیه در سال ۱۳۶۲ نشان داد که نزدیک به ۰.۶۰٪ افراد مورد بررسی گواتر داشته اند. در ۰.۷٪ آنها گواتر بزرگ و قابل دیدن بوده است. درصد ابتلاء به گواتر در دانش آموزان بیش از ۰.۷٪ و گواتر بزرگ و قابل رؤیت در دختران ۰.۱۷٪ بوده است (عزیزی، کیمیگر، باستانی و همکاران، ۱۳۶۴).

به منظور بررسی تأثیر کمبود ید بر ضریب هوش دانش آموزان سنین مختلف در منطقه کهکیلویه و بویر

احمد، ۱۹۴ دانش آموز که در منطقه فاقد ید لازم زندگی می کردند با ۲۲۴ نفر از دانش آموزانی که در منطقه ای زندگی می کردند که کمبود ید نداشتند، مقایسه شدند. متوسط ضریب هوشی در دو منطقه به ترتیب ۱۰۱/۶ در برابر ۱۱۳/۲ ارزیابی گردید. دانش آموزانی که دارای گواتر بزرگتری بودند، ضریب هوشی پایین تری داشتند. این بررسی ارتباط میان ضریب هوشی و کمبود ید را در استان کهکیلویه و بویر احمد نشان می دهد (ایزد پناه، لامعی، نیک اقبال، ۱۳۷۶).

انجمن عقب ماندگی ذهنی آمریکا^(۸) و چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) عقب ماندگی ذهنی را عملکرد هوشی چشمگیر پایین تر از حد متوسط تعریف می کند که با اختلال سازگاری همراه است و یا این رفتار را به دنبال دارد و در دوره رشد یعنی پیش از ۱۸ سالگی بروز می نماید. در این پژوهش هوشبهر پایین تر از ۷۰ براساس آزمون هوش ریون و گزارش روانپزشکی عقب ماندگی ذهنی شناخته شده است.

با توجه به نکات یاد شده در بالا و گزارش پزشکان مستقر در خانه های بهداشت منطقه ساوجبلاغ در زمینه شیوع بالای عقب ماندگی ذهنی در این منطقه و انجام یک بررسی راهنما، اجرای این بررسی مورد نظر قرار گرفت. پژوهش حاضر به منظور بررسی مقدماتی میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در کودکان و نوجوانان منطقه ساوجبلاغ و همچنین در مرحله دوم پژوهش بررسی علل احتمالی عقب ماندگی ذهنی در این منطقه شکل گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرحهای توصیفی - مقطعی می باشد. این پژوهش در دو مرحله اجرا گردید که هدف از

- | | |
|---|------------|
| 1-Yeargin | 2-Murphy |
| 3-Cordero | 4-Coventry |
| 5-Morton | 6-Bunday |
| 7-Webb | |
| 8-American Association for Mental Deficiency (AAMD) | |

اجرای نخستین مرحله تعیین میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی میان کودکان و نوجوانان منطقه ساوجبلاغ (شامل سه ناحیه نظرآباد، هشتگرد و طالقان) بود و هدف از اجرای مرحله دوم تعیین علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی در مناطق یادشده بود.

با توجه به گسترش محیط جغرافیایی پژوهش حاضر پس از بررسی کامل منطقه و به دست آوردن اطلاعات از مرکز آمار کشور و همچنین اطلاعات موجود در مراکز و خانه‌های بهداشت در سه منطقه هشتگرد، نظرآباد و طالقان با توجه به ویژگیهای جمعیت شناختی جمعیت مورد بررسی مناطق روستایی و شهری تعیین گردید. سپس بطور تصادفی خوشه‌هایی از نواحی روستایی انتخاب شدند و با توجه به محدود بودن نواحی شهری کل نواحی شهری نیز انتخاب گردیدند.

سپس از روی سیاهه موجود در مورد خانوارهای ساکن در محدوده هر خانه بهداشت، نمونه مورد بررسی بطور تصادفی انتخاب گردید. تعداد فراوانی و درصد نمونه‌ها در مناطق شهری و روستایی در جدولهای ۱ و ۲ نشان داده شده است. پس از تعیین افراد نمونه برای هر یک از آزمودنیها و خانواده‌های آنها توسط بهورز مربوطه در رابطه با علت مراجعه و پژوهش حاضر بصورت شفاهی توضیح داده شد و در صورت تمایل، در این پژوهش شرکت می‌کردند. همزمان یک گروه شامل یک روانپزشک، یک روانشناس و یک پزشک عمومی به منطقه اعزام و در مرکز

حضور پیدا می‌کردند. نخست هر فرد توسط پزشک مربوطه معاینه و تشخیص احتمالی داده می‌شد. سپس روانشناس در مورد وی آزمون هوش ریون را اجرا نموده و در نهایت، موارد تشخیص داده شده به روانپزشک ارجاع داده می‌شدند. تشخیص نهائی عقب‌ماندگی ذهنی به عهده روانپزشک بود.

پس از گردآوری داده‌ها میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی به تفکیک سن، جنس و شدت آن (مرزی، خفیف، متوسط، شدید و عمیق) تعیین گردید.

در مرحله دوم پس از تعیین این مسئله که میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی همخوان با نتایج بررسی راهنما بیشتر از میزان گزارش شده می‌باشد، مرحله دوم پژوهش به منظور تعیین علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی در مناطق یادشده آغاز گردید. در این رابطه نخست افراد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی مشخص گردیدند و از آنها به همراه خانواده‌شان دعوت به عمل آمد که مجدداً در روزهای تعیین شده به مراکز بهداشت مراجعه نمایند. در این مرحله نیز پس از توضیح علت انجام این آزمایشها و اعلام آمادگی آنان نخست آزمایش خون و ادرار گرفته می‌شد و سپس والدین آنها پرسشنامه‌ای را که برای بررسی علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی تدوین گردیده بود و توسط روانشناس ارائه می‌گردید تکمیل می‌کردند.

جامعه آماری پژوهش را کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله ساکن در منطقه ساوجبلاغ (مناطق شهری و روستایی

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنسیت و محل زندگی

گروهها	پسر		دختر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهری	۳۵۴	۵۳/۲	۲۹۷	۵۲/۷
روستایی	۳۱۱	۴۶/۸	۲۶۷	۴۷/۳
جمع	۶۶۵	۱۰۰	۵۶۴	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنسیت، میانگین سنی و محل زندگی

گروهها	پسر		دختر	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شهری	۱۰/۵۸	۳/۱۵	۱۰/۸۴	۳/۲۶
روستایی	۱۱/۱	۳/۳	۱۱/۱۳	۳/۴۱

۰/۸۶+ در نوسان بود (ریون، ۱۹۴۸؛ نقل از ریون، ۱۹۷۷).

این آزمون برای کودکان ۱۱-۵ ساله تهرانی بر روی ۷۲۵ نمونه هنجاریابی شده است (براهنی و همکاران، ۱۳۷۱). ضرایب پایایی برای هر یک از گروههای سنی تعیین شده در دامنه‌ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۳ قرار گرفته است همچنین همبستگی این آزمون با آزمون بندرگشتالت با دامنه‌ای از ۰/۳۶- تا ۰/۶۰- و با معدل درسی از ۰/۱۲+ تا ۰/۴۸+ به تفکیک سن تعیین گردیده است.

پرسشنامه بررسی علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی دارای ۱۷ ماده می‌باشد که عواملی مانند سن، نوع زایمان، سابقه اختلالاتهای ذهنی، بدنی و سابقه بیماریهای ژنتیک در خانواده، سابقه بیماری یا مصرف دارو در دوران بارداری مادر و عوامل مؤثر در هنگام زایمان و پس از آن را می‌سنجد. اعتبار صوری و محتوایی این پرسشنامه در طی چندین نشست توسط گروه پژوهش شامل ۳ روانپزشک، یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، یک کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی و یک کارشناس روانشناسی بررسی و تأیید شد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و اجرای آزمایش های یاد شده داده‌ها به کمک برنامه EPI-6 و با بکارگیری شیوه‌های آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به اینکه اطلاعات به دست آمده از بررسی علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی در این منطقه بسیار گسترده بود

سه ناحیه نظر آباد، طالقان و هشتگرد) تشکیل داده‌اند که بر پایه بررسی مرکز آمار ایران (۱۳۷۶) و در نظر گرفتن جمعیت ۵ تا ۱۸ ساله این مناطق ۱۲۲۹ نفر تعیین گردید. به منظور گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه و همچنین آزمایشهای خون و ادرار به کار برده شد. این ابزار شامل ۱- تست هوش ریون، ۲- آزمایش ادرار، ۳- آزمایش خون، ۴- پرسشنامه بررسی علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی می‌باشد.

ماتریسهای پیشرونده ریون^(۱) در سال ۱۹۸۳ برپایه این فرض بنیادین بنا شد که در صورت درست بودن اصول نوپدید آیی اسپیرمن (۱۹۲۳) باید آزمون مناسبی را فراهم نمود که به کمک آن افراد را در زمینه توانمندیهای فکری و ذهنی مورد مقایسه قرار داد. ماتریسهای پیشرونده ریون به سنجش موارد زیر می‌پردازد: درک تصاویر بی‌معنای ارائه شده برای مشاهده، فهمیدن روابط بین آنها و ادراک ماهیت تصویرهای کامل‌کننده و بدین ترتیب رشد یک شیوه استدلال نظام‌مند.

بررسیهای گوناگون پایایی ریون را در کوتاه مدت ۰/۹۰ و پایایی آن را در فواصل طولانی‌تر ۰/۸۰ برآورد کرده‌اند. نمرات پایایی بازآزمایی که استینسن (۱۹۵۶)، نقل از ریون، (۱۹۷۷) پس از یک هفته، یک ماه و سه ماه بدست آورد (به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸) با یافته رات (۱۹۵۹)، به نقل از ریون، (۱۹۷۷) که پس از ۷ تا ۱۰ روز عدد ۰/۹۱ را گزارش نمود قابل مقایسه است (ریون، ۱۹۷۷). همچنین در زمینه اعتبار این آزمون برای کودکان و نوجوانان انگلیسی زبان همبستگی پایایی ماتریسهای پیشرونده ریون با مقیاسهای بینه و وکسلر از ۰/۵۴+ تا

و از حوصله این مقاله خارج می‌باشد لذا در قسمت یافته‌ها صرفاً به چند پرسش پژوهش اصلی اکتفا شده است.

پرسش یک: میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در منطقه ساوجبلاغ در مقایسه با استانداردهای موجود براساس معیارهای تشخیصی DSM-III-R چقدر می‌باشد؟

یافته‌ها نشان دادند که درصد کودکان عقب‌مانده ذهنی در این منطقه در کل ۴/۵٪ می‌باشد (جدول ۳).

در پاسخ به دومین پرسش پژوهش، میزان مشکلات متابولیکی به عنوان یک عامل زمینه ساز عقب‌ماندگی ذهنی در کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در منطقه ساوجبلاغ چقدر است؟ یافته‌های به دست آمده از آزمایش ادرار برای بررسی اختلال فنیل کتونوریا (PKU) بیانگر آن است که درصد کودکان عقب‌مانده ذهنی مبتلا به این اختلال در این منطقه ۳/۶٪ می‌باشد. جدول ۴ فراوانی و درصد ابتلا افراد به فنیل کتونوریا و همچنین شیوه توزیع این اختلال را در میان دختران و پسران مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد.

پرسش ۳: میزان مشکلات مربوط به تیروئید به عنوان یک عامل زمینه‌ساز عقب‌ماندگی ذهنی در کودکان مبتلا به این اختلال در منطقه ساوجبلاغ چقدر است؟

نتیجه‌های به دست آمده از آزمایش خون برای بررسی اختلالهای تیروئیدی اعم از T3 و T4 و TSH بیانگر آن است که درصد افرادی که مبتلا به اختلالات تیروئیدی هستند ۹/۱ درصد می‌باشد. جدول ۵ فراوانی و درصد ابتلا این کودکان را به اختلال یاد شده نشان می‌دهد.

پرسش ۴: میزان ازدواجهای خانوادگی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز عقب‌ماندگی ذهنی در کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی در منطقه ساوجبلاغ چقدر است؟

منظور از تأثیر ازدواجهای خانوادگی در واقع بررسی تأثیر عوامل ژنتیکی در ایجاد عقب‌ماندگی ذهنی می‌باشد. برای این منظور میزان ازدواجهای خانوادگی و سابقه اختلالهای روانی و جسمی در خانواده این کودکان مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدولهای ۶، ۷، ۸ و ۹ نشان داده شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی گروه مورد مطالعه برحسب جنس و بهره هوشی

گروهها	پسر		دختر		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
عقب‌مانده ذهنی	۲۹	۴/۴	۲۶	۴/۶	۵۵	۴/۵
مرزی	۹۴	۱۴/۱	۷۹	۱۴	۱۷۳	۱۴/۰۵
طبیعی	۵۴۲	۸۱/۵	۴۵۹	۸۱/۴	۱۰۰۱	۸۱/۴۵
جمع	۶۶۵	۱۰۰	۵۶۴	۱۰۰	۱۲۲۹	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی گروه برحسب اختلال فنیل کتونوریا، محل سکونت و جنسیت

گروهها	شهری				روستایی	
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مثبت	-	-	-	-	۲	۱۴/۳
منفی	۱۶	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۲	۸۵/۷
جمع	۱۶	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۴	۱۰۰

جدول ۵- توزیع فراوانی گروه برحسب مشکلات تیروئید محل سکونت و جنسیت

گروهها	روستایی				شهری			
	دختر		پسر		دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مثبت	۲	۱۴/۳	۱	۷/۶	-	-	۲	۱۲
منفی	۱۴	۸۵/۷	۱۲	۹۲/۴	۱۰۰	۱۲	۱۴	۸۸

جدول ۶- توزیع فراوانی گروه برحسب نسبت والدین، محل سکونت و جنسیت

گروهها	روستایی				شهری			
	دختر		پسر		دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
درجه دوم	۲	۷/۱	-	-	۳	۲۵	۲	۱۲/۶
سببی	۷	۷۱/۴	۱۲	۹۲/۳	۶	۵۰	۷	۴۳/۷
نسبی	۷	۲۱/۵	۱	۷/۷	۳	۲۵	۷	۴۳/۷
جمع	۱۶	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۶	۱۰۰

جدول ۷- توزیع فراوانی گروه برحسب سابقه اختلالات روانی در خانواده، محل سکونت و جنسیت

گروهها	روستایی				شهری			
	دختر		پسر		دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بلی	۵	۲۱/۴	۴	۲۳/۱	۶	۳۰/۳	۵	۶/۲
خیر	۱۱	۷۸/۶	۹	۷۶/۹	۸	۶۶/۷	۱۱	۹۳/۸
جمع	۱۶	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۴	۱۰۰	۱۶	۱۰۰

جدول ۸- توزیع فراوانی گروه برحسب سابقه اختلالات جسمی در خانواده، محل سکونت و جنسیت

گروهها	روستایی				شهری			
	دختر		پسر		دختر		پسر	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بلی	۱	۲۱/۴	۳	۲۳/۱	۴	۳۳/۳	۱	۶/۲
خیر	۱۵	۷۶/۶	۱۰	۷۶/۹	۸	۶۶/۷	۱۵	۹۳/۸
جمع	۱۶	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۴	۱۰۰	۱۶	۱۰۰

جدول ۹- توزیع فراوانی گروه برحسب علل ارثی، محل سکونت و جنسیت

گروهها	شهری				روستایی			
	پسر		دختر		پسر		دختر	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
بدون مشکل	۹۳/۷	۱۵	۱۰۰	۱۲	۶۶/۷	۱۰	۱۰۰	۱۲
میکروسفالی	۶/۳	۱	-	-	۲۰	۳	-	-
فنیلکتونوریا	-	-	-	-	۱۳/۳	۲	-	-
جمع	۱۰۰	۱۶	۱۰۰	۱۲	۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۴

بحث

همانطور که بیان گردید میزان شیوع این اختلال در منطقه ۴/۵٪ می باشد که این میزان از عدد ارائه شده در راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی، نشر چهارم DSM-IV (۱٪ کل جمعیت) بسیار بالاتر می باشد. همچنین با مقایسه این رقم با اعداد بدست آمده از بررسیهای مشابه در کشور نیز دیده می شود که این میزان نسبت به گزارشهای ارائه شده در کشور ایران که در مقدمه شرح داده شده است، بیشتر می باشد برای نمونه شاه محمدی (۱۳۶۹) در مناطق روستایی شهر کرد، استان چهار محال بختیاری میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی را ۵/۱ در هزار گزارش نموده است. حسن زاده (۱۳۷۱) میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در منطقه شهرضا را ۳/۴ در هزار، یعقوبی (۱۳۷۴) ۰/۳۴ درصد در مردان و ۱/۲ درصد در زنان در شهرستان صومعه سرا گزارش نموده است. همچنین شاه محمدی و بوالهروی (۱۳۷۶) در ارزشیابی کشوری بهداشت روانی این میزان را ۲/۶ در هزار گزارش داده اند. بنابراین در پاسخ به پرسش نخست پژوهش: آیا میزان شیوع این اختلال در منطقه بیشتر از میزان گزارش شده در منابع دیگر است پاسخ مثبت می باشد. گفتنی است این مطالعه روشی کاملاً متفاوت با سایر مطالعات داشته که آنان فقط به یافته های کارکنان بهداشتی و بهورزان اکتفا کرده اند اما در این مطالعه نمونه ها مورد آزمایش و معاینه هم قرار گرفته اند. همان گونه که در جدول ۳ دیده می شود میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در

دختران کمی بیشتر از پسران می باشد و میزان هوشیهر در حد مرزی در نمونه مورد بررسی ۱۴٪ می باشد که با مقایسه با میزان ارائه شده در DSM-IV (۶ تا ۷ درصد کل جمعیت) بسیار بالاتر می باشد. در ارتباط با هدف دوم این پژوهش یعنی بررسی علل احتمالی عقب ماندگی ذهنی در کودکان این منطقه با توجه به داده های به دست آمده می توان چنین نتیجه گیری کرد که اختلال فنیلکتونوریا در ۳/۶٪ از کودکان عقب مانده ذهنی دیده شده است که بررسیهای بیشتر در این زمینه را می طلبد. همان گونه که بیان گردید میزان بروز فنیلکتونوریا براساس پژوهشهای خارجی یک در ۱۰۰۰۰ می باشد که در مقایسه با میزان گزارش شده این شیوع بسیار بالا می باشد. در رابطه با تأثیر عوامل ژنتیکی و همچنین ازدواجهای فامیلی در میزان شیوع عقب ماندگی ذهنی در این منطقه، تمامی این افراد نسبتهای فامیلی با یکدیگر داشته اند که البته میزان ازدواجهای سببی بیشتر از نسبی و درجه دو می باشد. در رابطه با سابقه اختلالات ذهنی و جسمی در خانواده این بررسی نشان داد که خانواده افراد مبتلا به عقب ماندگی ذهنی دارای اختلالهای روانی زیادی می باشند هر چند که علل ارثی بطور کامل مشخص نگردید.

در رابطه با میزان توزیع تعداد فرزندان به عنوان یک عامل زمینه ساز، این پژوهش نشان داد که بیشتر کودکان مورد بررسی از کودکان وسط و آخر خانواده می باشند ولی تفاوت معنی داری میان ترتیب تولد کودکان به عنوان یک عامل زمینه ساز عقب ماندگی ذهنی دیده نشد. همچنین سن

بیشتر مادران در حدود ۳۰-۲۰ سال بوده است که این عامل نیز به عنوان یک علت عمده قابل طرح نمی‌باشد. زایمانها به صورت طبیعی و در زایشگاه بوده است و در حدود ۷/۷۲٪ از این مادران مشکلی در هنگام بارداری و ۸/۸۱٪ از آنها در هنگام زایمان نداشته‌اند. بنابراین عوامل یاد شده نیز نمی‌تواند به عنوان یک علت عمده شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در این منطقه باشد.

ولی در رابطه با عوامل پس از تولد ۲۰٪ کودکان سابقه یرقان و ۹٪ سابقه اختلال صرع داشته‌اند که انتشار موارد یرقان در مناطق شهری و روستایی تقریباً یکسان می‌باشد. بنابراین این عامل را نیز می‌توان به عنوان یکی از عوامل اختلال عقب‌ماندگی ذهنی در نظر داشت.

در رابطه با ازدواجهای فامیلی، زایمانهای زیاد و فاصله زمانی کم با توجه به اینکه بیشتر این مادران در حدود سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی فرزندان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی خود را دنیا آورده‌اند، بیشتر این کودکان در شمار آخرین و یا فرزندان وسط خانواده بوده‌اند و همچنین بیشتر آنها از ۴ تا ۷ فرزند داشته‌اند. این مادران در طول ۱۰ سال کودکان زیادی به دنیا آورده‌اند که با وجود وضعیت مالی ضعیف آنها می‌توان به عدم آمادگی مادر برای حاملگی اشاره کرد. ۱۸٪ مادران در دوران بارداری مبتلا به بیماری بوده و نزدیک به ۴۰٪ آنان در این دوران مصرف دارو داشته‌اند که بیشتر این داروها مسکن و بدون تجویز پزشک بوده است. از این رو مراقبتهای بهداشتی ضعیف، زایمانهای پی در پی و با فواصل کوتاه به عنوان یکی از عوامل مؤثر در شیوع این اختلال در منطقه مطرح گردیده است. در رابطه با عوامل پس از تولد باید به مسئله یرقان بطور جدی توجه شود زیرا می‌توان با درمانهای ساده‌ای از جمله فتوتراپی و یا تعویض خون بیمار در صورت نیاز از پیامدهای زیانبار آن به ویژه عقب‌ماندگی ذهنی پیشگیری کرد.

برای بررسی علل احتمالی عقب‌ماندگی ذهنی و بررسی همه جانبه‌تر وضعیت خانواده این بیماران پیشنهاد می‌شود پرسشگران تک تک به درب منازل آزمودنیها رفته

و طی مصاحبه همه جانبه‌تری این اطلاعات را گردآوری کنند ولی با توجه به بعد مسافت و هزینه بالای این روش گردآوری اطلاعات، به بررسیهای آزمایشگاهی و اجرای تست و پرسشنامه بسنده شد.

در پایان باید گفت که این پژوهش گامی مقدماتی در راستای بررسی‌های همه جانبه و سراسری انجام شده در زمینه میزان شیوع اختلالات روانی به ویژه عقب‌ماندگی ذهنی و علل احتمالی آن می‌باشد.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مادی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا گردیده است. همچنین نگارندگان مراتب سپاس خود را از کلیه یاران، روانشناسان، روانپزشکان، پزشکان، بهورزان، کارمندان آزمایشگاه و تدارکات مراکز درمانی هشترگرد، ساوجبلاغ، بیمارستان شهید نواب صفوی و انستیتو روانپزشکی تهران خصوصاً سرکار خانمها ملکی، دکتر مهرزاد سراجی، دکتر پروین داودیان، دکتر اساسی پی و آقایان دکتر مهدی گویا، دکتر داود شاه محمدی، دکتر فیروززائی، دکتر جعفر بوالهروی، دکتر مرتضی قدسی، علی اسدی، مجتبی احسان منش و عیسی کریمی کیسمی و خصوصاً کلیه بهورزان ساوجبلاغ که با همکاری مستقیم آنان انجام این تحقیق میسر گردید، اعلام می‌دارند.

منابع

ایزدینا، احمد؛ لامعی، ابوالفتح؛ نیک اقبال، کامران (۱۳۷۶). اثر کمبود ید بر ضریب هوشی افراد به ظاهر سالم ساکن مناطق گواتر اندمیک. پژوهشی در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی. سال ۲۱، شماره ۱، ۶-۱.

براعنی، محمد تقی؛ رضوی خسروشاهی، عزت السادات؛ شمالی، راضیه؛ اصغرزاده امین، صفیه؛ خمیری، طاهره (۱۳۷۱). هنجاریابی آزمون ماتریسهای رنگی ریون در گروه کودکان ۵ تا ۱۱ ساله تهرانی. مقاله ارائه شده در کنگره

Retardation, 31, 140-143.

Baghchi, R., Rejeb, R. (1987). Iodine deficiency disorders in the Eastern Mediterranean, *Emro Health Service Journal*, 3, 22-27.

Bash, K. W. (1964). *A psychiatric Study of the City of Shiraz (Fars province)*. Paper Presented at WPA International symposium of epidemiological studies in psychiatry, Tehran, Iran.

Bregman, J. d., Hariss, J. C. (1995). Mental Retardation, in H.I. Kaplan, B. J. Sadock (Eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Dupont, A., (1988). Social psychiatry of the mentally handicapped. In B. Henderson (Ed.) *Handbook of social psychiatry*, New York: Elsevier Science Publishers.

Emami, A., Shahbazi, H., Sabzevari, M. (1969). Goiter in Iran. *American Journal of Clinical Nutrition*, 22, 1584-1588.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., Cowen, P. (1995). *Oxford textbook of psychiatry (3rd ed.)*. Oxford: Oxford University Press.

Gilberg, C. (1997). Physical investigations in Mental Retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 889-897.

Grossman, H. T. (Ed.) (1977). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, D. C.: AAMD.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.

Keily, M. (1984). The prevalence of mental retardation. *Epidemiological Reviews*, 9, 164-218.

Mehryar, A. H., Shahpurian, R. (1970). Some

سالیانه روانپزشکی و روانشناسی بالینی. اول تا سوم آذرماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

حسن‌زاده، مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام بهداشت روانی در شبکه شهرضا، دارو درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰، ۱۱-۸. شاه‌محمدی، داود (۱۳۶۹). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراکز بهداشتی در روستاهای شهرکرد. گزارش منتشر نشده.

عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراکز بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۳، ۲۹-۴۰.

عزیزی، فریدون؛ کیمیاگر، مسعود؛ باستانی، جمال‌الدین و همکاران (۱۳۶۴). بررسی گواتر در شهریار، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، سال نهم، شماره دوم، ۷۵-۸۴.

عزیزی، فریدون؛ نفر آبادی، ماه طلعت؛ آذرتاش، پروین و همکاران (۱۳۶۶). بررسی گواتر در شرق تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال یازدهم، شماره‌های ۱ و ۲، ۴۶-۴۱.

محیط، احمد؛ شاه‌محمدی، داود؛ بوالهیری، جعفر (۱۳۷۶). ارزشیابی کشوری بهداشت روانی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.

مرکز آمار ایران (۱۳۷۶). شناسنامه آبادیهای کشور، استان تهران، شهرستان ساوجبلاغ. تهران: مرکز آمار ایران.

نلسون، ریتا ویکس؛ ایزائیل، الن سی (۱۳۶۷). اختلالات رفتاری کودکان، ترجمه محمد تقی منشی طوسی، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.

یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان)، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

Al Ansary, A. (1993). Etiology of mild mental retardation among Bahrainian Children. A community based case control study. *Mental*

- normative data on a Persian form of the New Junior Maudsley Inventory. *Psychological Reports*, 26, 743-746.
- Morton, J. E., Bunday, S., Webb, T. P., et al. (1997). Fragile X syndrome is less common than previously estimated. *Journal of Medical Genetic*, 34, 1-5.
- Raven, J. C., & Caurt, J. H. (1977). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. London: H. K. Lewis and Co. LTD.
- Valentine, M. (1959). Psychometric testing in Iran. *Journal of Mental Science*, 105, 93-107.
- Verghese, A., Beig, A., Seneman, L. A. (1974). A social and psychiatric study of a representative group of familis in Vellore town. *Indian Journal of Medical Research*, 61, 608-620.
- Yeargin, A. M., Murphy, C. C., Cordero, J. F., et al. (1997). Reported bio-medical causes and associated medical conditions for MR among 10 years old children. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 142-149.