

بررسی ازدواج فامیلی والدین دانش آموزان ابتدایی مدارس باغچه بان تهران

Consanguineous marriage among the parents of hearing impaired students in Baghcheban primary schools

منصوره نیکبخت^۱ - احمدرضا ناظری^۲ - زهره امیری^۲

Mansoureh Nikbakht¹ - Ahmadrza Nazeri² - Zohreh Amiri²

چکیده

هدف: مطالعات ژنتیکی انجام شده نشان داده اند که ازدواج فامیلی می تواند احتمال بروز انواع اختلالات ژنتیکی از جمله اختلالات شنوایی را بالاتر ببرد. هدف از این تحقیق تعیین شیوع ازدواج فامیلی بین والدین کودکان کم شنوای مدارس ابتدایی باغچه بان تهران بود.

مواد و روش ها: برای انجام این تحقیق پرسشنامه هایی به تمام مدارس ابتدایی باغچه بان تهران برده شد و مادران ۶۱۴ نفر کل دانش آموزان به سؤالات پرسشنامه در مورد ازدواج فامیلی و سایر عوامل مؤثر بر شنوایی مربوط به دوران بارداری مادر یا نوزادی فرزندشان پاسخ دادند.

در مورد کسانی که به سوال مربوط به ازدواج فامیلی پاسخ نداده بودند، اطلاعات از بین پرونده دانش آموزان جمع آوری شد. تنها از دو نفر از این تعداد اطلاعاتی در دست نیست.

یافته ها: از میان کل کودکان کم شنوای مقطع ابتدایی تهران (۶۱۴ نفر)، والدین ۳۸۹ نفر (۶۳٪) ازدواج فامیلی داشتند (به درجات مختلف) و والدین ۲۲۳ نفر (۳۶٪) نسبتی نداشتند. از دو نفر هم اطلاعاتی در دست نیست. در این بین ۳۲/۳٪ سابقه فامیلی کم شنوایی، ۲۹/۲٪ خواهر و برادر کم شنوا، ۱۷٪ سابقه عفونت گوش در نوزادی داشتند. سایر عوامل خطرزا نیز در این تحقیق بررسی شده اند. همچنین رابطه معنی داری بین ازدواج فامیلی و وجود چند فرزند کم شنوا در خانواده مشاهده شد ($p < 0.005$) و این مسئله نشانگر آن است که در ازدواج فامیلی ممکن است بیش از یک فرزند مبتلا به کاهش شنوایی شود.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای ازدواج فامیلی بین والدین کودکان کم شنوا می توان گفت که همخوانی والدین یکی از علل مهم کاهش شنوایی در ایران است و با توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی موجود در جامعه کنونی باید در اطلاع رسانی به مردم درباره خطرات ازدواج فامیلی تلاش نمود.

واژگان کلیدی: ازدواج فامیلی، کاهش شنوایی

Abstract

Objective: Genetic studies show that consanguineous marriage can increase the probability of incidence of genetic impairments such as hearing impairments. The target of this study is to identify the prevalence of consanguinity among the parents of hearing impaired students in primary schools.

Materials and Methods: We selected all of deaf students of Tehran (614 students). Their mothers answered to questionnaires. The questions were about Risk Factors of deafness in mother pregnancy or in neonatal period.

Results: from 614 students, 389 parents of them (64%) had consanguineous marriage and 223 person (36%) didn't have this factor. 2 person did not answer to this question. In this study we observed that there is 32.3% family history of hearing loss, 29.2% deaf sister and brother, 17% ear infection history. Other risk factors were studied too. Also there is significant correlation between consanguinity and more than one deaf children in the family ($p < 0.005$).

Conclusion: According to high incidence of consanguinity (64%) that was observed in this study it may be one of most important causes of sensory neural hearing loss in children, so we should give enough information about this problem to the people.

Key words: consanguineous marriage, hearing loss

1- B.Sc. in audiology

2- Shahid Beheshti UMS Scientific Board Member

۱- کارشناس شنوایی شناسی

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نشانی مکاتبه: اهواز - خیابان ۱۶ غربی کیانپارس - پلی کلینیک دی - واحد شنوایی شناسی

Email: mansoorehnik@yahoo.com

مقدمه

از آنجاکه ما در کشوری زندگی می‌کنیم که هنوز متأثر از نگرشهای سنتی در مورد ازدواج است، میزان ازدواج فامیلی، در بین خانواده‌های ما شایع می‌باشد. در تحقیقی که اخیراً در کشورمان توسط دکتر سعادت انجام شد، این میزان ۳۰٪ گزارش شده است و در تحقیقی که در سال ۱۳۴۲ در تهران انجام شده بود این میزان ۲۵/۱٪ گزارش شده بود (۱). در مطالعه‌ای که در بیروت انجام شده مشخص شده که ازدواج فامیلی بین مسلمانان شایع‌تر از مسیحیان می‌باشد (۲۹/۵٪ در مقابل ۱۶/۵٪) (۲). شیوع ازدواج فامیلی در هند (۳ و ۲)، عمان (۴) و فلسطین (۵) نیز بسیار بالاست. از سوی دیگر امروزه از دیدگاه علم ژنتیک مشخص است که با افزایش میزان ازدواج فامیلی احتمال بروز انواع اختلالات ژنتیکی از جمله اختلالات شنوایی بالاتر می‌رود و عوامل ژنتیکی علت ۵۰٪ از ناشنواییهای دوران کودکی هستند (۶)..
این اختلالات ژنتیکی جنبه‌های متعددی می‌توانند داشته باشند. بیماریهای اتوزومال مغلوب (۷)، اختلال شنوایی (۶) اختلال بینایی (مثل ریتینیت پیگمانتر، آلبینیسم، آنیریدی، بعضی انواع آب مروارید، اغلب کدورت‌های مادرزادی قرنیه، سندرم مارفان، نزدیک بینی دژنراتیو، کراتوکونوس و ... (۸)، مالفورماسیون‌های اسکلتی ماهیچه‌ای، مشکلات پوستی، مشکلات دستگاه تناسلی - ادراری، مشکلات معدی - روده‌ای، مشکلات اعصاب مرکزی و آنومالی‌های قلبی (۹) اسپاینا بیفیدا^۱ (۱۰) سندرم سوتوس (غول‌پیکری سر)، سندرم گلد برگ شریترزن^۲ (۱۱)، سندرم loose anagen hair و شکاف کام (۵) و افزایش مرگ و میر بین نوزادان (۱۲) و بسیاری دیگر از اختلالات ممکن است در اثر ازدواج فامیلی رخ دهد. با توجه به منابع، علت ناشنوایی در نوع مادرزادی ارثی از ۲۹٪ در سال ۱۹۵۳ به ۴۳٪ در سال ۱۹۹۳ رسیده است (۱۳). در ایران در یک تحقیق مشابه این میزان ۵۵/۴٪ کودکان

ناشنوا را نشان می‌دهد که تاریخچه مثبت وقوع کم شنوایی در خانواده یا فامیل داشتند و ۳۹/۶٪ والدین این کودکان نسبت فامیلی درجه ۱ و ۲۲/۵٪ از آنها نسبت فامیلی درجه ۲ داشتند (۱۳). در تحقیقی دیگر که توسط دکتر صدیقی در مراکز پیش دبستانی تهران انجام شده ۵۷/۶٪ از والدین با یکدیگر نسبت فامیلی داشتند (گروه کنترل ۲۸/۱٪) و در ۳۳/۸٪ از کودکان سابقه فامیلی ناشنوایی وجود داشت (در گروه کنترل ۶/۱٪) (۱۴). در جامعه عمان نیز به دلیل رسم ازدواج قبیله‌ای در گروههای قبیله‌ای عمان، انتظار می‌رود که تمام ازدواجها به درجات مختلف فامیلی باشند، اگرچه در سطحی دورتر از درجه دو ($F \leq 0.0156$) (۴). در تحقیقی دیگر در آمریکای جنوبی در یک گروه نمونه ۵۳۵۵۲ نفری از کودکان زنده به دنیا آمده بدون مالفورماسیون در سال ۹۶-۱۹۶۷ میانگین میزان هم‌خونی ۰/۹۶٪ بود. در فلسطین (۷) و سودان، مصر، کویت و جنوب شوروی نیز شیوع ازدواج فامیلی بالا بود (۲). در مطالعه مقطعی ۱۵ ساله‌ای که در ایران از آگوست ۱۹۷۶ تا سپتامبر ۱۹۹۱ انجام شد، مشخص شد که ارتباط بین شکاف کام و هم‌خونی معنی‌دار بوده است (۵). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که در حدود ۱۲۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به نوعی از ناشنوایی هستند که در ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارد و آگاهی عمومی نسبت به عواقب ناشنوایی و روشهای درمانی و پیشگیری اندک می‌باشد (۲).

هدف کلی ما در این تحقیق تعیین میزان شیوع ازدواج فامیلی بین والدین کودکان کم شنوای مدارس ابتدایی ویژه ناشنوایان تهران (باغچه بان) می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع توصیفی است. متغیرهای زمینه‌ای که در تحقیق حاضر وجود دارند شامل این موارد است: سطح

فرهنگ و سواد پدر و مادر، دسترسی به آموزش بهداشت، اقتصاد خانواده و... از آنجاییکه روش تحقیق حاضر، مطالعه توصیفی واقعی^۳ می باشد، پرسشنامه هایی به والدین کودکان داده شد و تحقیق به شیوه پرسشنامه ای انجام شد. در این پرسشنامه ها در مورد نسبت والدین، تحصیلات آنها و عوامل خطرزای قبل از تولد، حین تولد و بعد از تولد که ممکن است موجب کم شنوایی شود سؤال شد. ما به دنبال آن بودیم که بدانیم آیا پیش از ازدواج مردم اطلاعات کافی از منابع مختلف مثل رسانه ها درباره عواقب ازدواج فامیلی دریافت می کنند؟ و چه زمانی والدین متوجه کم شنوایی فرزندشان می شوند؟ در انتهای پرسشنامه هم در مورد اولین مرکزی که برای پیگیری کم شنوایی مراجعه نمودند سؤال شد. همچنین از والدین خواسته شد تا فاصله تردید خود نسبت به کم شنوایی و تشخیص قطعی کاهش شنوایی در کودک و فاصله تردید آنها تا شروع استفاده از سمعک را نیز ذکر نمایند. مکان تحقیق تمام دبستانهای باغچه بان تهران و جمعیت مورد تحقیق کلیه دانش آموزان ابتدایی این مدارس شامل ۶۱۴ نفر (۲۶۴ دختر و ۳۵۰ پسر) بودند (سال ۱۳۸۰).

یافته ها

دانش آموزان مدارس ابتدایی باغچه بان در محدوده سنی ۷-۲۰ سال قرار داشتند (جدول ۱). توزیع فراوانی افراد بر حسب مقطع تحصیلی در جدول ۲ نشان داده شده است. مهمترین یافته این تحقیق در رابطه با میزان بالای شیوع ازدواج فامیلی بین والدین کودکان ناشنوا بود که این میزان ۶۳/۶٪ را تشکیل می داد (جدول ۳) که مربوط به ازدواج با اقوام دور و نزدیک می شد (جدول ۴). در مورد میزان آگاهی افراد قبل از ازدواج راجع به عواقب ازدواج فامیلی نیز از مادران سؤال کرده بودیم که فقط ۲۰/۹٪ با اطلاع از احتمال بروز مشکل ازدواج کرده بودند و ۷۹/۱٪ اصلاً اطلاعی از عواقب آن نداشتند. در جدول ۵ نشان داده شده است که ۸/۵٪ افراد هنگام آزمایشات ضروری پیش از ازدواج در مورد عواقب ازدواج فامیلی راهنمایی شده بودند

و ۹۱/۵٪ در این مراکز هیچ اطلاعاتی درباره این مسئله دریافت نکرده بودند. در مورد سن کودک هنگام بروز اولین تردید والدین نسبت به کاهش شنوایی کودک، نتایج نشان می دهد که بیشترین درصد مربوط به ۶ ماهگی تا یک سالگی است (۲۷/۱٪) (جدول ۶). در مورد اولین فردی که کاهش شنوایی را تشخیص داده بود به ترتیب مادر ۶۵/۹٪، پدر، خواهر و برادر ۲/۲٪ و سایر افراد ۱۳/۴٪ بودند و در ۸/۹٪ پدر و مادر توأمأً تشخیص داده بودند. در مورد اولین مرکزی که برای پیگیری شنوایی کودک به آنجا مراجعه شده بود متخصص گوش و حلق و بینی با ۶۷/۵٪ بیشترین میزان را داشت. پس از آن شنوایی شناس ۲۱/۹٪، متخصص اطفال ۱۵/۴٪، متخصص اعصاب ۱/۷٪ و سایر پزشکان ۳/۱٪ را به خود اختصاص می دادند.

در سؤالی دیگر از مادران درباره فاصله بین تردیدشان نسبت به کم شنوایی کودک تا تشخیص قطعی کاهش شنوایی فرزندشان سؤال شده بود که هر یک مدت زمان مربوطه را ذکر نموده بودند و میانگین اعداد به دست آمده ۶/۶۷ ماه بود (جدول ۷). در مورد عوامل خطرزای دوران بارداری به ترتیب ضربه ۱۰/۲٪، خونریزی ۶/۲٪ (۳٪ در سه ماهه اول، ۱/۱٪ در سه ماهه دوم، و ۲/۱٪ در سه ماهه سوم)، تشنج ۲/۵٪، تماس با اشعه ۱/۶٪ و سرخچه ۱/۴٪ را تشکیل می دادند (نمودار ۱). در مورد مصرف داروهای اتوتوکسیک در دوران بارداری جنتامایسین بیشترین درصد (۲/۲٪)، پس از آن کینین ۰/۲٪ و سیس پلاتین ۰/۲٪ در مراحل بعدی قرار داشتند. در بین عوامل خطرزای دوران نوزادی سابقه کم شنوایی در فامیل ۳۲/۳٪ بود و پس از آن تب و تشنج، عفونت گوش در نوزادی، هایپر بیلی روبینمی، متئزیت و ضربه بودند (نمودار ۲). در بین آزمایشاتی که تشخیص کم شنوایی مبتنی بر آنها بوده است آزمایشات الکتروفیزیولوژی ۵۰/۴٪ و آزمایشات رفتاری ۴۰/۸٪ بودند و در ۸/۸٪ با کمک هر دو آزمایش تشخیص انجام گرفته بود. از بین منابعی که والدین از آنها در رابطه با ازدواج فامیلی اطلاعات کسب کرده بودند تلویزیون با ۳۷٪ بیشترین میزان را داشت، روزنامه و مجله ۱/۹٪، رادیو ۰/۹٪ و سایر موارد (مثل اقوام و آشنایان و...) ۳۶/۱٪ بودند.

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد بر حسب سن، مدارس باغچه بان تهران ۱۳۸۰

مقدار بر (سال)	تعداد	درصد
۷ تا	۱۹	۴/۳
۸ تا	۵۰	۱۱/۳
۹ تا	۶۳	۱۴/۳
۱۰ تا	۶۶	۱۴/۹
۱۱ تا	۸۱	۱۸/۳
۱۲ تا	۶۱	۱۳/۸
۱۳ تا	۴۵	۱۰/۲
۱۴ تا	۲۸	۶/۳
۱۵ تا	۱۰	۲/۳
۱۶ تا	۱۰	۲/۳
۱۷ تا	۴	۰/۹
۱۸ تا	۳	۰/۷
۱۹ تا	۱	۰/۲
۲۰ تا	۱	۰/۲
جمع	۴۴۲	۱۰۰٪

تعداد ۱۷۲ نفر به این سؤال پاسخ نداده بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد بر حسب مقطع تحصیلی در مدارس ابتدایی باغچه بان تهران، ۱۳۸۰

مقطع تحصیلی	تعداد	درصد
کلاس اول	۱۶۷	۲۷/۲
کلاس دوم	۱۱۲	۱۸/۳
کلاس سوم	۸۳	۱۳/۵
کلاس چهارم	۱۲۱	۱۹/۷
کلاس پنجم	۱۳۰	۲۱/۲
جمع	۶۱۳	۱۰۰

یک نفر به این سؤال پاسخ نداده بود.

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد بر حسب نسبت خویشاوندی بین والدین کودکان مدارس ابتدایی باغچه بان تهران، ۱۳۸۰

نوع ازدواج	تعداد	درصد
فامیلی	۳۸۹	۶۳/۶
غیر فامیلی	۲۲۳	۳۶/۴
جمع	۶۱۲	۱۰۰

جدول ۴- توزیع فراوانی والدینی که ازدواج فامیلی دارند مدارس ابتدایی باغچه بان تهران، ۱۳۸۰

نوع خویشاوندی	تعداد	درصد
دختر عمو، پسر عمو	۸۶	۲۲/۱
دختر خاله، پسر خاله	۷۵	۱۹/۳
دختر دایی، پسر عمه و بالعکس	۱۰۲	۲۶/۲
درجه ۳	۶۵	۱۶/۷
اقوام دورتر	۳۰	۷/۷
بدون ذکر نسبت	۳۱	۸
جمع	۳۸۹	۱۰۰

جدول ۵- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب دریافت راهنمایی درمورد ازدواج فامیلی در مراکز بهداشت تهران، ۱۳۸۰

دریافت راهنمایی	تعداد	درصد
مثبت	۳۰	۸/۵
منفی	۳۲۳	۹۱/۵
جمع	۳۵۳	۱۰۰

۲۶۱ نفر به این سؤال پاسخ ندادند.

جدول ۶- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب سن بروزاولین تردید نسبت به کاهش شنوایی کودک، مدارس باغچه بان ۱۳۸۰

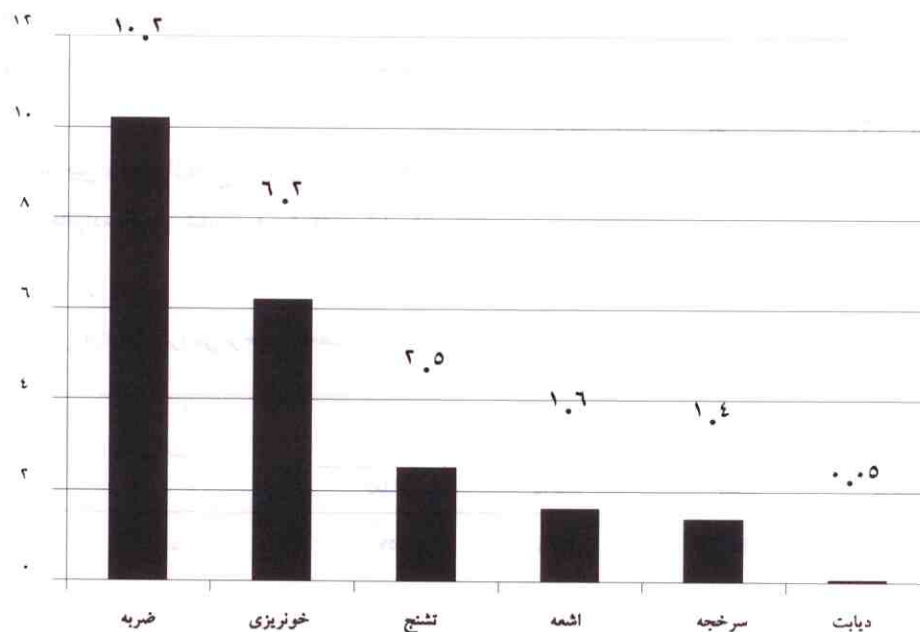
سن	تعداد	درصد
تا ۲ ماهگی	۶۹	۱۶/۶
تا ۴ ماهگی	۳۹	۹/۴۳
تا ۶ ماهگی	۸۱	۱۹/۵
تا ۱ سالگی	۱۱۳	۲۷/۱۲
تا ۲ سالگی	۷۵	۱۸/۳
تا ۳ سالگی	۲	۰/۵
تا ۴ سالگی	۳۳	۸
تا ۶ سالگی	۱	۰/۲
تا ۸ سالگی	۱	۰/۲
جمع	۴۱۵	۱۰۰

تعداد ۱۹۹ نفر به این سؤال پاسخ نداده بودند.

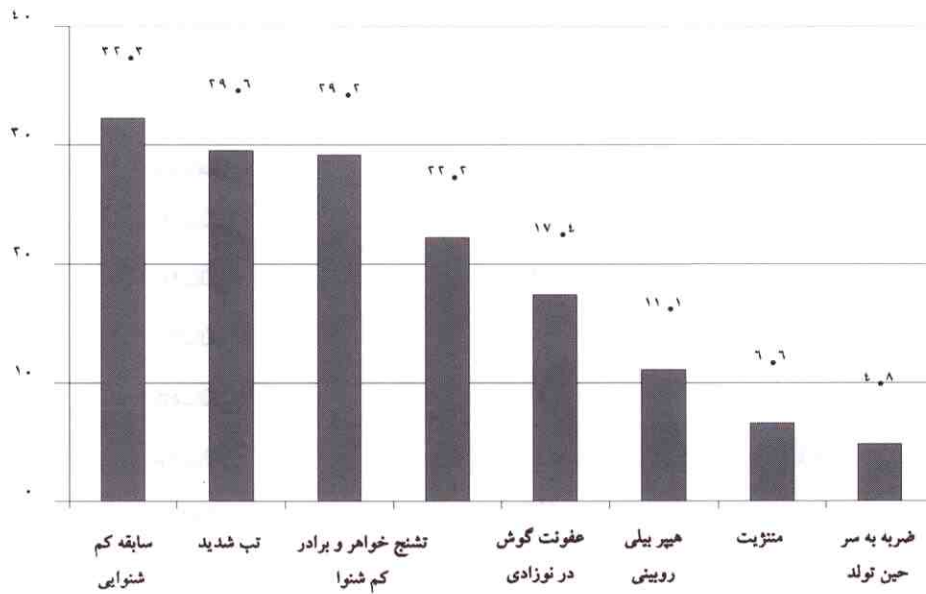
جدول ۷- توزیع فراوانی افراد بر حسب فاصله بین تردید والدین و تشخیص قطعی کم شنوایی، مدارس ابتدایی باغچه بان ۱۳۸۰

سن	تعداد	درصد
تا ۱ ماهگی	۱۱۲	۴۲/۷
تا ۳ ماهگی	۴۴	۱۶/۹
تا ۶ ماهگی	۳۳	۱۲/۶
تا ۱ سالگی	۴۵	۱۷/۳
تا ۲ سالگی	۱۵	۵/۷
تا ۳ سالگی	۱۰	۳/۸
تا ۵ سالگی	۲	۰/۸
تا ۸ سالگی	۱	۰/۴
جمع	۲۶۲	۱۰۰

تعداد ۳۵۲ نفر به این سؤال پاسخ ندادند.



نمودار ۱. درصد وقوع عوامل خطرزای دوران بارداری



نمودار ۲. درصد وقوع عوامل خطرزا در دوران نوزادی

رابطه معنی داری وجود دارد ($p < 0.005$) که نتایج در جدول ۹ نشان داده شده است. یعنی کسانی که ازدواج فامیلی انجام داده بودند احتمال وجود بیش از یک فرزند ناشنوا در بین فرزندان آنها بیشتر از سایرین بود.

در این تحقیق در مورد میزان تحصیلات والدین نیز پرسش شده بود که می توان نتایج را در جدول ۸ مشاهده کرد. در مقایسه ای که بین وجود ازدواج فامیلی و وجود چند فرزند ناشنوا در خانواده انجام شده بود مشخص شد که

جدول ۸- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب تحصیلات والدین، مدارس باغچه بان ۱۳۸۰

تحصیلات	پدر		مادر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد	۵۷	۱۱/۶	۹۹	۲۰/۲
زیر دیپلم	۳۱۳	۶۳/۵	۲۹۶	۶۰/۴
دیپلم	۸۶	۱۷/۴	۸۴	۱۷/۱
تحصیلات دانشگاهی	۳۷	۷/۵	۱۱	۲/۱
جمع	۴۹۳	۱۰۰	۴۹۰	۱۰۰

جدول ۹- مقایسه ازدواج فامیلی با دارا بودن بیش از یک فرزند ناشنوا

خواهر و برادر کم شنوا		نوع ازدواج	
جمع	دارد	ندارد	
۱۶۶	۳۵	۱۳۱	غیرفامیلی
%۳۶/۵	%۲۱/۱	%۷۸/۹	
۲۸۹	۹۸	۱۹۱	فامیلی
%۶۳/۵	%۳۳/۹	%۶۶/۱	
۴۵۵	۱۳۳	۳۲۲	جمع
%۱۰۰	%۲۹/۲	%۷۰/۸	

$$X^2 = 8/38$$

اختلاف معنی دار ($P < 0.005$)

بحث

در بررسی که انجام شده از مجموع والدینی که به پرسشنامه پاسخ دادند، ۶۳/۶ درصد ازدواج فامیلی داشتند. با توجه به اینکه کودکان این والدین مبتلا به نقص شنوایی هستند، این میزان مبین رواج قابل توجه ازدواج فامیلی در میهن ماست که به نوبه خود باعث ایجاد مشکلات ناشی از آن می شود. در تحقیقی که در سال ۷۶-۷۴ در مراکز پیش دبستانی ناشنوایان انجام شده بود میزان ازدواج فامیلی ۵۷/۶٪ در بین والدین گزارش شده بود. از طرفی در سطح جامعه (غیر ناشنوایان) با توجه به تحقیقی که در سال ۱۳۷۹ توسط دکتر سعادت انجام شده بود ۳۰٪ ازدواجهای کشور ازدواج فامیلی بوده است. در تحقیق دیگری هم که در سال ۱۳۴۲ انجام شده بود ازدواجهای فامیلی شهر تهران ۲۵/۱٪ گزارش شده بود. بنابراین در مقام مقایسه متوجه می شویم که در میان والدین کودکان کم شنوا میزان رخداد ازدواج فامیلی به طور قابل توجهی افزونتر بوده است. ضمناً با توجه به آماری که در کشورهای آمریکایی از ازدواج فامیلی وجود دارد (۰/۹۶٪) مشخص می شود میزان ازدواج فامیلی به طور قابل توجهی در ایران بالاست که منجر به تولد بچه هایی با انواع اختلالات ژنتیکی که قبلاً ذکر شده می شود. در زمینه میزان آگاهی افراد قبل از ازدواج نسبت به عواقب ازدواج فامیلی و نتایج به دست آمده مبین این است که درصد اندکی از

والدین مورد مطالعه از عواقب احتمالی منفی ناشی از ازدواج فامیلی مطلع بوده اند. بنابراین می توان متوجه نقص قابل توجه در امر ارائه آموزشهای عمومی به والدین، به ویژه قبل از ازدواج شد. جایگاه رسانه های عمومی در رفع این معضل اجتماعی قابل توجه است و با توجه به این که مردم بیشتر اطلاعات خود را از تلویزیون می گیرند جای برنامه های آگاهی دهنده راجع به این موضوع در برنامه های تلویزیونی بسیار خالی است. طی سؤال دیگری پرسیده شده بود که آیا هنگام انجام آزمایشات اجباری قبل از ازدواج در زمینه ازدواج فامیلی راهنمایی شدید یاخیر، که فقط ۸/۵ درصد راهنمایی شده بودند و مابقی هیچگونه راهنمایی دریافت نکرده بودند. بنابراین می بینیم که در مراکز آزمایشگاهی قبل از ازدواج هم به این مسئله بهایی داده نمی شود. لازم است توجه مسئولین به ارائه صحیح آموزشهای لازم به ویژه در مراکز مشاوره قبل از ازدواج جلب شود و حتی ارائه این اطلاعات در دبیرستانها، بهتر از مراکز پیش از ازدواج است زیرا مردم زمانی به مراکز بهداشت جهت آزمایشات مراجعه می کنند که انجام آن ازدواج قطعی و نزدیک است و حتی ارائه آگاهی در آن موقع ممکن است که مفید واقع نشود ولی اگر این آگاهی ها توسط رسانه ها و یا در متون درسی در دبیرستانها ارائه شود بهتر می توان از وقوع این ازدواجها پیشگیری نمود.

بهرتر ارتباط گیری نماید. در این تحقیق ما به بررسی عوامل خطرزای دوران بارداری هم پرداخته ایم که در این بین ضربه بیشترین میزان را داشت. پس از آن خونریزی شدید، تشنج، اشعه و سرخچه در مراتب بعدی قرار داشتند که باید مادران قبل از بارداری از عوارض این موارد کاملاً مطلع شوند تا با جلوگیری از این موارد از میزان اختلالات ناشی از آن روی جنین کاسته شود. در بین داروهای اتوتوکسیکی که مادران در دوران بارداری مصرف کرده بودند، جنتامایسین بیشترین میزان را داشت و بعد از آن کینین و سیس پلاتین قرار داشتند. در مورد سایر داروهای اتوتوکسیک که اینجا نام برده شده ممکن است مادران نام آنها را از خاطر برده باشند که ذکر نکرده اند زیرا طبق منابع می دانیم که این داروها هم اتوتوکسیک می باشند. شاید هم هیچیک از این مادران از این داروها مصرف نکرده بودند. در مورد عوامل خطرزای دوران نوزادی، بیشترین میزان مربوط به سابقه کم شنوایی در خانواده ها بود که $32/3$ درصد بود. در تحقیق مشابهی که در سال 1373 در زنجان انجام شده بود این میزان $55/4$ درصد گزارش شده بود و در تحقیقی که از مدارس پیش دبستانی ناشنوایان تهران در سال $76-1374$ انجام شده بود این میزان $33/8$ درصد گزارش شده بود. این مسئله اهمیت مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج را نشان می دهد که اگر سابقه کم شنوایی در خانواده ای وجود دارد با احتیاط بیشتری باید عمل شود. پس از سابقه کم شنوایی، در درجه دوم تب شدید قرار دارد و بعد تشنج با $22/2$ درصد که در تحقیق سال 74 مراکز پیش دبستانی این میزان $18/4$ درصد بوده است. عفونت گوش در نوزادی $17/4$ درصد، هایپرپیلی رویینی که منجر به تعویض خون شده باشد $11/1$ درصد می باشد که در تحقیق مراکز پیش دبستانی هایپرپیلی رویینی $14/1$ درصد گزارش شده بود. منژیته $6/6$ درصد را به خود اختصاص می داد که تحقیق مشابه $4/6$ درصد را گزارش کرده بود. ضربه به سر حین تولد $4/8$ درصد بود که تحقیق مشابه $14/1$ درصد را گزارش می کرد. ضمناً در این تحقیق ما در مورد نوع آزمایشاتی که منجر به تشخیص کاهش شنوایی شده بود پرسش کردیم که نتایج نشانگر آن بود که

فاکتور بعدی مورد بررسی، سنی بود که والدین اولین تردید را نسبت به کاهش شنوایی فرزند خود داشته اند که بیشترین میزان مربوط به 6 ماهگی تا یک سالگی بود و $27/2$ درصد از افراد بعد از یک سالگی نسبت به کم شنوایی کودک تردید کرده بودند. با توجه به دوره بحرانی زبان آموزی که بین 1 تا 3 سالگی است و اهمیت تشخیص زودرس در کودکان باید تدابیری اندیشید که سن تشخیص کاهش شنوایی پایتیر باشد. مسئله مورد بررسی بعدی، اولین فردی است که متوجه کاهش شنوایی کودک شده بود که بیشترین میزان یعنی $65/9$ درصد به مادر تعلق داشت و پدر در درجه دوم $9/4$ درصد را به خود اختصاص می داد. می بینیم که بیشترین توجه از طرف مادران به کودکان بوده است که این امر طبیعی است ولی باید آگاهی پدران هم بالاتر برده شود تا در سلامت اعضای خانواده نقش بیشتری داشته باشند.

در مورد اولین مرکزی که خانواده ها برای پیگیری کاهش شنوایی فرزندشان مراجعه کرده بودند بیشترین درصد به متخصص گوش و حلق و بینی تعلق داشت و پس از آن به شنوایی شناس و بعد متخصص اطفال. با توجه به میزان بالای مراجعه به متخصصین گوش و حلق و بینی و اطفال باید آگاهی های لازم در مورد اهمیت تشخیص زودرس، به این قشر داده شود تا در مورد ارجاع سریعتر کودک به شنوایی شناس جهت پیگیری بیشتر و تشخیص نهایی اقدام شود. در این بررسی مشخص شد که فاصله تردید والدین و تشخیص قطعی کم شنوایی کودک نیز به طور میانگین $6/67$ ماه بود که باید این میزان را کمتر کرد تا ارائه خدمات توانبخشی هرچه زودتر برای کودک آغاز شود و کودک دوره بحرانی زبان آموزی را از دست ندهد. مسئله مورد بررسی دیگر فاصله بین تشخیص قطعی کاهش شنوایی و شروع استفاده از سمعک بود که به طور میانگین تقریباً 27 ماه بود. عده ای حتی موقع مدرسه رفتن سمعک برای بچه تهیه کرده بودند. این میزان بسیار زیاد است چون باید در اولین فرصتی که وجود کاهش شنوایی قطعی می شود از خدمات توانبخشی و تربیت شنوایی و سمعک استفاده کرد تا کودک در اکتساب زبان دچار معضل نشود و بتواند در آینده

مشاوره ژنتیک مراجعه می نمایند. سن تشخیص کاهش شنوایی باید پایینتر بیاید و فاصله تشخیص قطعی تا استفاده از سمعک نیز زیاد است. جنتامایسین، اصابت ضربه در دوران بارداری، سابقه کم شنوایی در فامیل، تب و تشنج و عفونت شدید گوش در نوزادی از عوامل بسیار مهم بروز کم شنوایی در کودکان کم شنوای تهران است.

سیاسگزاری

در پایان لازم است از خانم‌ها بهار نقوی عضو محترم هیئت علمی و مرضیه شریفیان مدیر محترم گروه شنوایی شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت راهنمایی هایشان در شروع تحقیق و از آموزش و پرورش استثنایی تهران، مدیران و مدارس باغچه بان و والدین کودکان کم شنوا جهت همکاری ایشان در طی مراحل مختلف تحقیق قدردانی نمایم.

پی نویس:

- 1- Spina bifida
- 2- Goldberg – Shrintzen
- 3- Descriptive Data

تستهای الکتروفیزیولوژی بیشترین میزان (۰/۵۰/۴) راداشت و آزمایشات رفتاری (۰/۴۰/۸) را به خود اختصاص می داد. در ۸/۸ درصد از موارد هم هر دو آزمایش انجام شده بود. باید تلاش کنیم که با توجه به امکانات جدیدتری که امروزه در اختیار داریم باز هم عده بیشتری از آزمایشات الکتروفیزیولوژیک که در مورد بچه‌ها از اطمینان بیشتری نسبت به تستهای رفتاری دارد استفاده کنند. می دانیم که امروزه می توان به کمک آزمونهای الکتروفیزیولوژی حدود آستانه های بیمار را به دست آورد.

در جدول ۸ که مربوط به تحصیلات پدر و مادر بود دیدیم که والدین این بچه‌ها کلاً از سطح سواد نسبتاً پایینی برخوردارند و اکثر آنها زیر دیپلم هستند و در بین والدین، مادران از تحصیلات کمتری نسبت به پدران برخوردارند که این مسئله ضعف فرهنگی را در جامعه ما نشان می دهد.

نتیجه گیری

میزان ازدواج فامیلی در کشور ما بسیار بالاست و شیوع آن بین والدین کودکان کم شنوا به میزان قابل توجهی بالاتر است. میزان آگاهی جامعه نسبت به عواقب ازدواج فامیلی بسیار پایین است و عده کمی هم قبل از ازدواج به مراکز

منابع:

- 1- بهنام، ج. ساختهای خانواده و خویشاوندی در ایران. تهران: انتشارات خوارزمی. ۱۳۵۰.
- 2- اکبر تاکی، ع. اثر ازدواج فامیلی بر نتیجه حاملگی. پایان نامه رشته بهداشت. تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۶۹.
- 3- Bittles, AH. Hussain, R. Analysis of consanguineous marriage in muslim population of India at regional and state level. Ann-Hum-Biol. 2000. 27:163-171.
- 4- Rajab, A. Patton, MA. A study of consanguinity in the sultanate of Oman. Ann-Hum-Biol. 2000. 27:321-326.
- 5- Rajabian, MH. Sherkat, M. An epidemiological study of oral clefts in Iran: Analysis of 1,669 cases. Cleft-Palate-Craniofac-J. 2000. 37:191-196.
- 6- National Institute on Deafness and other communication disorders. 1993. Statistics on Deafness and hearing disorders in the United States. Brochure: 1.
- 7- Zlotogora, J. et al. Genetic disorders among Palestinian Arab: 3 Autosomal recessive disorder in a single village. Am-J-Med-Genet. 2000. 19. 92:343-345.

- ۸- زرین بخش، پ. ازدواج فامیلی و بیماریهای چشمی، مجله روز هفتم. شماره ۱۲۴: صفحه ۱۷. ۱۳۷۶.
- 9- Bhat, BV & Babu, L. Congenital information at birth : A prospective study from south India. Indian. J. Pediatr. 1998. 65: 873-881.
- 10- Murshed WR. Spina bifida in Saudi Arabia: Is consanguinity among the parents a risk factor? *Pediatr-Neurosurg.* 2000. 32:10-12.
- 11- Al-Rashed etal. sotos syndrome (cerebral gigantism):A clinical and radiological study of 14 cases from Saudi Arabia. *Ann-Trop-Paed;art.* 1999.19:197-203.
- 12- Pedersen, J. Determinants of infant and child mortality in the WestBank and GazaStrip. *J.Bio-Soc-Sei.* 2000. 32: 527-546.
- 13- Parving, A. Hauch, Am. The cause of profound hearing impairment in a school for the deaf. *Br-J-Audio L.* 1994. 28: 63-69.
- ۱۴- صدیقی، ژیلا. بررسی عوامل مؤثر در ناشنوایی حسی - عصبی کودکان پیش دبستانی مرکز آموزش ناشنوایان. پایان نامه دکتری تخصصی رشته بهداشت. تهران : دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۶.