مقايسه توانایی‌های هماهنگی دیداری - حرکتی، دقت و توجه، هوش، اختلالات مغزی و رفتاری کودکان نارس و عادی

نویسنده: دکتر سیدابوالقاسم مهريزاده

1. استادیار دانشگاه الزهرا

چکیده
هدف تحقیق حاضر، مقایسه توانایی‌های هماهنگی دیداری - حرکتی، دقت و توجه، هوش، اختلالات مغزی و رفتاری کودکان نارس و عادی بود. 250 دانشآموز نارس متوسط شده و عادی بود. 25 دانشآموز نارس متوسط شده با 250 دانشآموز عادی به وسیله آزمون‌های بندر - کشتات، تولوزیپرون و سلر کودکان، ماکیم باستر و راتر مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج نشان داد کودکان نارس متوسط شده از نظر هماهنگی دیداری - حرکتی، دقت و توجه و هوش ضعیف‌تر از کودکان عادی متوسط بودند. به علاوه شیوع اختلالات مغزی و رفتاری در کودکان نارس متوسط شده بیشتر از کودکان عادی است.

واژه‌های کلیدی: هماهنگی دیداری - حرکتی، نارسی، توجه، هوش، اختلالات مغزی و رفتاری

مقدمه
تفاوت در سن و وزن نوزادان از جمله نخستین نفاوت‌های بارز و مهمین تعبین کننده و نشان‌دهنده تکانگیرنگی و توسعه پیوسته بود. این تفاوت‌ها به‌طور کلی از شاخص‌های مهم سلامت جسمی و روان عصبی شناختی (neuropsychological) محاسبه می‌شود [1].
مقایسه نوآوری‌های هماهنگی دیداری - حزین، دقت و نوجه، هوش، اختلالات پاک‌گیری و اختلالات رفتاری کودکان نارس و عادی

هیپوکسی مزمن، سوداتری، حاملگی تودلی، حاملگی تودلی مادر، نارس (Pretermature، نارس (1]) مبارزه با تغییرات حسی و حركتی جسم و دستگاه گوارش، تحرکات حسی و حركتی جسم ضعیف‌سازی بینایی - از نظر عصب‌شناختی واجد خطرپذیری نیستند. [2] این نوزادان در تیم‌های تربیتی که استنداردهای مراقبت‌های بهداشتی را به این گروه از نوزادان ارائه می‌دهند در معرض آسیب‌های متفاوت نیستند. [3]

ب) نوزادان که قبل از 37 هفته بارداری مولد شدند و وزن آنها برابر 2.5 کیلوگرم برای سن بارداری کم است به

(Appropriate for gestational age) AGA (Small) نوزادانی که بعد از 37 هفته بارداری مولد شدند و وزن آنها برابر 2.5 کیلوگرم برای سن بارداری کم است به

(Very low birth weight:VLBW) سایینا که وزن بیشتر کمتر از 3 کیلوگرم است به

(Extremely low birth weight:ELBW) در گروه چهارم نوزادانی که می‌گیرند که خیلی زودتر از مورد مدل شده‌اند، اما وزن متناسب با سن

بارداری دارند [2].

تحت‌ماد نوزادانی که جهت میزان شروع نارسی در بیمارستان واقع در 5 متغیر از کشور آمریکا 1/6 درصد

گزارش شده است [3].

وزارت بهداشت اغلب، شیوع نارسی در آن کشور

را در سال 1995 با 9/2 درصد گزارش کرده است [4]. نوزادان نارس به دلیل فقدان کلیل در

ظرفیت‌های زیست‌شناسی باید توانایی با معیط خارج

رhem، در اثر مواجهه با دما، رطوبت، آلودگی‌های

استنشاقی، عفن‌نشینی، و بروز‌ها، تغذیه از راه دهان و

دستگاه گوارش، تحرکات حسی و حركتی جسم

پنج‌گانه - بخصوص بینایی - از نظر عصب‌شناختی

واجد خطرپذیری نیستند. [1]
عملکرد ضعیف‌تر کودکان نارس متوسط شده نسبت به کودکان عادی متوسط شده در آزمون‌های هوش و کمال کودکان نارس و بی‌کمال می‌شوند. گردنه که نوزادان نارس در سال‌های بعدی زندگی، نقش جزئی در عملکردهای شناختی که نازه به نواهای دیداری - حرکتی دارد نشان می‌دهد (۱۰). در مدت ۶ سال کودک نارس متوسط شده مورد بررسی قرار گرفتند و مشخص شد که در صد آنها نقص نیزی در همانند نقص بینایی جسمی و ۶ صد عقب مانند دیگرکه دو نفر دارند (۱۲). همچنین تأثیر گفتاری بارز نیز در کودکان سه نارس متوسط شده گزارش گردیده است (۳). در نعله بر این نشان داده شده که احتمال بروز ناهنجاری‌های عصبی‌شناختی در نوزادان نارس ۸۰ درصد است. در حالی که احتمال نوزادان عادی به ۱۶ درصد می‌رسد (۱۱). در بیمارستان جان رادکلف یک آکسفورد، گروه یزدی از کودکان ۷ ساله نارس متوسط شده از نظر تحصیلی و رفتاری مورد بررسی قرار گرفتند و معلوم شد که سوم آنها از نظر نوشتن، حساب کردن، و مهارت‌های دیداری حرکتی همانند طراحی و نقاشی نارسایی‌های بارز دارند. معلمان یک دانش‌آموز یک چهارم آنها تایید به همراه یک مهره غیرآموزشی و ۴ صد نیاز به آموزش دیگر دارند. ۳ درصد آنها نیز در مدارس استثنایی تحصیل کردند. نتایج شاخص دیداری و دیداری و یا معلمان آنها یک سوم این کودکان بیش از دانشگا به اظهار والدین و یا معلمان آنها یک سوم این کودکان بیش از دانشگاه درصدشان به هم توسط والدین و هم توسط معلمان به عنوان یک فعال نشان داده شدند (۱۲). در صندق این آنها بیش از ۸۰ درصد کودکان ۵ ساله نارس متوسط شده به دیگر هوش پایین‌تر از ۱۱۰ دارد و فقط ۳۰ درصد آنها قادر به یک باز از مراقب‌ها ویژه در کلاس‌های عادی تحصیل کند (۱۰).
مقایسه توانایی‌های هماهنگی دیداری - حسی، دقت و نویه، هوش، اختلالات پادگیری و اختلالات رفتاری کودکان نارس و عادی

شذند. سپس از هر خوشه یک منطقه و از هر منطقه چهار مدرسه انتخابی (دو مدرسه پرانت و دو مدرسه دختران) به طور تصادفی انتخاب گردید. پرسشنامه تغییرات آموزش نارس و عادی مدل ساخته شده که واجد چند سوال درباره وزن هنگام تولد و مدت بارداری به ماه بود توسط مدارس دانش آموزان تکمیل گردید.

در مرحله دوم، از بین دانش آموزان نارس و مدل ساخته به علاوه روایی همانند ادراک دیداری - حسی، دقت و نویه، هوش، اختلالات پادگیری و اختلالات رفتاری کودکان است. می‌توان گفت که انتخاب بین آزمون هنگام از طرف دو بیمه کودکان با کمی برای هوش‌های کلی ۹۷، برای هوش‌های عمیق ۹۶، گزارش شده است [۱۳]. در ایران نیز بین آزمون در دانشگاه شیراز مورد انتقال و سنجش روایی و انتخاب قرار گرفته و محدودیت آزمون با پیشرفت تحلیل ۸۸ و با میزان پژوهشی ۵/۰۵، گزارش شده است [۱۴].

آزمون اختلالات پادگیری مسکل با استفاده از تقارن چهار رشته اختلالات پادگیری ساخته و از این نیز بر تشخیص کلی، کودکان مبتلا به اختلالات پادگیری را در پنج نرسایی ادراک شیبنداری، زبان بیانی، چهارتایی فضایی، هماهنگی حسی، و رفتار شخصی - اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. برای تغییرات این آزمون، کودکان مبتلا به اختلال پادگیری با کودکان عادی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند و پاسخ‌های از دو گروه (۱۲/۴۳) به طور صورت تصادفی انتخاب گردید. پیشنهادات محدودیت دیداری بین دو گروه آزمون‌ها استفاده می‌گردد [۱۳].

ابزار پژوهش
ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

آزمون عصبی - روان‌شناختی بند - گشاتلتهای آزمون بند گشاتلتهای آزمون‌های است که به منظور انرژی و ضعیت دیداری - حسی، افراد به عنوان شخخصوصی کارکردهای نظام عصبی مرکزی در سراسر دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۳].
شیوه انجام پژوهش
بر روی ۵۰۰ دانش‌آموزی که به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند آزمون‌های بندر - گشالت، و کلیات در کودکان و تولوز پیرون به صورت آنلاین در مدرسه اجرا گردید. همچنین آزمون اختلالات رفتاری راتر فرم معلم و ماشین با استفاده از آنها، واکنش‌های منفی رفتارها و حالات آزمودنی در طول چند ماه گذشته تکمیل شد.

شیوه تحلیل آماری
در این پژوهش، علاوه بر استفاده از روش‌های آمار مقدمی، برای مقایسه میانگین‌های مربوط به متغیرهای پژوهش (میزان خطا ایبادت - گشالت، میزان دقت و توجه و نرخ در آزمودنی‌های علیه و لاس از آزمون‌های 1۱ دو گروه مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. همچنین از آزمون z نسبت بین دو گروه مستقل نیز برای بررسی نسبت متغیرهای اختلالات رفتاری و اختلالات پادگنی در آزمودنی‌های مذکور استفاده گردیده است.

نتایج
تایید حاصل از توصیف و تحلیل داده‌ها در قالب پیچ جدول ارائه می‌شود.

اختلالات پادگنی نشان می‌داد. به علاوه بازآزمایی آزمون را با فاصله ۲ ماه گزارش کرده‌اند [۱۵]. در این زیر روابط آزمون را از طریق محاصله درصد توافق تشخیص کلیکی و عملکرد محاسبه توسط دانش‌آموز‌های سوم و چهارم ابتدایی با نتاج آزمون به دست آورده‌اند. همچنین در همان تحقیق، اعتبار آزمون از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰۹۹۰ به دست آمده [۱۶].

آزمون تولوز پیرون
میزان توجه و دقت دانش‌آموزان با آزمون مربوط به دبایه‌دار تولوز پیرون مرد اندام‌گیری قرار گرفته است. در این آزمون توزیع محتوای زیادی برای اندام‌گیری توجه و دقت مورد استفاده قرار گرفته که از جمله می‌توان به محدوده پرگل اشاره کرد. اعتبار بازآزمایی تولوز پیرون ۰۹۸۱ گزارش شده است. روابط این آزمون از طریق همبستگی با آزمون دحلیل ویلسون ۰۸۷۳ به دست آمده است [۱۶].

آزمون اختلالات رفتاری راتر فرم معلم
این آزمون از آزمون‌هایی است که کاربرد آن در پژوهش‌های روان‌شناسی کودکان دارد و اختلالات رفتاری، همانند پرخانگی، پیش‌نیازی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری اجتماعی رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال کم‌توجه را در دانش‌آموزان مورد بررسی قرار می‌دهد. اعتبار این آزمون را با روش مناسب کردن پرسشنامه حداکثر ۰۹۱۹ و روابط آن را از طریق اجرا روز ۹۱ نفر و کسب درصد توافق بین پرسشنامه و تشخیص روان‌پزشکی ۷۶٪/۷ گزارش کرده‌اند [۱۷]. آزمون رانین در ایران به منظور ارزیابی اختلالات کودکان توزیع محتوای پرسپورتی به کار رفته است. اعتبار بازآزمایی با فاصله ۲ روی این پرسشنامه ۰۹۱٪ گزارش شده است [۱۸].
جدول ۱

| شاخص‌های آماری مربوط به آزمون‌های بندر – گشتالت، دقت و توجه پیرون و هوش کلی کودکان نارس (بدون در نظر گرفتن سطح نارسی) و عادی |
|---|---|---|---|---|
| سطح معناداری | آزمون | د | F | S | X | X | X |
| فرد خاص | عادی | عادی | عادی | عادی | عادی | عادی | عادی |
| برده‌های کودکان عادی | 1/24 | 0.49 | 121/58 | 39.2 | 2 | 2 | 2 |
| برده‌های کودکان عادی | 1/24 | 0.49 | 121/58 | 39.2 | 2 | 2 | 2 |
| برده‌های کودکان عادی | 1/24 | 0.49 | 121/58 | 39.2 | 2 | 2 | 2 |

آزمون بندر – گشتالت، دقت و توجه، و هوش کلی در از کودکان نارس، بدون در نظر گرفتن سطح نارسی در سطح معناداری بهتر است.

جدول ۲

خلاصه نتایج تحلیل واریانس یکطرفه مربوط به میانگین نمرات آزمون‌های بندر – گشتالت، دقت و توجه و هوش کلی

<table>
<thead>
<tr>
<th>سطح معناداری</th>
<th>F</th>
<th>میانگین مجموع‌های مدرجات آزاد</th>
<th>مجموع مدرجات</th>
<th>شاخص‌های آماری منبع نگیرنده</th>
<th>X</th>
<th>X</th>
<th>X</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>برده‌های کودکان عادی</td>
<td>1/24</td>
<td>124/58</td>
<td>39.2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>برده‌های کودکان عادی</td>
<td>1/24</td>
<td>124/58</td>
<td>39.2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>برده‌های کودکان عادی</td>
<td>1/24</td>
<td>124/58</td>
<td>39.2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جهش سطح کودکان نارس و عادی
جدول ۱. نشان می‌دهد که عملکرد گروه کودکان (کودکان عادی و ۴ سطح نارسی) در آزمون بندر - گشتالت و میزان دقت و توجه توزیع پیوسته در سطح ۱/۰۰ با هم‌دیگر نفاوت معناداری نداشته‌اند.

برای مشخص شدن گروه‌هایی که با هم‌دیگر نفاوت معنادار

جدول ۳. شاخص‌های آماری محاسبه آزمون تعقیبی (L.S.D) به منظور بررسی كمترین تفاوت میانگین نمرات

خطای بندر - گشتالت، میزان دقت و توجه پیروی چهار سطح کودکان نارس و عادی

<table>
<thead>
<tr>
<th>کودکان نارس</th>
<th>گروه کودکان عادی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>گروه الف</td>
<td>گروه ب</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ج</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه د</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه الف</td>
<td>گروه ب</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ج</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه د</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه الف</td>
<td>گروه ب</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ج</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه د</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه الف</td>
<td>گروه ب</td>
</tr>
<tr>
<td>گروه ج</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گروه د</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

است. مقایسه‌های گروه‌ها به صورت دو به دو در آزمون

بندر - گشتالت نشان می‌دهد که وضعیت کودکان عادی

با کودکان گروه د در سطح ۱/۰۰ معنادار است. در

همین آزمون گروه «الف» با گروه «چهار» در سطح ۱/۰۰

معنادار و گروه «الف» با گروه د در سطح ۱/۰۰ معنادار
جدول 4. شاخص‌های آماری محاکمه آزمون تفاوت نسبت شیوع اختلالات پادگیری براساس آزمون ماکل باست و اختلالات رفتاری براساس آزمون راتر در کودکان نارس و عادی

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>شاخص‌های آماری</th>
<th>غروها</th>
<th>Z</th>
<th>N</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کودکان عادی</td>
<td>کودکان نارس</td>
<td>غروها</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0/01</td>
<td>0/01</td>
<td></td>
<td>200</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>0/06</td>
<td>0/01</td>
<td></td>
<td>200</td>
<td>200</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 5. شاخص‌های آماری محاکمه آزمون تفاوت نسبت شیوع اختلالات پادگیری براساس آزمون ماکل باست و اختلالات رفتاری براساس آزمون راتر در چهار سطح نارسی

بافته‌های بخش اول نشان می‌دهد که کودکان نارس متولد‌شده (فارغ از سطح نارسی) به طور کلی، از نظر هوش، ادراک، دیداری، حرکتی، دقت و توجه از کودکان عادی متولد‌شده در سطح 0/01 مختل‌داری ضعیف‌تر هستند به علاوه میزان شیوع اختلالات پادگیری و اختلالات رفتاری نیز در آنها بیشتر از کودکان عادی محسوب می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بافته‌های این تحقیق به دو بخش قابل قهست است.
محدودیت‌ها

نموده‌ی تحقیق از بین دانش‌آموختگان پایه‌های سوم و چهارم یک‌ساله‌ای انجام داده شده‌ی که نه تنها دانش‌آموختگان نارس، بلکه گروه‌ی دیگر مناطق کشور به دلیل عدم بروخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از وضعیت روانی منتفیکی بروخوردارند. در حالی که نارس، یعنی نارس زودتر از موعد و وزن پایینتر از طبیعی، بر اساس گزارش مادران دانش‌آموختگان نارس می‌باشد. این موضوع نشان می‌دهد که منکس کاملی منطقی و واقعی نبوده. همچنین از کیفیت مراقبت‌های بهداشتی کودکان نارس می‌تواند شده، از نظر تا سر مورد ارزیابی اطلاعاتی در دست نبود.

پیشنهادهای پژوهشی

توئیج می‌تواند بر اساس معنای دانش روان‌شناختی درباره وضعیت کودکان نارس تölد شده با یکدیگر منطقی کشور از سطح بهداشتی و درمانی منتفیکی بروخوردارند. لازم است در تحقیقات انجام گیرد. برای این تحقیقات بهداشتی، اطلاعات دقیق درباره وزن موقت نولد و سن آبست و اقدامات بهداشتی و درمانی بر اساس برنده‌های بهداشتی موجود در زایشگاه‌ها به دست آید.

پیشنهادهای کاربردی

با توجه به شیوع بالای نارسی در دنیا و آسیب‌های روانی، معنی‌های احتمالی کودکان نارس تölد شده، لازم است در فناوری‌های و تحت از نیازهای ناپایان، یک عضوی دیوار شیرخوارگ. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ویژه در این کودکان در سطح کشور ندارد. دریافت دیده شد تا از معلول‌هایی در نارسی‌های روانی - عصبی آن‌ها تا حد ممکن پیشگیری به عمل آید.

منابع


