

رابطه شاخص‌های رشدی هنگام تولد با وضعیت تکاملی در شیرخواران ۶ تا ۱۸ ماهه

چکیده

فرین سلیمانی^۱
زهرا باجلان^{۲*}

۱- مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال،
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران،
ایران.
۲- گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴ ویرایش: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۰۳ آنلاین: ۱۳۹۷/۰۳/۱۰

زمینه و هدف: بروز اختلالات تکاملی و رفتاری از شایع‌ترین مشکل در طب کودکان است. رشد و تکامل تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، محیطی و اجتماعی قرار دارد و مهمترین و آغازی‌ترین مرحله آن از دوران جنینی و نوزادی شکل می‌گیرد. با توجه به اهمیت تکامل، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط شاخص‌های رشدی هنگام تولد با وضعیت تکاملی انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مورد-شاهدی به بررسی شیرخواران ۶ تا ۱۸ ماهه پرداخت که از مرداد تا آذر ۱۳۹۶ به مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین مراجعه نمودند. حجم نمونه در این بررسی ۲۰۰ نفر بود و شرکت‌کنندگان در دو گروه ۱۰۰ نفره شیرخواران دارای تاخیر تکاملی و شیرخواران با تکامل طبیعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. شاخص‌های تن‌سنجی هنگام تولد از پرونده بهداشتی و وضعیت تکاملی با پرسشنامه سنین و مراحل سنجیده شد. **یافته‌ها:** میانگین سنی شیرخواران در گروه مورد $۱۲/۶۳ \pm ۱/۷۲$ ماه و در گروه شاهد $۱۲/۶۸ \pm ۱/۶۹$ ماه بود و $۴۵/۶\%$ از کودکان دارای تاخیر تکاملی دختر بودند. بیشترین شیوع تاخیر تکاملی، در حیطه شخصی-اجتماعی ($۲۶/۹\%$) و کمترین شیوع در حیطه حرکات درشت ($۱۲/۷\%$) بود. ارتباط معناداری بین دور سر ($P=۰/۳۲$) و قد هنگام تولد ($P=۰/۱۱$) و وضعیت تکاملی وجود نداشت. درحالی‌که ارتباط معناداری بین تاخیر تکاملی در حیطه برقراری ارتباط ($P=۰/۰۴$) و در حیطه حرکات درشت ($P=۰/۰۲$) با وزن هنگام تولد وجود داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد، وزن هنگام تولد با تاخیر تکاملی رابطه داشته باشد. در این مطالعه وزن کم هنگام تولد با تأخیر تکاملی در حیطه‌های برقراری ارتباط و حرکات درشت رابطه داشت.

کلمات کلیدی: وزن تولد، تکامل کودک، رشد، پرسشنامه.

* نویسنده مسئول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری مامایی، گروه مامایی.
کدپستی: ۳۴۱۹۷-۵۹۸۱۱ | تلفن: ۰۲۸-۳۳۳۳۶۰۰۱
E-mail: z.bajalan64@gmail.com

مقدمه

کاهش دهد، به‌طوری‌که درمان با اکسیژن و استروئید اثرات کوتاه‌مدت مثبت و طولانی‌مدت منفی بر این نوزادان دارد. بنابراین تعداد زیادی از نوزادان نارس در آینده با مشکلات حرکتی، شناختی و حسی مواجه خواهند شد.^{۱-۳} با توجه به افزایش روزافزون این کودکان، تشخیص زود هنگام اختلالات تکاملی در نوزادان پرخطر در سنین پایین‌تر یک هدف مهم می‌باشد.^{۱،۴} در این راستا پرداختن به مقوله رشد و تکامل کودکان و به‌ویژه مسئله تکامل، اهمیت خاصی دارد. هنگامی‌که کودک، در کسب

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، شیوع تولد زودرس و تولد با وزن کم در بیشتر کشورها در حال افزایش است و بخش اعظم آن مربوط به کشورهای در حال توسعه است. پیشرفت تکنولوژی پزشکی در چند دهه اخیر در بخش مراقبت‌های ویژه، موجب افزایش بقای نوزادان نارس و پرخطر نیازمند مراقبت ویژه گردیده است، درحالی‌که نتوانسته عوارض ناشی از تولد زودرس را

اضطراب و ترس پنهان نمی‌شود (به‌عنوان نمونه به‌دلیل عدم کارایی کودک در روز آزمون) و می‌تواند مشکلات واقعی را تشخیص دهد. در میان آزمون‌ها پرسشنامه سنین و مراحل در حال حاضر به‌طور گسترده استفاده می‌شود.^{۱۶،۱۷} بنابراین ویژگی این مطالعه، استفاده از این پرسشنامه می‌باشد که در ایران بومی‌سازی شده است.

مداخله زود و به‌هنگام برای شناسایی نوزادان و کودکان در معرض خطر، از بسیاری از عواقبی که به‌دنبال تاخیر در تکامل و اختلالاتی که در این کودکان پیش می‌آید جلوگیری می‌کند، بنابراین شناسایی زنان و کودکان در معرض خطر و شروع مداخلات پیش از وقوع و یا پیشرفت مشکل، معقولانه‌ترین راه‌حل به‌نظر می‌رسد.^{۱۷} با توجه به اهمیت موضوع تکامل کودکان و کمبود داده‌های دقیق در زمینه عوامل خطر، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط شاخص‌های رشدی هنگام تولد با وضعیت تکاملی در شیرخواران ۶-۱۸ ماهه انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه به‌روش مورد-شاهدی به بررسی شیرخوارانی پرداخته که از مرداد تا آذر ۱۳۹۶ به مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین مراجعه نمودند. در این مطالعه در مجموع ۱۹۷ شیرخوار، در دو گروه شامل ۹۰ نفر در گروه مورد (تأخیر تکاملی) و ۱۰۷ نفر در گروه شاهد (تکامل طبیعی) شرکت نمودند و افراد در دو گروه بر اساس سن و جنس شیرخوار همسان‌سازی شده‌اند.

در این مطالعه شیرخوارانی وارد مطالعه شدند که ایرانی بوده، سن شش تا ۱۸ ماهه داشته و حاصل زایمان چهارم یا کمتر باشند، نمره آپگار طبیعی داشته باشد، مادرانشان دارای حداقل سواد ابتدایی و مراقبت‌های دوران بارداری ثبت‌شده در پرونده بهداشتی باشند. همچنین شیرخواران حاصل حاملگی تک‌قلو بوده، با هر دو والد خود زندگی می‌کردند و مکمل آهن را در شش ماه اول زندگی دریافت کرده بودند. همین‌طور فقط با شیر مادر تغذیه شده باشند و سلامت جسمی این کودکان در هنگام ورود به مطالعه به تأیید پزشک رسیده باشد.

در صورتی که مادر شیرخوار سابقه مصرف الکل و دخانیات داشته، دچار عوارض دوران بارداری بوده و زایمان اخیر وی طولانی و سزارین اورژانسی بوده و یا با فورسپس یا وکیوم انجام شده بود وارد مطالعه نمی‌شدند. همچنین وجود سابقه اختلالات تکاملی و ناهنجاری مادرزادی

توانایی‌های تکاملی مطابق با سنش تأخیر داشته باشد، به تأخیر تکاملی مبتلا شده است.^{۷-۵} تکامل مسئله‌ای بسیار مهم در دوران حیات کودک است. تخمین زده شده است که بیش از ۲۰۰ میلیون کودک زیر پنج سال توانسته‌اند به تکامل شناختی کامل در جهان دست یابند که ۸۰٪ آن‌ها در جنوب آسیا و کشورهای جنوب صحرای آفریقا هستند.^۸ براساس پژوهش‌های انجام‌شده، تأخیر تکاملی در میان نوزادان رسیده و طبیعی دو در هزار اتفاق می‌افتد، درحالی‌که در نوزادان پرخطر و نارس این میزان تا ۶۰ در هزار افزایش می‌یابد.^۲ میزان شیوع تأخیر تکاملی-حرکتی در ایران از ۳/۷ تا ۶/۷۵٪ گزارش شده است.^۹

هر چند علت اصلی ناتوانایی‌های تکاملی ناشناخته مانده است، اما رشد و تکامل تحت تاثیر عوامل ژنتیکی، محیطی و اجتماعی قرار دارد و مهم‌ترین و آغازی‌ترین مرحله آن از دوران جنینی و نوزادی شکل می‌گیرد.^{۷،۲} محیطی که شیرخوار در آن رشد می‌کند و داده‌های جدید و مهارت‌های تازه کسب می‌کند، تکامل کودک را به‌شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد.^۸ معیارهای رشد جسمانی در کودک بسیار مهم است، اما ارتباط آن با تکامل شناختی، حرکتی و اجتماعی-عاطفی هنوز معلوم نیست.^{۱۱} نتایج مطالعات حاکی از آن است باوجود افزایش میزان بقا و وجود کاهش موربیدته در نوزادان کم‌وزن، بار اقتصادی و اجتماعی همراه با مشکلات عصبی-تکاملی این نوزادان، از دیگر اثرات آسیب‌زای تولد نوزادان کم‌وزن می‌باشد.^{۱۱} مطالعات انجام‌شده در مورد شاخص‌های تن‌سنجی هنگام تولد با وضعیت تکاملی نتایج متفاوتی داشته‌اند.^{۱۲،۱۳}

به‌دلیل اینکه اختلالات تکاملی ممکن است در دوران کودکی ادامه یابند و براساس توصیه آکادمی کودکان آمریکا، برای تشخیص زود هنگام تأخیر عصبی تکاملی، نظارت بر تکامل باید در تمامی شیرخواران و کودکان در هر ویزیت انجام شود و در ضمن با استفاده از ابزارهای غربالگری استاندارد و در فواصل زمانی (۹، ۱۸، ۲۴ و ۳۰ ماه) و همچنین زمانی که نگرانی‌های تکاملی توسط والدین وجود داشته باشد انجام پذیرد.^{۱۵،۱۴} آزمون‌های غربالگری تکاملی-عصبی ممکن است توسط متخصصین آموزش‌دیده، والدین و یا مراقب بهداشتی اولیه مورد استفاده قرار گیرند. براساس مطالعات آزمون‌های غربالگری که توسط والدین تکمیل می‌شوند، کم‌هزینه هستند و آسان و سریع تکمیل می‌شوند و مهارت‌های تکاملی کودک به دلایلی مانند بیماری، خواب‌آلودگی،

پزشکی که برای کودکان ایرانی تعیین گردیده، در نظر گرفته شد. پر کردن پرسشنامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و امتیازبندی آن حدود یک دقیقه وقت می‌گیرد. این پرسشنامه در حال حاضر در تمامی مراکز جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه‌ها و براساس دستورکار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کودکان تکمیل می‌شود.

ابتدا طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین (IR.Qums.REC.1396.80) به تصویب رسید و پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه و معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نمونه‌گیری آغاز شد. به این ترتیب که ابتدا مناطق وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین که شامل سه منطقه بود، در نظر گرفته شد. سپس لیست درمانگاه‌های این مناطق تهیه گردید و از هر منطقه به صورت تصادفی دو درمانگاه انتخاب شد و براساس جمعیت تحت پوشش هر درمانگاه به صورت متناسب با حجم، سهمی از نمونه به آن تعلق گرفت.

پژوهشگر پس از معرفی خود به هر یک از والدین، هدف از انجام مطالعه، نحوه انجام کار و اطمینان از محرمانه ماندن داده‌ها را به آنان توضیح داده و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه دریافت می‌کرد و پرسشنامه‌ی ویژگی‌های فردی و مامایی مادر از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر در هر دو گروه تکمیل شد. جهت بررسی وضعیت تکاملی شیرخواران شش تا ۱۸ ماهه در هر پنج حیطه "پرسشنامه سنین و مراحل" جهت تکمیل در اختیار والدین قرار داده می‌شد. کودکانی که امتیازات مطلوب را کسب کرده بودند، در گروه شاهد و کودکانی که امتیازات مطلوب را کسب نکرده بودند، برای بررسی بیشتر به پزشک درمانگاه ارجاع داده شدند و با انجام دوباره آزمون غربالگری "پرسشنامه سنین و مراحل" توسط وی از درستی تشخیص مطمئن می‌گشت و در گروه مورد قرار داده می‌شدند. اما اگر بار دوم نتیجه متفاوت بود و کودک تکامل طبیعی داشت، در گروه شاهد در نظر گرفته می‌شد، ولی در فاصله‌ای کوتاه‌تر دوباره بررسی می‌شد. سپس با مراجعه به پرونده بهداشتی شاخص‌های رشدی بدو تولد آن‌ها استخراج شد و ارتباط بین متغیرهای رشدی بدو تولد و وضعیت تکاملی شیرخواران سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در SPSS software, version 24 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) انجام یافت. در بخش آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی استفاده شد. جهت آنالیز داده‌ها از Mann-Whitney U test،

شناخته‌شده در خانواده مادر و پدر کودک و بستری در بیمارستان کودک به دلایل غیر مامایی (اعم از حوادث و تروما) و عدم تمایل والدین به ادامه شرکت در مطالعه، از موارد عدم ورود به مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ی ویژگی‌های فردی و مامایی مادر و پرسشنامه سنین و مراحل برای سنجش تکامل کودک بود. پرسشنامه ویژگی‌های فردی و مامایی پژوهشگر ساخته و مشتمل بر دو بخش مشخصات فردی مادر و کودک و باروری شامل ۲۰ سؤال بود. سؤالات بخش اول مشخصات فردی شامل سن، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال مادر و پدر کودک، ازدواج فامیلی و جنسیت، شاخص‌های تن‌سنجی هنگام تولد و آپگار کودک بود. سؤالات بخش دوم مشخصات باروری شامل سن حاملگی، تعداد بارداری پیشین، سابقه سقط و زایمان زودرس، نوع بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن، بارداری به وسیله روش‌های کمک باروری، نوع زایمان و مشخصات طبی مادر بود. اعتبار این فرم از روش اعتبار فرم محتوی کسب شد. ابتدا با مطالعات مقالات و کتب علمی مرجع و کسب شناخت کامل از متغیرهای مداخله‌گر، سؤالات تنظیم گشته و سپس با نظرخواهی از ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی و اساتید گروه زنان، مامایی و کودکان دانشگاه علوم پزشکی قزوین اصلاح گردید.

پرسشنامه دوم، پرسشنامه آزمون تکاملی سنین و مراحل بود که ابزاری معتبر در سطح جهانی بوده^{۱۸} و این پرسشنامه برای کودکان ایرانی توسط Vameghi و همکاران هنجاریابی و پایایی درونی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶-۰/۷۶ و با آزمون دوباره ۰/۹۳ گزارش شد و روایی سازه پرسشنامه‌ها به روش تحلیل عاملی تایید شد.^{۱۶} پرسشنامه سنین و مراحل، یک ابزار غربالگر تکاملی است و برای کودکان چهار تا ۶۰ ماهه در قالب ۱۹ پرسشنامه تهیه شده است. برای هر مقطع سنی ۳۰ سؤال وجود دارد که شامل شش سؤال برای هر یک از حیطه‌های پنجگانه تکاملی برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، توان حل مسئله و مهارت‌های شخصی-اجتماعی می‌باشد. جمع امتیازات پنج حیطه مورد بررسی با امتیازات استاندارد (نقاط برش) مقایسه می‌شود. در صورتی که کودک در هر یک از حیطه‌های پنج‌گانه نتواند امتیاز نقطه برش مربوط را کسب کند، در آن حیطه دارای مشکل است و باید پی‌گیری‌های تخصصی لازم را برای کودک جهت اطمینان از سلامت یا وجود اختلال یا بیماری انجام داد. نقاط برش براساس دستورکار وزارت بهداشت درمان و آموزش

بودند و این در حالی است که ۲۲/۴٪ از کودکان گروه تکامل طبیعی نارس بودند، وضعیت تکاملی با هفته‌های حاملگی ارتباط معناداری نداشت ($P>0/05$). دور سر ($P=0/32$) و قد هنگام تولد ($P=0/11$) با وضعیت تکاملی هیچ ارتباط معناداری نشان نداد (جدول ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که ۸۷/۸٪ از شیرخوارانی با تاخیر تکاملی وزنی کمتر از ۲۵۰۰ g و ۱۲/۲٪ آنان وزنی بیشتر از ۲۵۰۰ g داشتند. Chi-square test تفاوت معناداری را با وضعیت تکاملی در کل حیظه‌ها نشان نداد ($P=0/3$). اما Chi-square test تفاوت معناداری را بین دو گروه در بررسی تک تک حیظه‌ها با وزن هنگام تولد نشان داد، به طوری که تاخیر تکاملی کودکان در حیظه برقراری ارتباط ($P=0/04$) و در حیظه حرکات درشت ($P=0/02$) ارتباط معناداری با وزن هنگام تولد داشتند (جدول ۲).

نتایج همبستگی پیرسون نشان‌دهنده همبستگی بین تاخیر تکاملی در حیظه حرکات درشت با وزن هنگام تولد بود ($P=0/01$).

Independent samples t-test, Chi-square test و ضریب همبستگی پیرسون (Pearson's correlation coefficient) استفاده شد. سطح معناداری $P<0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه از نظر متغیرهای سن و جنس شیرخوار همگن بودند، به طوری که میانگین و انحراف معیار سنی شیرخواران مورد بررسی در گروه تکامل طبیعی $12/68 \pm 1/69$ و در گروه تاخیر تکاملی $12/63 \pm 1/72$ ماه بود و ۴۵/۶٪ از کودکان گروه تاخیر تکاملی دختر و ۵۴/۴٪ از آنان پسر بودند ($P>0/05$). بیشترین شیوع تاخیر تکاملی در کل نمونه‌های مورد بررسی در حیظه شخصی-اجتماعی (۲۶/۹٪) و کمترین شیوع در حیظه حرکات درشت (۱۲/۷٪) بود. ۳۱/۱٪ از کودکان گروه دارای تاخیر تکاملی زیر ۳۷ هفته حاملگی و به صورت نارس متولد شده

جدول ۱: شاخص‌های تن سنجی هنگام تولد با دو گروه کودکان به تفکیک وضعیت تکاملی

| نام متغیرها | مورد (۹۰ نفر) انحراف معیار ± میانگین | شاهد (۱۰۷ نفر) انحراف معیار ± میانگین | P |
|------------------------|---|--|------|
| وزن هنگام تولد (g) | ۲۹۳۶ ± ۳۷۲ | ۲۹۸۵ ± ۳۰۴ | ۰/۳۰ |
| قد هنگام تولد (cm) | ۴۸/۰۲ ± ۱/۸ | ۴۸/۴۱ ± ۱/۵۵ | ۰/۱۱ |
| دور سر هنگام تولد (cm) | ۳۵/۰۱ ± ۰/۷۱ | ۳۵/۱۰ ± ۰/۶۲ | ۰/۳۲ |

آزمون آماری مورد استفاده: Student's t-test. $P<0/05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

جدول ۲: همبستگی وزن هنگام تولد با تاخیر تکاملی کودکان به تفکیک حیظه‌های تکاملی

| وضعیت تکاملی | وزن هنگام تولد | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | P |
|----------------|---------------------|------------------|-------|------|-------|------|---|
| | وزن \geq ۲۵۰۰ گرم | وزن $<$ ۲۵۰۰ گرم | | | | | |
| تاخیر تکاملی | | | | | | | |
| برقراری ارتباط | ۹ | ۴۲ | ۴۷/۴ | ۲۳/۶ | ۰/۰۴ | | |
| حرکات درشت | ۶ | ۱۹ | ۳۱/۶ | ۱۰/۷ | ۰/۰۲ | | |
| حرکات ظریف | ۳ | ۳۱ | ۱۵/۸ | ۱۷/۴ | ۰/۱ | | |
| توان حل مسئله | ۴ | ۲۹ | ۲۱/۱ | ۱۶/۳ | ۰/۵۳ | | |
| شخصی-اجتماعی | ۷ | ۴۶ | ۳۶/۸ | ۲۵/۸ | ۰/۲۹ | | |
| تکامل طبیعی | ۹۹ | ۸ | ۹۲/۵ | ۷/۵ | ۰/۳ | | |

آزمون آماری مورد استفاده: Chi-square test. ($P=0/04$) و ($P=0/02$). $P<0/05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

بحث

رشد سر و عملکرد شناختی با استفاده از مقیاس وکسلر (Wechsler abbreviated scale of intelligence) پرداختند. آن‌ها نشان دادند که میزان دور سر در ۱۸ هفته حاملگی و حتی در هنگام تولد با نمرات ضریب هوشی در سن ۹ سالگی مرتبط نیست.^{۱۱} Gale و همکاران در مطالعه‌ای دیگر بیان کردند که اگرچه رشد سر پیش از تولد بر روی عملکرد شناختی پس از تولد موثر است، اما رشد دور سر پس از تولد تاثیر بیشتری بر تکامل شناختی دارد.^{۲۰} نتایج مطالعات Gale و همکاران با مطالعه کنونی همخوانی داشت. Leppänen و همکاران نشان دادند که قد و دور سر هنگام تولد پیش‌بینی‌کننده اختلالات شناختی نیست، اما رشد سر دوران شیرخوارگی با پیامدهای شناختی مرتبط است.^{۲۱} در مطالعه Torabi و همکاران در ایران نیز قد و دور سر هنگام تولد هیچ ارتباطی با وضعیت تکاملی نداشت.^{۱۳} Afraz و همکاران در مطالعه‌ای در ایران، یافته‌ی Torabi را تایید کردند که با مطالعه کنونی همخوانی داشت. از دلایل همسو بودن، استفاده از ابزار یکسان جهت سنجش وضعیت تکاملی بود.

در مطالعه کنونی بیشترین میزان تاخیر تکاملی در حیطه شخصی-اجتماعی و کمترین در حیطه حرکات درشت بود. Sajedi و همکاران شیوع تاخیر تکاملی در حیطه‌های برقراری ارتباط، حرکات درشت، حرکات ظریف، حل مسئله و شخصی-اجتماعی را به ترتیب برابر با ۳/۸۷٪، ۴/۰۴٪، ۴/۳۱٪، ۴/۱۵٪ و ۳/۶۹٪ گزارش کردند. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیش‌ترین میزان تأخیر در حیطه حرکات ظریف و کمترین در حیطه شخصی-اجتماعی بود،^{۲۲} که این مطالعه با مطالعه Torabi همخوانی داشت. Torabi و همکاران نیز بیشترین شیوع تاخیر تکاملی در حیطه حرکات ظریف (۷/۲٪) و کمترین شیوع در حیطه شخصی-اجتماعی (۱/۷٪) به دست آوردند.^{۱۳} اما این مطالعات با مطالعه کنونی همسو نیستند. میزان تأخیر تکاملی در مطالعه Vameghi و همکاران در حیطه حل مسئله بیشترین (۷/۲٪) و در حیطه حرکات درشت کمترین (۱/۳٪) میزان را به خود اختصاص داده بود.^{۱۹} ممکن است تفاوت‌ها در این مطالعات به سن کودکان مورد بررسی، تعداد نمونه‌ها، قومیت، نژاد و فرهنگ‌های مختلف بستگی داشته باشد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مسئولین برای ارائه خدمات به کودکان و برنامه‌ریزی مناسب جهت آموزش کارکنان بهداشت، مراکز بهداشتی-درمانی و ارائه تسهیلاتی برای خدمات مشاوره‌ای و آموزشی در خصوص کودکان با

نتایج پژوهش کنونی نشان داد که دور سر و قد هنگام تولد با وضعیت تکاملی هیچ ارتباط معناداری نداشت، اما میزان تاخیر تکاملی کودکان در حیطه برقراری ارتباط و حرکات درشت در کودکان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ g بالاتر بود.

Shirima در مطالعه‌ی خود عنوان می‌کند که کودکان با وزن پایین هنگام تولد، تاخیر تکامل شناختی بیشتری نشان دادند، هرچند که پس از کنترل عوامل مداخله‌گر، این تفاوت معناداری نشد ($P=0/061$).^۸ Karimi و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند که میزان تاخیر تکاملی در حیطه حرکات درشت، حرکات ظریف و حل مسئله در کودکان با وزن پایین هنگام تولد بیشتر بود و وزن پایین هنگام تولد را یکی از عوامل خطر برای تاخیر تکامل دانسته‌اند.^{۱۴} در مطالعه بیان شده، کودکان پنج ساله مورد بررسی قرار گرفتند که با سن کودکان مطالعه کنونی متفاوت بود.

در یک مطالعه مروری در مورد پیامدهای تکاملی نوزادان نارس و کم وزن، Soleimani و همکاران بیان کردند که کودکان کم‌وزن در معرض مشکلاتی مانند نقایص حسی-عصبی اصلی، فلج مغزی، تاخیر شناختی و تکلم، نقایص عصبی-حرکتی و بینایی، کم‌شنوایی، ناهنجاری‌های رفتاری، روانی-اجتماعی و اختلال در عملکرد مدرسه قرار دارند.^{۱۱} از علل عمده عوارض نوزادی و شیرخواری در اختلالات تکامل بعدی می‌توان بیماری‌های مرتبط با تولد زود هنگام و وزن کم حین تولد را نام برد. تولد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ g شاخص عمده عوارض دوره نوزادی و شیرخواری است و به‌طور چشمگیری به ناتوانی دوران کودکی منجر می‌گردد.^{۱۹} در مطالعه Afraz و همکاران در ایران، کودکان با وزن پایین هنگام تولد اختلال تکاملی بیشتری نشان دادند ($P=0/027$).^۶ در مطالعه مشابه با مطالعه بالا، Torabi و همکاران بیان کردند که کودکان با تاخیر تکاملی در مقایسه با کودکان دارای تکامل طبیعی، در هنگام تولد وزن پایین‌تری داشتند.^{۱۳} بنابراین، با توجه به مطالعات انجام‌شده، در کودکان با وزن پایین هنگام تولد باید نظارت بر وضعیت تکاملی جهت تشخیص و توانبخشی زود هنگام اختلالات و تاخیر تکاملی انجام شود.

قد و دور سر از دیگر شاخص‌های تن‌سنجی هستند که نمی‌توان پیش از تولد به‌طور دقیق اندازه‌گیری کرد و باید پس از تولد بررسی شوند.^۱ Gale و همکاران، در یک مطالعه بزرگ، به بررسی ارتباط بین

وضعیت تکاملی کودکان شش تا ۱۸ ماهه ارتباط معناداری وجود دارد و میزان تاخیر تکاملی کودکان در حیطه برقراری ارتباط و حرکات درشت در کودکان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ g بالاتر بود.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل (بخشی از) طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی ارتباط عوامل خطر دوران بارداری با وضعیت تکاملی کودکان ۶۰-۴ مراجعه کننده به مراکز بهداشتی قزوین" مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین در سال ۱۳۹۶ به کد ۸۱۵ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین اجرا شده است.

وزن کم هنگام تولد در نظر گرفته شود. محدودیت های این مطالعه، بررسی در تعداد محدود از کودکان و نه به عنوان سرشماری بود و در نظر نگرفتن عوامل مربوط به دوره بارداری تولد نوزاد با وزن کم هنگام تولد است که سبب می شود این گروه از کودکان دارای عوامل خطر برای تاخیر تکاملی گردند. تشخیص نوزادان و کودکان با وزن کم هنگام تولد و جلوگیری از عواقب آن در کشور ضروری است. چراکه با پیگیری تکاملی با آزمون های غربالگر و تشخیصی تکاملی می توان از میزان تاخیر تکاملی کاست و به پیشگیری و مداخلات زودرس پرداخت. نتایج این مطالعه نشان می دهد که بین وزن هنگام تولد و

References

1. Ranke MB, Krägeloh-Mann I, Vollmer B. Growth, head growth, and neurocognitive outcome in children born very preterm: methodological aspects and selected results. *Dev Med Child Neurol* 2015;57(1):23-8.
2. Soleimani F, Sharifi N, Rasti Borujeni F, Amiri M, Khazaiyan S, Fathnezhad Kazemi A. Neurodevelopmental follow-up in high-risk infants: review article. *Tehran Univ Med J* 2015;72(11):733-41.
3. Soleimani F, Zaheri F, Abdi F. Long-term neurodevelopmental outcomes after preterm birth. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(6):e17965.
4. Soleimani F, Badv RS, Momayezi A, Biglarian A, Marzban A. General movements as a predictive tool of the neurological outcome in term born infants with hypoxic ischemic encephalopathy. *Early Hum Dev* 2015;91(8):479-82.
5. Soleimani F, Teymouri R, Biglarian A. Predicting developmental disorder in infants using an artificial neural network. *Acta Med Iran* 2013;51(6):347-52.
6. Afraz SF, Ahmadi M, Sajedi F. Development status of 4-24 months children born to teenage mothers referred to health care centers in Yasuj, 2013. *Armaghane Danesh* 2015;20(3):253-63.
7. Soleimani F, Bajalan Z, Alavi Majd H, Fallah S. Relationship between gender and development status in children. *Arch Rehabil* 2018;18(4):338-45.
8. Shirima GV. Factors associated with cognitive developmental delay among infants attending reproductive and child health clinics in Dar es salaam, Tanzania [dissertation on the Internet]. Dar es-Salam, Tanzania: Muhimbili University of Health and Allied Sciences; 2013 [cited 2018 May 5]. Available from: <http://dspace.muhas.ac.tz:8080/xmlui/handle/123456789/1516>
9. Soleimani F, Vameghi R, Biglarian A, Rahgozar M. Prevalence of Motor Developmental Disorders in Children in Alborz Province, Iran in 2010. *Iran Red Crescent Med J* 2014;16(12):e16711.
10. Sudfeld CR, McCoy DC, Danaei G, Fink G, Ezzati M, Andrews KG, et al. Linear growth and child development in low- and middle-income countries: a meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135(5):e1266-75.
11. Soleimani F, Zaheri F, Abdi F. Developmental outcome of low birth-weight and preterm newborns: a re-view of current evidence. *Tehran Univ Med J* 2013;71(9):551-61.
12. Gale CR, O'Callaghan FJ, Godfrey KM, Law CM, Martyn CN. Critical periods of brain growth and cognitive function in children. *Brain* 2004;127(Pt 2):321-9.
13. Torabi F, Akbari SA, Amiri S, Soleimani F, Majd HA. Correlation between high-risk pregnancy and developmental delay in children aged 4-60 months. *Libyan J Med* 2012;7.
14. Karimi M, Fallah R, Dehghanpoor A, Mirzaei M. Developmental status of 5-year-old moderate low birth weight children. *Brain Dev* 2011;33(8):651-5.
15. Sudfeld CR, McCoy DC, Fink G, Muhimi A, Bellinger DC, Masanja H, et al. Malnutrition and its determinants are associated with suboptimal cognitive, communication, and motor development in Tanzanian children. *J Nutr* 2015;145(12):2705-14.
16. Vameghi R, Sajedi F, Kraskian Mojembari A, Habiollahi A, Lornezhad HR, Delavar B. Cross-Cultural Adaptation, Validation and Standardization of Ages and Stages Questionnaire (ASQ) in Iranian Children. *Iran J Public Health* 2013;42(5):522-8.
17. Soleimani F, Sajedi F, Amir Ali Akbari S. Developmental delay and related factors. *Adv Nurs Midwifery* 2015;24(85):61-70.
18. Kapci EG, Kucuker S, Uslu RI. How applicable are Ages and Stages Questionnaires for use with Turkish children? *Top Early Child Spec Educ* 2010;30(3):176-88.
19. Vameghi R, Amir Aliakbari S, Sajedi F, Sajjadi H, Alavimajd H, Hajighasemali S. Comparison of stress and perceived social support in mothers of 6-18 month-old children with and without developmental delay. *Hayat* 2015;21(3):74-87.
20. Gale CR, O'Callaghan FJ, Bredow M, Martyn CN; Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. The influence of head growth in fetal life, infancy, and childhood on intelligence at the ages of 4 and 8 years. *Pediatrics* 2006;118(4):1486-92.
21. Leppänen M, Lapinleimu H, Lind A, Matomäki J, Lehtonen L, Haataja L, et al. Antenatal and postnatal growth and 5-year cognitive outcome in very preterm infants. *Pediatrics* 2014;133(1):63-70.
22. Sajedi F, Vameghi R, Kraskian Mujembari A. Prevalence of undetected developmental delays in Iranian children. *Child Care Health Dev* 2014;40(3):379-88.

The relationship between growth indices at birth and developmental status in infants aged 6 to 18 months

Farrin Soleimani M.D.¹
Zahra Bajalan M.Sc.^{2*}

1- Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

* Corresponding author: Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Shahid Bahonar Blvd., Qazvin, Iran.
Postal Code: 34197-59811
Tel: +98 28 33336001
E-mail: z.bajalan64@gmail.com

Abstract

Received: 13 Feb. 2018 Revised: 19 Feb. 2018 Accepted: 24 May 2018 Available online: 31 May 2018

Background: Developmental and behavioral disorders are the most prevalent problems in children after infection and trauma. Growth and development are influenced by genetic, social and environmental factors that incept of the early life of the fetal and neonatal periods. Due to the importance of the development in children, this study was conducted to determine the relationship between growth indices at birth and developmental status in infancy.

Methods: This case-control study investigated 6 to 18 months old infants, who referred to comprehensive health centers affiliated to Qazvin University of Medical Sciences, Iran, from August to December 2017. The sample size in this study was 200 infants and the participants were evaluated in two groups of 100 subjects (developmental delay and normal development). Anthropometric indices at birth were collected from healthcare records, and developmental status was measured using the ages and stages questionnaire (ASQ). The developmental status of the children was measured in five domains, i.e., motor (gross and fine motor skills), problem-solving, personal-social skills and communication. A significance level was considered statistically <0.05 .

Results: The mean age of the infants in the developmental delay group was 12.63 ± 1.72 months and the mean age of the infants in control group was 12.68 ± 1.69 months and 45.6% of children in the developmental delay group were female and 54.4% of children in the developmental delay group were male. The most prevalence developmental delay in case group was in the area of personal-social domain (26.9%) and the lowest prevalence developmental delay in the area of the gross motor (12.7%). No correlation was found between head circumference ($P= 0.32$) and height at birth ($P= 0.11$) and developmental status. However, there was a significant relationship between developmental delay in the area of the communication ($P= 0.04$) and gross motor ($P= 0.02$) with birth weight. Pearson correlation indicate a correlation between developmental delay in the area of the gross motor and birth weight ($P= 0.01$).

Conclusion: It seems that birth weight was a factor that is associated with developmental delay. In this study low birth weight correlated with developmental delay in communication and gross motor aspects of ASQ.

Keywords: birth weight, child development, growth, surveys and questionnaires.