

Investigating the cognitive and intellectual development of people with Down syndrome according to the Stanford Binet Intelligence Test Cognitive

Kobra Abazari Gharebelagh, Ph.D.,
kosar yahyazade malekkheili², M.A.,
Sajede Mokhtari³, M.A.

Received: 04. 19.2020

Revised: 10.21.2020

Accepted: 08. 27.2022

Abstract

Objective: Children with Down syndrome have delays in motor, language, self-support, cognitive and social development. Knowing the cognitive and behavioral phenotype of people with Down syndrome informs us about the psychological nature of people with Down syndrome. Finally, it helps to treat, educate and rehabilitate and provide intervention to these children to increase the cognitive development of this group of people. Therefore, this study was conducted to investigate the cognitive profile of Down syndrome students in comparison with normal students and also the evolution of the cognitive profile of this group in comparison with normal students. **Method:** For this purpose, 100 students of Down syndrome and normal age were randomly selected from exceptional and normal schools in the age group of 10-14 years. Finally, the age groups of Down syndrome students and students with normal growth were classified into 3 groups of 6-8 years, 11-9 years, 14-12 years. Finally, the age groups of Down syndrome students and students with normal growth were classified into 3 groups of 6-8 years, 11-9 years, 14-12 years. The tool used in this study is the fifth version of the Stanford Binet Intelligence Test. **Result:** The results of statistical analysis of this study using multivariate analysis of variance and Tukey's follow-up test show that in people with Down syndrome compared to normal children, non-verbal fluid reasoning, non-verbal knowledge and working memory are reduced with increasing age. If there are no significant changes in the cognitive profile in the rest of the subscales. However, Down syndrome, like the group of people with normal growth, did not change with the general growth of verbal and nonverbal intelligence and general intelligence with increasing age. **Conclusion:** Therefore, in the rehabilitation of people with Down syndrome, can be considered their cognitive defects and their cognitive development and intelligence.

Key words: Cognitive development, Down syndrome, intelligence development, intelligence, cognition

¹ Corresponding author: Phd in Psychology of Children with Special Needs, Lecturer at Farhangian University, Email: kabazari@yahoo.com

¹ Specialist in teaching exceptional children Farhangian University, teacher of exceptional children's schools

¹ Specialist in teaching exceptional children Farhangian University, teacher of exceptional children's schools

بررسی تحول شناختی و هوشی افراد نشانگان داون براساس آزمون استانفورد بینه

دکتر کبری ابازری قره‌بلاغ^۱
کوثر یحیی‌زاده ملک خیلی^۲، ساجده مختاری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۳۱
تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۷/۳۰
پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۶/۵

چکیده

هدف: کودکان نشانگان داون تأخیرهای در زمینه‌های حرکتی، زبان، خود حمایت‌گری، رشد شناختی و اجتماعی دارند. دانستن فوتیپ شناختی و رفتاری افراد نشانگان داون به ما درباره ماهیت عصب روان‌شناسی افراد نشانگان داون آگاهی می‌دهد. درنهایت به درمان، آموزش و توانبخشی و ارائه مداخله به این کودکان کمک می‌کند تا رشد شناختی این گروه از افراد افزاش پیدا کند. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی پروفایل شناختی دانش‌آموزان نشانگان داون در مقایسه با دانش‌آموزان عادی انجام شد و همچنین تحول پروفایل شناختی این گروه در مقایسه با دانش‌آموزان عادی پرداخته است. روش: به این منظور ۱۰۰ دانش‌آموز نشانگان داون و عادی در گروه سنی ۶-۱۴ ساله از مدارس استثنایی و عادی به طور تصادفی انتخاب شدند. درنهایت گروههای سنی دانش‌آموزان نشانگان داون و دانش‌آموزان با رشد عادی به سه گروه ۸-۶ سال، ۱۱-۹ سال و ۱۲-۱۴ سال طبقه‌بندی شدند. ابزار استفاده شده در این پژوهش، آزمون هوش استانفورد بینه نسخه پنجم است. یافته‌ها: نتایج تحلیل آماری این پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعییی توکی بیانگر این است که در افراد با سندرم داون در مقایسه نسبت به کودکان عادی، در مقیاس‌های استدلال سیال غیرکلامی، دانش غیرکلامی و حافظه فعل با افزایش سن کاهش صورت می‌گیرد. درصورتی‌که در باقی زیرمقیاس‌ها تغییرات معناداری در پروفایل شناختی دیده نشد. گرچه گروه نشانگان داون نیز مانند گروه افراد دارای رشد عادی، با افزایش سن تغییراتی در رشد کلی هوش کلامی و غیرکلامی و هوش‌بهر کلی نداشتند. نتیجه‌گیری: بنابراین در توانبخشی افراد سندرم داون، نقایص شناختی آنها و تحول شناختی و هوشی آنها را می‌توان در نظر داشت.

واژه‌های کلیدی: تحول شناختی، نشانگان داون، رشد هوشی، هوش، شناخت.

۱. نویسنده مسئول: دکترای روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، مدرس دانشگاه فرهنگیان

۲. کارشناس آموزش کودکان استثنایی دانشگاه فرهنگیان واحد پردیس نسبیه، آموزگار مدارس کودکان استثنایی

۳. کارشناس آموزش کودکان استثنایی دانشگاه فرهنگیان واحد پردیس نسبیه، آموزگار مدارس کودکان استثنایی

مقدمه

لنفروچی، بدلی، گاترکل، ویانلو در سال ۲۰۱۲ عنوان کردند این گروه از کودکان دارای نقص هم در حافظه فعال کلامی و هم دیداری فضایی هستند. نقایص در افراد نشانگان داون در پردازش کلامی (جارولد، بدلی، فیلیپس، ۲۰۰۲؛ پولینسکا و کاپالکوا، ۲۰۱۴؛ کاروالو، ریبیرو، رادانوویک، ۲۰۱۸) حافظه کوتاه‌مدت کلامی (لنفرانچی، کورنولدی، ویانلا، ۲۰۰۴؛ کارتی و همکاران، ۲۰۱۳)، برخی جنبه‌های عملکرد حرکتی (آگیوولاستیس، مک گابین، یون، اپیتسوس، پاول، ۲۰۰۹؛ اندرسون مونی، اسکامیت، هید، لات، هیلمن، ۲۰۱۶) و انتقال توجه (کارنی، براون، هنری، ۲۰۱۳) دیده می‌شود. همچنین نوجوانان نشانگان داون از نظر عملکرد اجرایی نقایصی دارند (لنفرانچی، جرمن، دال پونت، آلبرتی، ویانلا، ۲۰۱۰).

نتایج مطالعه‌های دیگر نشان داده است که افراد نشانگان داون نقایص در عملکرد ادراک دیداری^۴، یعنی چرخش ذهنی^۵ (هینل و ویرجی، ۲۰۰۴)، سازماندهی دیداری^۶ (وانکیگ و سو، ۲۰۱۱)، تصور شکل زمینه^۷ و تصویرسازی دیداری^۸ (ویکاری، بلای، کارلسیمو، ۲۰۰۶) و حافظه کاری دیداری^۹ دارند (کورهولد و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از ادجین، ماسون، اسپانو، فرناندز، نادل، ۲۰۱۲؛ کارتی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کارتی و همکاران، ۲۰۱۳). ادراک دیداری افراد نشانگان داون به مانند دیگر گروه‌های دارای مشکلات هوشی است (وانا، چیانگ، وانگ، وونگا، ۲۰۱۵). علاوه بر این موارد، نقایص دیگری که این کودکان دارند، پایین‌بودن انگیزه یادگیری و نقص در پردازش حسی^{۱۰} است (لکوب و موسوری، ۲۰۱۳). نقص در حافظه کاری این گروه از افراد در مطالعه کوزن، هینس، کاسکلی سال ۲۰۱۲ از راه نسخه پنجم آزمون استانفورد بینه دیده شد (به نقل از پولین، ویانلو و لنفرانچی، ۲۰۲۰). نقایص حافظه و یادگیری افراد نشانگان داون می‌تواند به علت نقایص در انعطاف‌پذیری سیناپسی باشد و منجر به تعییرات در

نشانگان داون، سندروم کروموزومی ژنتیکی است که تقریباً در هر ۷۰۰-۱۰۰۰ تولد یک نفر دچار می‌شوند. در ایالات متحده از هر ۱۰ هزار تولد دوازده‌مین نفر دچار نشانگان داون هستند (پارکر، مای، کانفیلد، ریکارد، وانگ، میرو، ۲۰۱۰). کودکان نشانگان داون تأخیرهایی در زمینه‌های حرکتی، زبان، خودحمایت‌گری^۱، رشد شناختی و اجتماعی دارند و نیازمند برنامه مداخله‌ای هستند که دامنه گسترده اختلال‌های آنها را در نظر بگیرد. نشانگان داون در برخی از زمینه‌های رشدی تأثیر می‌گذارد و باعث مشکلات مرتبط با سلامتی مانند بیماری‌های قلبی، نقص ایمنی، نابهنجاری‌های سیستم اندوکرین و نقص شناختی (اپستین، ۲۰۰۰)، اختلال‌های چشمی، پوستی، تیروئید، مشکلات گوارشی، روانپزشکی، دماسن و صرع می‌شود (آسا، کورو، مولنها، سورز، ۲۰۱۵).

رشد شناختی کودکان نشانگان داون در بین کودکان نشانگان داون متفاوت است. دانستن پروفایل شناختی افراد نشانگان داون، برای ارائه مداخله برای افراد نشانگان داون و خانواده‌هایشان مفید است. نقاط قوت افراد نشانگان داون در جنبه‌های پردازش دیداری فضایی^۲ و عملکرد اجتماعی (فیدلر، ۲۰۰۵؛ پترسون، راپسی و گلو، ۲۰۱۳؛ یانگ، کانرز و مریل، ۲۰۱۴) و حافظه ضمنی^۳ (باسی، چارین، برون، کوری، دس پورتس؛ ۲۰۱۱) است. حافظه کوتاه‌مدت دیداری در افراد نشانگان داون بهتر از حافظه کوتاه‌مدت کلامی آنهاست (پنینگتون و بنتو، ۲۰۰۳؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۳). البته برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آنها به طور نسبی در حافظه کوتاه‌مدت دیداری فضایی هم مشکل دارند (کارتی، لفرونچی، مامارلا؛ ۲۰۱۳). برخی پژوهش‌ها هم بیانگر این است که این کودکان نمره بالاتری در هوش کلامی نسبت به هوش غیرکلامی دارند (هانا، لویل، ساویب، نیمانا، ایکوتا، ۲۰۱۸).

بیشتری می‌شود. پژوهشگران دیگری با استفاده از آزمون هوش استانفورد بینه نسخه پنجم دریافتند که کودکان و نوجوانان دارای نشانگان داون، نمره بالاتری در هوش کلامی نسبت به هوش غیرکلامی دارند (اوan و يولجاريک، ۲۰۱۸). البته هنوز تفاوت بین توانایی کلامی و غیرکلامی افراد نشانگان داون واضح نیست (پولین و همکاران، ۲۰۲۰).

به منظور مقایسه توانایی شناختی زنان و مردان دارای نشانگان داون گزارش شده است که نمره‌های بالاتر در واژگان^{۱۱} و واقع‌بینی^{۱۲} در بین دختران این گروه وجود دارد (استارتین و همکاران، ۲۰۱۶) و سطح ناتوانی دختران نشانگان داون با افزایش سن آنها در کلاس آموزشی کلاس طولانی‌تر است (وانوو، گامرن، اوستروم، ورک، وان دلمن، فکس، ۲۰۱۴). جنسیت، وجود اسپاسم در کودکی در رشد عملکرد ذهنی فرد (مارشال، موریس-استاما، هوتزآگرک، وان روزنبرگ، مارسب، استرما، مارتا، گروتنهیسا، وان تروتسنبرگ، ۲۰۱۶) و بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی و مشکلات گوارشی در مشکلات رشدی فرد (وانترونسنبرگ، هیمنس، تیجسن، ویجلدر، وولسما، ۲۰۰۶) در سنین بالاتر تأثیرگذار است.

به‌طور کلی برای درک نشانگان داون باید روند رشد فنوتیپ شناختی تعیین شود. دانستن فنوتیپ شناختی و رفتاری افراد نشانگان داون به ما درباره ماهیت عصب روان‌شناختی افراد نشانگان داون آگاهی می‌دهد. درنهایت به این کودکان کمک می‌کند تا رشد شناختی این گروه از افراد افزایش پیدا کند (چنل و همکاران، ۲۰۱۴). ولی با این وجود فنوتیپ رفتاری و شناختی افراد نشانگان داون کمتر شناخته شده است (راسن، ویتهید، کلیر، فریاس، ۲۰۰۸). همچنین پروفایل کودکان نشانگان داون در سنین مختلف متفاوت است (گیورکو، پولسیفر، سلینگسان، اسکاتکو، اسکوارتز، ۲۰۱۵). بسته به درجه توانایی هوشی افراد نشانگان داون، نقط قوت و ضعف آنها هم متفاوت

مدار نورون مغز در افراد مبتلا می‌شود. مطالعه‌های پیشین بیانگر این است که نقایص شناختی را می‌توان در مدل موش‌های دچار نشانگان داون بازسازی کرد (سان مارتین، دلابار، باسی و پوتیر، ۲۰۱۸).

پژوهش‌ها تغییر در روند رشد شناختی افراد سندرم داون را با رشد و افزایش سن نشان می‌دهند، برای نمونه تسو و کیندلبرگر (۲۰۰۹) و بوراک، شالمون، کاتزیر، شاپ، بربن، لاروسی (۱۹۹۹) و لمب، بورنستین، تی (۲۰۰۲) توندیکه، هاجن، سادرل (۱۹۸۶) عنوان کردند که افزایش در مهارت‌های شناختی کودکان نشانگان داون با افزایش سن دیده می‌شود. گرچه پژوهش‌های دیگر در تنافق با نتایج پژوهش کنونی عنوان کردند که کاهش در رشد هوشی افراد نشانگان داون از کودکی شروع می‌شود و تا نوجوانی ادامه دارد (استارتین، رودگر، فودر، هبورگ، استیردم، ۲۰۱۶؛ کوور، پیرپونت، کیم، براون، ابدتو، ۲۰۱۳؛ کوزن، کاسکلی، هیتز، ۲۰۱۱؛ جاکوبس و موسری، ۲۰۱۱، ۲، هارتلی، هندن، دونی، میهیلا، هاردیسون، لئو، کلونک، بولوا، جانسون، کریستین، ۲۰۱۷؛ ادجین و همکاران، ۲۰۱۲، اندرسون مونی و همکاران، ۲۰۱۶؛ پزوتوی، ناسینوویچ، اگیانو، بامبا، فری، لاستلا، روستی، ۲۰۱۸). نتایج پژوهش دیگری که روند تحول رشد هوشی و شناختی افراد نشانگان داون را بررسی کرده بیانگر این است که با افزایش سن این گروه از افراد افزایش در ضریب هوشی آنها رخ نمی‌دهد و ثبات در نمره هوشی آنها وجود دارد (چنل، تورمن، کاور، ابدوتو، ۲۰۱۴؛ پارکر و همکاران، ۲۰۱۰).

پزوتوی و همکاران (۲۰۱۸)، پروفایل هوشی افراد دارای نشانگان داون را با استفاده از آزمون وکسلر نسخه ۴ ایتالیایی روی ۱۲۸ کودک و نوجوان گروه سنی ۷ تا ۱۶ سال بررسی کردند. نتیجه بیانگر این است که افراد نشانگان داون در شاخص کلامی نمره بالاتری دارند و پایین‌ترین نمره را در حافظه کاری دارند و این توانایی در سنین بالاتر دچار نقص

نداشتن مشکلات هوشی و دارای بودن هوش نرمال (۹۰-۱۲۰)، نداشتن مشکلات روانپزشکی از جمله اختلال‌های یادگیری، بیش‌فعالی، صرع، تشنج، مشکلات بینایی، شنوایی و قرارگرفتن سن کودکان در دامنه سنی ۱۴-۶ سال در نظر گرفته شد. اگر کودکان عادی و نشانگان داون این معیارها را نداشتند، از نمونه حذف می‌شدند.

ابزار آزمون هوش استانفورد-بینه: نسخه پنجم استانفورد-بینه سال ۱۳۸۷ توسط افروز و کامکار استاندارد شد. این آزمون هوش در دامنه سنی ۹۰-۲ ساله کاربرد دارد که از آن می‌توان در زمینه‌های شناسایی، تشخیص و گمارش افراد در برنامه‌های آموزش و پرورش ویژه استفاده کرد. نیمرخ به شناسایی دقیق عملکرد آزمودنی در ۱۰ خرده‌آزمون با تأکید بر دو حیطه کلامی و غیرکلامی معطوف بوده که با توجه به ۵ عامل سازنده هوش، ۱۰ خرده‌آزمون را شامل می‌شود. این ده خرده‌آزمون در مقیاس‌های کلامی و غیرکلامی عبارتند از استدلال سیال، دانش، استدلال کمی، پردازش دیداری فضایی و حافظه فعال. همچنین همبستگی بین دو حیطه غیرکلامی و کلامی بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۷ به دست آمده است. ضرایب اعتباری این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۸۴ در بین خرده‌مقیاس‌های ده‌گانه این هوش‌آزما استخراج گردیده، ضرایب محاسبه شده برای این ابزار معرف آن است که این ابزار از اعتبار بالایی در زمینه خرده‌آزمون‌ها و نمرات ترکیبی برخوردار است (روید، ۲۰۰۵؛ ۲۰۱۳). در ایران روابی این آزمون با وکسلر برای هوش‌بهر کلامی ۰/۵۸، هوش‌بهر کلامی ۰/۵۹، هوش‌بهر کلی ۰/۶۶ است (شیری امین‌لو، کامکاری، شکرزاده، ۲۰۱۳).

یافته‌ها

در جدول ۱، حجم نمونه افراد دارای نشانگان داون و افراد دارای رشد عادی به تفکیک سه گروه سنی آورده شده است.

است (لوو و همکاران، ۱۹۹۵ به نقل از مارشال و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به نتایج این پژوهش و تناقض‌هایی که در پژوهش‌های بالا درباره وضعیت شناختی و تحول شناختی افراد نشانگان داون ذکر شد، این پژوهش به هدف بررسی پروفایل شناختی دانش‌آموزان نشانگان داون از راه آزمون هوش استانفورد بینه در مقایسه با افراد عادی می‌پردازد. همچنین تحول پروفایل شناختی این گروه در مقایسه با دانش‌آموزان عادی بررسی خواهد شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان نشانگان داون و عادی شهر تهران در دامنه سنی ۱۴-۶ ساله است. روش پژوهش علی مقایسه‌ای است. به این دلیل این بازه سنی انتخاب شد. این بازه سنی برای دانش‌آموزان دوره دبستان است و از آنجا که تحول ویژگی‌های شناختی کودکان نشانگان داون در سنین مختلف می‌تواند متفاوت باشد، این پژوهش محدود به این سن انجام شده است. روش نمونه‌گیری از دانش‌آموزان نشانگان داون از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. ۱۰ مدرسه کودکان استثنایی در تهران انتخاب شدند و در هر پایه چند نفر از دانش‌آموزان که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده در گروه‌های سنی ۶ تا ۱۴ ساله انتخاب و درنهایت ۱۰۰ دانش‌آموز انتخاب شدند. درنهایت گروه‌های سنی دانش‌آموزان نشانگان داون و دانش‌آموزان با رشد عادی به ۳ گروه ۸-۶ سال، ۱۱-۹ سال و ۱۲-۱۴ سال طبقه‌بندی شدند. همچنین برای دانش‌آموز با رشد عادی ۷۲ نفر به منظور مقایسه پروفایل شناختی دانش‌آموزان نشانگان داون با آنها انتخاب شدند. این تعداد از سه مدرسه ابتدایی و متوسطه اول به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. معیار ورود کودکان نشانگان داون در این پژوهش، قراردادشتن کودکان در دامنه سنی ۱۴-۶ ساله، نداشتن مشکلات تشنجی و صرع، نداشتن مشکلات دیداری و شنوایی بود. معیار ورود برای کودکان عادی،

جدول ۱ حجم نمونه افراد در دو گروه

| حجم نمونه | | طبقه‌های سنی |
|-----------|--------------|--------------|
| عادی | نشانگان داون | |
| ۲۵ | ۳۰ نفر | ۶-۸ |
| ۲۷ | ۳۱ نفر | ۹-۱۱ |
| ۲۰ | ۳۹ نفر | ۱۲-۱۴ |
| ۷۲ | ۱۰۰ نفر | مجموع |

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، ۱۰۰ نفر افراد دارای نشانگان داون و ۷۲ نفر افراد عادی به تفکیک سنجی نوشته شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پروفایل شناختی دو گروه

| متغیرها | هوش بیانی | گروههای سنی | نیازمندی | عادي |
|-----------------------|-----------------------|-------------|----------|---------|
| | هوش کلامی | گروههای سنی | نیازمندی | عادي |
| استدلال سیال غیرکلامی | دانش غیرکلامی | ۸-۶ | ۱/۳۶۶ | ۱۰/۷۰۸ |
| استدلال کمی غیرکلامی | دیداری فضایی غیرکلامی | ۱۱-۹ | ۱ | ۰/۶۶۸ |
| استدلال سیال کلامی | حافظه فعال غیرکلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۰۲۵ | ۰/۱۶۰ |
| دانش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۴/۲۶۶ | ۲/۵۵۸ |
| هوش کلامی | حافظه فعال کلامی | ۱۱-۹ | ۲/۷۰۹ | ۱/۶۵۷ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۹۲۳ | ۱/۰۸۵ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۷۶۶ | ۱/۴۰۶ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۷۴۱ | ۱/۴۸۲ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۳۳۳ | ۰/۷ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۹ | ۸/۹ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۶۱۲ | ۱/۸۰۷ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۹ | ۱/۰۶۶ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۴۵۱ | ۱/۷۰۶ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۲/۱۰۲ | ۲/۲۴۳ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۲/۶ | ۲/۰۹۴ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۲/۴۵۱ | ۲/۷۱۸ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۲/۴۸۷ | ۲/۳۰۴ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۵ | ۱/۵۲۵ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۲/۱۲۹ | ۱/۱۶۶ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۶۶۶ | ۱۲/۱۲۵ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۳۳۳ | ۱/۶۱۷ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۲۹ | ۱/۰۴۷ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۸۶۸ | ۹/۴۸۱ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۴۸۷ | ۹/۸ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۵ | ۱/۷۰۱ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۱۲۹ | ۱/۶۱۷ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۶۶ | ۱۲/۳ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۶۶۶ | ۱/۳۱۶ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۸۶۸ | ۹/۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۵۴۸ | ۹/۷۴ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۲۸۲ | ۹/۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۸۶۶ | ۹/۷۴ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۲۹ | ۱/۰۴۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۲۸۲ | ۱۲ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۸۶۶ | ۹/۷۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۶۴ | ۱/۸۳۲ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۲۴۹ | ۱۰/۵۵۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۹۴۸ | ۱۰/۷ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۰۱ | ۱۰/۲۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۸۳۳ | ۱/۲۶۳ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۹۳۵ | ۱/۲۵۹ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۸۴۶ | ۹/۴ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۸۶۶ | ۱۰/۲۰۸ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۱/۱۲۹ | ۱/۱۱۱ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۱/۰۵۱ | ۱۰/۴ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۱/۰۳۲ | ۹۹/۵ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۰/۷۶۶ | ۸/۰۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۴/۷/۶۴۵ | ۹۸/۴۸۱ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۴/۶/۸۴۶ | ۹۶/۵ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۴۸ | ۶/۱۴۹ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۴/۷/۸۰۶ | ۱۰۲/۰۸۳ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۴-۱۲ | ۴/۶/۵۶۴ | ۱۰۴/۸۸۸ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۴/۶/۵۶۴ | ۱۰۵/۸ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۴/۶/۹۳۳ | ۱۰۰/۷۰۸ |
| هوش کلامی | دیداری فضایی کلامی | ۸-۶ | ۴/۵/۳۵۴ | ۷/۹۸۹ |
| هوش بیانی | دیداری فضایی کلامی | ۱۱-۹ | ۴/۴/۱۰۲ | ۱۰۱/۳۴۴ |

لامبادی ویلکز برای تفاوت گروه‌ها ($F=142/38$) و ($P=0/000$ ، جنسیت‌ها ($F=3/472$) و ($P=0/000$ ، گروه‌های سنی مختلف ($F=2/437$) و ($P=0/000$ ، تفاوت جنسیت در گروه‌ها ($F=2/15$) و ($P=0/020$ ، تفاوت‌های سنی در گروه‌ها ($F=2/653$) و ($P=0/000$ ، تفاوت در گروه‌های سنی مختلف براساس جنسیت ($F=1/912$) و ($P=0/009$) معنادار است (جدول ۳).

با توجه به نتایج آمار توصیفی برای مقایسه میانگین دو گروه آزمودنی، بین میانگین‌های دو گروه تفاوت ملاحظه می‌شود و به منظور بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۳، به منظور بررسی تحول عملکرد هوشی در دو گروه افراد سندروم داون و افراد با هوشی عادی، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در سه گروه سنی استفاده شده است که نتایج آن در زیر مشاهده می‌شود.

جدول ۳ تفاوت پروفایل شناختی بین دو گروه در سه گروه سنی مختلف

| عادی | | | | نشانگان داون | | | | متغیرها |
|-------|------------------|------------------|-------|------------------|------------------|--------------|------|-----------------------|
| P | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین‌ها | P | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین‌ها | گروه‌های سنی | | |
| 0/342 | 0/764 | 1/078 | 0/001 | 0/097 | 0/366 | 11-9 | 8-6 | استدلال سیال غیرکلامی |
| 0/956 | 1/026 | 0/291 | 0/001 | 0/092 | 0/341 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/37 | 1/009 | 1/370 | 0/956 | 0/091 | 0/025 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/923 | 0/556 | 0/231 | 0/003 | 0/463 | 1/557 | 11-9 | 8-6 | |
| 0/368 | 0/747 | 1/016 | 0/000 | 0/439 | 2/343 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/224 | 0/734 | 1/229 | 0/172 | 0/435 | 0/786 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/765 | 0/595 | 0/416 | 0/996 | 0/309 | 0/0247 | 11-9 | 8-6 | دانش غیرکلامی |
| 0/9 | 0/799 | 0/350 | 0/307 | 0/293 | 0/433 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/595 | 0/785 | 0/766 | 0/343 | 0/291 | 0/408 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/189 | 0/562 | 0/259 | 0/835 | 0/501 | 0/287 | 11-9 | 8-6 | |
| 0/136 | 0/755 | 1/466 | 0/905 | 0/475 | 0/202 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/243 | 0/742 | 1/207 | 0/554 | 0/470 | 0/489 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/065 | 0/48 | 1/101 | 0/968 | 0/610 | 0/148 | 11-9 | 8-6 | دیداری فضایی غیرکلامی |
| 0/449 | 0/644 | 0/783 | 0/979 | 0/578 | 0/112 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/187 | 0/634 | 0/318 | 0/998 | 0/573 | 0/035 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/83 | 0/497 | 0/458 | 0/394 | 0/480 | 0/629 | 11-9 | 8-6 | |
| 0/963 | 0/668 | 0/175 | 0/929 | 0/455 | 0/166 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/602 | 0/657 | 0/633 | 0/564 | 0/451 | 0/462 | 14-12 | 11-9 | |
| 0/937 | 0/702 | 0/24 | 0/545 | 0/302 | 0/318 | 11-9 | 8-6 | حافظه فعال غیرکلامی |
| 0/027 | 0/941 | 2/5 | 0/108 | 0/286 | 0/584 | 14-12 | 8-6 | |
| 0/046 | 0/926 | 2/259 | 0/818 | 0/283 | 0/266 | 14-12 | 11-9 | |

| | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|--------------------|
| ۰/۴۸ | ۰/۶۹۲ | ۰/۸۰۵ | ۰/۸۹۶ | ۰/۴۴۲ | ۰/۱۹۷ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۵۶۶ | ۰/۹۲۸ | ۰/۹۵ | ۰/۹۷۹ | ۰/۴۱۹ | ۰/۰۸۲ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | استدلال کمی کلامی |
| ۰/۹۸۶ | ۰/۹۱۳ | ۰/۱۴۴ | ۰/۹۵۸ | ۰/۴۱۵ | ۰/۱۱۵ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |
| ۰/۲۶۲ | ۰/۶۳۸ | ۱/۰۰۹ | ۰/۹۷۵ | ۰/۴۷۶ | ۰/۱۰۲ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۵۸۴ | ۰/۸۵۶ | ۰/۸۵ | ۱ | ۰/۴۵۱ | ۰/۰۱۲ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | دیداری فضایی کلامی |
| ۰/۰۷۸ | ۰/۸۴۲ | ۱/۸۵۹ | ۰/۹۷۸ | ۰/۴۴۷ | ۰/۰۸۹ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |
| ۰/۳۸۲ | ۰/۶۷۶ | ۰/۹۰۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۲۳۳ | ۰/۷۳۷ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۹۷۶ | ۰/۹۰۷ | ۰/۱۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲۱ | ۰/۸۱۵ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | حافظه فعال کلامی |
| ۰/۷۰۶ | ۰/۸۹۲ | ۰/۷۱۱ | ۰/۹۳۳ | ۰/۲۱۹ | ۰/۰۷۷ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |
| ۰/۹۰۴ | ۲/۳۷۹ | ۱/۰۱۸ | ۰/۲۴۵ | ۱/۹۳۶ | ۳/۱۲۱ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۶۱۸ | ۳/۱۹۲ | ۳ | ۰/۰۸۸ | ۱/۸۳۶ | ۳/۹۲۰ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | هوشیبر غیرکلامی |
| ۰/۸۰۴ | ۳/۱۴ | ۱/۹۸۱ | ۰/۸۹۹ | ۰/۸۱۹ | ۰/۷۹۹ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |
| ۰/۳۸۲ | ۲/۱ | ۲/۸۰۵ | ۰/۹۹۴ | ۱/۹۲۵ | ۱/۹۳۵ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۳۹۱ | ۲/۸۱۸ | ۳/۷۱۶ | ۰/۷۱۲ | ۱/۸۲۶ | ۱/۴۳۵ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | هوشیبر کلامی |
| ۰/۹۴۲ | ۲/۷۷۱ | ۰/۹۱۱ | ۰/۷۷۲ | ۱/۸۰۹ | ۱/۲۴۲ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |
| ۰/۷۹۸ | ۲/۰۱۵ | ۱/۲۹۱ | ۰/۶۳۲ | ۱/۷۲۴ | ۱/۵۷۸ | ۱۱-۹ | ۸-۶ | |
| ۰/۹۸۹ | ۲/۷۰۴ | ۰/۳۹۱ | ۰/۱۹۹ | ۱/۶۳۵ | ۲/۸۳۰ | ۱۴-۱۲ | ۸-۶ | هوشیبر کلی |
| ۰/۹۳۹ | ۲/۶۵۹ | ۹ | ۰/۷۲۱ | ۱/۶۲۰ | ۱/۲۵۲ | ۱۴-۱۲ | ۱۱-۹ | |

داون و دانشآموزان دارای رشد عادی با استفاده از آزمون هوش استانفورد بینه و زیرمقیاس‌های آن انجام شد. این پژوهش در گروه‌های سنی ۱۴-۶ سال اجرا شد و به منظور بررسی تحول شناختی در دو گروه، گروه‌ها به سه گروه ۸-۶ سال، ۱۱-۹ سال و ۱۴-۱۲ سال تقسیم شدند. نتایج این پژوهش که از راه تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی انجام شد، بیانگر این است که به رغم عدم تفاوت بین سنتین مختلف در هوشیبر کلی و هوشیبر کلامی و غیرکلامی، با افزایش سن، در گروه دانشآموزان دارای نشانگان داون، کاهش نمره در برخی از زیر مقیاس‌های هوشی یعنی استدلال سیال غیرکلامی، دانش غیرکلامی و حافظه فعال رخ می‌دهد. نتایج این پژوهش با نتایج برخی از پژوهش‌های گذشته مانند اندرسون و مورفی، ۲۰۱۶؛ چنل و همکاران، ۲۰۱۴؛ پارکر و همکاران، ۲۰۱۰؛ هارتلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ بیلی و همکاران ۱۹۶۹، به نقل از چنل و همکاران،

همان‌طور که از نتایج جدول ۳ مشخص است، در افراد با رشد عادی و با افزایش سن، تفاوتی در پروفایل شناختی آنها با توجه به زیرمقیاس‌های آزمون هوش بینه ملاحظه نمی‌شود و فقط در دانش کلامی با افزایش سن تغییراتی انجام می‌شود. اما در افراد دارای سندرم داون در مقیاس‌های استدلالی سیال غیرکلامی، دانش غیرکلامی و حافظه فعال با افزایش سن تغییر انجام می‌شود؛ به این معنا که با افزایش سن، کاهش در این سه مقیاس شناختی در افراد نشانگان داون رخ می‌دهد در صورتی که در باقی زیرمقیاس‌ها تغییرات معناداری در پروفایل شناختی دیده نشد. گرچه گروه نشانگان داون نیز مانند گروه افراد دارای رشد عادی، با افزایش سن تغییراتی در رشد کلی هوش کلامی و غیرکلامی و هوشیبر کلی نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به منظور بررسی تحول شناختی و هوشی دانشآموزان دارای نشانگان

طرح می‌کند که رشد هوش تا سن ۲۰ سالگی در این گروه از افراد دیده می‌شود و اغلب کاهش در رشد هوشی (حافظه کوتاه‌مدت) آنها در سنین بالاتر رخ می‌دهد. اما در استدلال سیال، افزایش سریع و ثابت در سال‌های اولیه رخ می‌دهد، اما هیچ کاهشی در سال‌های بعدی، یعنی تا ۳۰ سالگی در این مقیاس اتفاق نمی‌افتد (به نقل از پولین و همکاران، ۲۰۲۰). در صورتی که در پژوهش حاضر (که برای کودکان دارای نشانگان داون در ایران انجام شده است) کاهش در استدلال سیال غیرکلامی با افزایش سن این افراد دیده می‌شود.

پژوهش‌های دیگری نیز وجود دارد که به نتایجی مغایر با نتایج پژوهش حاضر دست پیدا کردند، برای نمونه لمب و همکاران سال ۲۰۰۲ عنوان کردند که در ۳-۲ سال اول زندگی افراد نشانگان داون، افزایش در رشد شناختی رخ می‌دهد (لمب و همکاران، ۲۰۰۲). مغایربودن نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر می‌تواند به تفاوت گروه‌های سنی مطالعه شده در پژوهش باشد. به دلیل اینکه در پژوهش لمب و همکاران از گروه سنی ۳-۲ سال شده است ولی در پژوهش حاضر گروه سنی مورد هدف ۱۴۶-۶ سال کردند که در دامنه سنین ۱۵-۹ سال افزایش در نمره‌های سن عقلی اینها دیده می‌شود. پژوهش دیگری که برای گروه‌های سنی ۶ تا ۱۱ سال با حجم نمونه ۸۸ نفر انجام شد، بیانگر افزایش در مهارت‌های شناختی کودکان نشانگان داون با افزایش سن است (تسو و کیندلبرگر، ۲۰۰۹). در بررسی تحول مهارت‌های شناختی کلامی و غیرکلامی افراد نشانگان داون در دامنه سنی ۴-۲۴ ساله، پژوهشگران مشاهده کردند که افزایش در نمرات خام این افراد در مقیاس هوش استانفورد بینه چاپ چهارم از کودکی تا بزرگسالی رخ می‌دهد (تورنديکه و همکاران، ۱۹۸۶). پژوهش دیگری که توسط اوan و يولجا رویک سال ۲۰۱۸ از راه آزمون هوش استانفورد بینه نسخه پنجم

۲۰۱۴؛ پزوئی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوزنر و همکاران، ۲۰۱۲ همخوان است.

پژوهشگران بیان می‌کنند که با افزایش سن، خطر بیماری آزالایمر برای افراد نشانگان داون افزایش پیدا می‌کند. آزالایمر در این افراد باعث تخریب رفتار و شناخت می‌شود و مراقبان آنها را به زحمت می‌اندازد. کاهش شناخت و یا افزایش مشکلات شناختی افراد نشانگان داون منجر به مشکلات بیشتر در راه رفتن و حرکت در این افراد می‌شود (اندرسون مونی و همکاران، ۲۰۱۶). چنل و همکاران سال ۲۰۱۴، رشد مهارت‌های شناختی افراد نشانگان داون را در سه سال متوالی از راه آزمون هوش لایتر بررسی کردند. نتایج این پژوهش بیانگر این است که با افزایش سن این گروه از افراد، افزایش در ضریب هوشی آنها رخ نمی‌دهد. پارکر و همکاران نیز در سال ۲۰۱۰ عنوان کردند که با افزایش سن این افراد، کاهش در حافظه ضمنی کلامی^{۱۳} و حافظه ضمنی دیداری^{۱۴} عملکرد اجرایی و سرعت پردازش و حرکت ظرفی^{۱۵} رخ می‌دهد (هارتلی و همکاران، ۲۰۱۷). بیلی^{۱۶} سال ۱۹۶۹ مقایسه رشد هوشی را از راه آزمون لایتر در سه گروه سنی ۴، ۱۱ و ۲۱ ساله انجام داد. گروه‌های سنی ۱۱ ساله به طور قابل توجه نمره‌های هوشی پایین‌تری از چهار ساله‌ها داشتند ولی تفاوت معناداری بین نمره‌های استاندارد ۱۱ و ۲۱ ساله‌ها وجود نداشت (به نقل از چنل و همکاران، ۲۰۱۴). در طول تولد مغز افراد نشانگان داون از نظر ساختاری عادی است ولی در حدود شش ماهگی تفاوت در ساختار مغز آنها آشکار می‌شود. پژوهش‌ها بیانگر این است که کاهش در لوب فرونال، باریک‌شدن بخش گیجگاهی بالایی^{۱۷} و کاهش در اندازه مخچه^{۱۸} و مغز استخوان^{۱۹} در کودکان نشانگان داون رخ می‌دهد (ادجین و همکاران، ۲۰۱۲).

کوزنر و همکاران (۲۰۱۱)، روند رشدی افراد دارای نشانگان داون را از کودکی تا بزرگسالی با استفاده از مقیاس استانفورد بینه بررسی کردند. نتایج

در یادگیری کودک در ارتباط با محیط اطراف تأثیرگزار است (باندی و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از فیدلر و همکاران، ۲۰۱۹). خلق و خو، سبک پاسخ فرد به موقعیت‌ها و سطح فعالیت فرد، واکنش و پاسخ دادن به محیط و قابلیت حفظ آرامش است. خلق و خوی کودک در پاکشایر در فرصت‌های یادگیری، جستجوکردن و پاسخگویی‌بودن کودک در محیط تأثیر دارد. به طور کلی نوع خلق و خوی کودک در یادگیری و شناخت کودکان در سنین پایین و بالاتر کودکان تأثیرگزار است (دانتر و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از فیدلر و همکاران، ۲۰۱۹). سبک پردازش حسی، عامل مهمی برای رشد شناختی است. پردازش حسی نابهنجار در رشد دوران کودکی افراد دارای نشانگان داون تأثیر دارد، زیرا این افراد پاسخدهی پایین‌تری به محیط در مقایسه با همتایان بنهنجارشان دارند (ویل، دانهار، دبورا، دیدلر، روسنبرگ، ۲۰۱۹). بنابراین مغایرت برخی پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر، می‌تواند از مداخله این عوامل باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، تفکیک نکردن جنسیتی به علت دسترسی و کمبودن حجم نمونه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، با حجم نمونه‌های بیشتر، تحول شناختی افراد نشانگان داون در دو جنس مقایسه شوند. پیشنهاد دیگر برای پژوهش‌های آینده این است که این پژوهش برای گروه‌های سنی مختلف، یعنی زیر ۶ سال و بالای ۱۴ سال انجام شود تا تحول شناختی افراد نشانگان داون در گروه‌های سنی مختلف به طور جامع پرداخته شود. پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر این است که پروفایل شناختی و تحول شناختی گروه کودکان سندروم داون با گروه‌های کودکان دیگر دارای مشکلات ذهنی از جمله کودکان دارای سندروم × شکننده (که گروه وسیعی از کودکان دارای کم‌توان ذهنی را در بر می‌گیرد) مقایسه شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Self-help
2. Visual Spatial processing

انجام شد، عنوان کرد که کودکان و نوجوانان دارای نشانگان داون، نمره بالاتری در هوش کلامی نسبت به هوش غیرکلامی دارند. نتیجه این پژوهش مغایر با نتیجه پژوهش حاضر است. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر، تفاوت معناداری بین هوش‌بهر کلامی و غیرکلامی افراد دارای نشانگان داون وجود ندارد.

چندین عامل پیش‌بین کننده تغییرات شناختی در افراد نشانگان داون است از جمله آموزش والدین که این مورد در توانایی کلامی این گروه افراد تأثیر مثبت دارد، ژنتیک (کوزنر و همکاران، ۲۰۱۲؛ فیدلر، آمی، نیده‌هامپ، واسکورا، ۲۰۱۹) و محیط (کوزنر و همکاران، ۲۰۱۲) و ضریب هوشی مادر (تانگ، باگورست، ویمپانی، ۲۰۰۷) است. بنابراین تفاوت نتایج پژوهش حاضر با نتایج برخی پژوهش‌ها می‌تواند به علت همین مورد، یعنی تفاوت در آموزش والدین و همچنین محیط و ضریب هوشی مادران آنها باشد که در نتیجه پژوهش حاضر تأثیر گذاشته است. غیر از این موارد، رویدادهای ناگوار و آسیب‌زای زندگی مانند ترک کردن مراقبان در سن زودهنگام و سن پایین، مورد حمله و توهین قرار گرفتن^۲، سبک زندگی بیمار، ازدستدادن والدین، مورد پرخاشگری قرار گرفتن (پرخاشگری جسمی، جنسی و کلامی) باعث می‌شود تفاوت فردی در نمیرخ شناختی افراد نشانگان داون وجود داشته باشد و برخی از این گروه از افراد کاهش در شناخت و حافظه به صورت زودهنگام داشته باشند (پومید، میرچر، فای، استورتز، ۲۰۲۱).

عوامل دیگری که در کاهش شناختی افراد نشانگان داون می‌تواند تأثیر داشته باشد، تفاوت‌های عصب‌شناسی^{۲۱} این گروه افراد، تأثیرات پزشکی (مانند تولد نارس، نقایص مادرزادی قلب، بی‌نظمی خواب) میزان ارتباط اجتماعی و ارتباط با محیط بیرون این افراد، مهارت‌های حرکتی در سنین پایین، پردازش حسی و نوع خلق و خو که میانجی‌های اساسی برای برقراری روابط بین کودک و محیط اطراف او است. عوامل حسی مانند دیداری، شنیداری، و لامسه کودک

- Carreti, B., Lanfranchi, S., & Mammarella, I. C. (2013). Spatial-simultaneous and spatial-sequential working memory in individuals with Down syndrome: The effect of configuration. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 669–675.
- Carvalho, C. L., Ribeiro, A. F., Radanovic, M. (2018). Analysis of the linguistic profile in down syndrome using the arizona battery for communication disorders of dementia – a pilot study. *Article in CoDAS*, 19 March.
- Channell, M. M., Thurman, A. J., Kover, S. T., Abbeduto, L. (2014). Patterns of change in nonverbal cognition in adolescents with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2933–2941.
- Couzens, D., Cuskelly, M., & Haynes, M. (2011). Cognitive development and Down syndrome: Age-related change on the Stanford Binet Test (Fourth Edition). *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 116, 181–204.
- Couzens, D., Haynes, M., & Cuskelly, M. (2012). Individual and environmental characteristics associated with cognitive development in Down syndrome: A longitudinal study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 396–413.
- Edgin, J., Mason, G., Spanò, G., Fernández, A., and Nadel, L. (2012). Human and mouse model cognitive phenotypes in Down syndrome: implications for assessment. CHAPTER 7, *Progress in Brain Research*, Vol. 197
- Epstein, C. J. (2001). Down syndrome. In Scriver, C. R., Beaudet, A. L., Sly, W. S., Valle, D., Childs, B., Kinzler, K. W., & Vogelstein, B. (Eds.), *The metabolic and molecular bases of inherited disease*. Vol. 1 (pp. 1223–1256). New York: McGraw-Hill.
- Fidler, D. J. (2005). The emerging Down syndrome behavioral phenotype in early childhood: implications for practice. *Infants and Young Children*, 18, 86–103.
- Fidler, D. J., Amy, W., Needham, c and Schworer, E. (2019). Infant foundations in Down syndrome: early constraints on cognitive skill acquisition. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, Volume 56.
- Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., & Schwartz, A. (2015). Down syndrome: Cognitive and behavioral functioning across the lifespan. *American Journal of Medical Genetics*. 169(2):135-49.
- Hartley, S., Handen, B., Devenny, D., Mihaila, L., Hardison, R., Lao, P., Klunk, W., Bulova, P., Johnson, S., Christian, B. (2017). Cognitive decline and brain amyloid- β accumulation across 3 years. *Neurobiol Aging*. Oct; 58:68-7.
3. Implicit memory
4. Visual perceptual functions
5. Mental rotation
6. Visual organization
7. Figure ground
8. Visual imagery
9. Visual spatial memory
10. Sensory processing
11. Vocabulary
12. Pragmatic
13. Verbal episodic memory
14. Visual episodic memory
15. Fine motor
16. Bayly
17. Superior temporal gyrus
18. Cerebellum
19. Brain stem
20. Assault
21. Neuroanatomical
- ## منابع
- شیری امین لو، م.، کامکاری ک.، شکرزاده ش. (۱۳۹۲). «روایی همزمان نسخه نوین هوش آزمای تهران - استانفورد - بینه و نسخه دوم مقیاس هوشی و کسلر کودکان در کودکان ناتوان یادگیری». *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، پیاپی ۷، شماره ۱۲۰*.
- فرید، ف؛ کامکاری ک.، صفاری نیا، م.، افروز س. (۱۳۹۳). «مقایسه روایی تشخیصی نسخه نوین هوش آزمای تهران - استانفورد بینه و نسخه چهارم مقیاس هوش و کسلر کودکان در ناتوانی یادگیری». *نشریه ناتوانی های یادگیری، ۴(۲)؛ ۷۰-۸۳*.
- Agiovlasitis, S., McCubbin, J., Yun, J., Mpitsos, G., Pavol, M. (2009). Effects of Down syndrome on three-dimensional motion during walking at different speeds. *Gait & Posture*, 30, 345–350.
- Anderson-Mooney, A. J., Schmitt, F. A., Head, E., Lott, I. T., Heilman, K. M., (2016). Gait dyspraxia as a clinical marker of cognitive decline in Down syndrome: A review of theory and proposed mechanisms. *Brain and Cognition*, 104, 48–57.
- Asua, D. R., Quero, M., Moldenhauer, F., Suarez, C. (2015). Clinical profile and main comorbidities of Spanish adults with Down syndrome. *European Journal of Internal Medicine*. Article in press.
- Burack, J. A., Shulman, C., Katzir, E., Shaap, T., Brennan, J. M., Iarocci, G., et al. (1999). Cognitive and behavioral development of Israeli males with fragile X and Down syndrome. *International Journal of Behavioral Development*, 23(2), 519–531.
- Bussy, G., Charrin, E., Brun, A., Curie, A., & des Portes, V. (2011). Implicit procedural learning in fragile X and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 521–528.
- Carney D, Brown J, Henry L. (2013). Executive function in Williams and Down syndromes. *Research in Developmental Disabilities*. 34, 46–55.

- Hahna, L., Loveallb, S., Savoyb, M., Neumannna, A., Ikitab, T. (2018). Joint attention in Down syndrome: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 78, 89–102.
- Hinnell, C., & Virji-Babul, N. (2004). Mental rotation abilities in individuals with Down syndrome – A pilot study. *Down Syndrome: Research and Practice*, 9, 12–16.
- Iacob, L., Musuroi, C. (2013). Aspects of Adapting the Intervention Program to the Particular Learning profile of Children's with Down Syndrome. 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84, 846 – 849.
- Jacobs, R., Harvey, A. S., & Anderson, V. (2011). Are executive skills primarily mediated by the prefrontal cortex in childhood? Examination of focal brain lesions in childhood. *Cortex*, 47(7), 808–824.
- Jarrold, C., Baddeley, A. D., & Phillips, C. E. (2002). Verbal short-term memory in Down syndrome: A problem of memory, audition or speech? *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 45, 531–544.
- Kover, S. T., Pierpont, E. I., Kim, J., Brown, W. T., & Abbeduto, L. (2013). A neuro developmental perspective on the acquisition of non verbal cognitive skills in adolescents with fragile X syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 38, 445–460.
- Lamb, M. E., Bornstein, M. H., & Teti, D. M. (2002). Development in infancy (4th ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lanfranchi, S., Cornoldi, C., & Vianello, R. (2004). Verbal and visuospatial working memory deficits in children with down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 109(6), 456–466.
- Lanfranchi, S., Jerman, O., Dal Pont, E., Alberti, A., & Vianello, R. (2010). Executive function in adolescents with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 308–319.
- Lanfranchi, S., Baddeley, A., Gathercole, S., & Vianello, R. (2012). Working memory in Down syndrome: Is there a dual task deficit? *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(2), 157–166.
- Marchal, J., Maurice-Stama, H., Houtzagerc, B., van Rozenburg-Marresb, S, Oostrom Martha, A., Grootenhuis, K., van Trotsenburg, P. (2016). Growing up with Down syndrome: Development from 6 months to 10.7 years. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 437–450.
- Arker, S.E., Mai, C.T., Canfield, M.A., Rickard, R., Wang, Y., Meyer, R.E., et al. (2010). Updated national birth prevalence estimates for selected birth defects in the United States, 2004–2006. *Birth Defects Research PartA: Clinical and Molecular Teratology*, 88, 1008–1016.
- Patterson, T., Rapsey, C. M., & Glue, P. (2013). Systematic review of cognitive development across childhood in Down syndrome: Implications for treatment interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57, 306–318.
- Pennington, B. F., Moon, J., Edgin, J., Stedron, J., & Nadel, L. (2003). The neuropsychology of Down syndrome: Evidence for hippocampal dysfunction. *Child Development*, 74, 75–93.
- Pezzuti, R., Nacinovich, S., Oggiano, M., Bomba, R., Ferri, A., La Stella, S., Rossetti, A. O. (2018). Beyond the floor effect on the WISC-IV in individuals with Down syndrome: are there cognitive strengths and weaknesses? *Journal of Intellectual Disability Research*. Volume 62, Issue7
- Polisensk, K., Kapalkova, S. (2014). Language profiles in children with Down Syndrome and children with Language Impairment: Implications for early intervention. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 373–382.
- Pulina, F., Vianello R., and Lanfranchi, S. (2020). Cognitive profiles in individuals with Down syndrome. *International Review of Research in Developmental Disabilities*, Volume 56.
- Poumeaud, F., Mircher, C. B., Faye a, d., Sturtz, F, G. (2021). Deciphering the links between psychological stress, depression, and neurocognitive decline in patients with Down syndrome. *Neurobiology of Stress*, 14. 100305
- Rasmussen, S. A., Whitehead, N., Collier, S. A., & Fri'as, J. L. (2008). Setting a public health research agenda for Down syndrome: Summary of a meeting sponsored by the Centers for Disease Control and Prevention and the National Down Syndrome Society. *American Journal of Medical Genetics: Part A*, 146A, 2998–3010.
- San Martin, J. Z., Delabar, J. M., Bacci, A., Potier, M, C. (2018). GABA ergic over-inhibition, a promising hypothesis for cognitive deficits in Down syndrome. *Free Radical Biology and Medicine*, 114, 33–39.
- Startin, C. M., Rodger, E., Fodor-Wynne, L., Haburg, S., & Strydom, A. (2016). Developing an informant questionnaire for cognitive abilities in down syndrome: the cognitive scale for down syndrome (CS-DS). *PLoS One*, 11(5), e0154596
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Stanford-Binet Intelligence Scale* (4th ed.). Chicago: Riverside.
- Tong, S., Baghurst, P., Vimpani, G., & Mc Michael, A. (2007). Socioeconomic position,

- maternal IQ, home environment, and cognitive development. *The Journal of Pediatrics*, 151, 284–288.
- Tsao R, Kindelberger, C. (2009). Variability of cognitive development in children with Down syndrome: Relevance of good reasons for using the cluster procedure. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 426–432.
- van Trotsenburg, A. S., Heymans, H. S., Tijssen, J. G., de Vijlder, J. J., & Vulsma, T. (2006). Comorbidity, hospitalization and medication use and their influence on mental and motor development of young infants with Down syndrome. *Pediatrics*, 118, 1633–1639.
- Vicari, S., Bellucci, S., & Carlesimo, G.A. (2006). Evidence from two genetic syndromes for the independence of spatial and visual working memory. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 126–131.
- Wana, Y. T., Chiang, C. S., Chen, SH, CH., Wang, C, C., Wuanga, Y, P. (2015). Profiles of visual perceptual functions in Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 37, 112–118.
- Will, E. A., Daunhauer, L. A., Deborah, J., Fidler, NR, L., Rosenberg, C, R., Rosenberg & Susan, L. H. (2019). Sensory Processing and Maladaptive Behavior: Profiles within the Down Syndrome Phenotype, Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 39:5, 461-476, DOI: 10.1080/01942638.2019.1575320
- Wuang, Y.P., & Su, C. Y. (2011). Correlations of sensory process in gand visual organization ability with participation in school-aged children with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2398–2407.
- Yang, Y., Conners, F. A., & Merrill, E. C. (2014). Visuo-spatial ability in individuals with Down syndrome: Is it really a strength? *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1473–1500.