

# عوامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه برای خدمات گفتاردرمانی در کودکان ایرانی با اختلالات گفتار و زبان

روشک و امقی<sup>۱</sup>، مهنان حاجی بختیاری<sup>۲</sup>، نیکتا حاتمی‌زاده<sup>۱</sup>، اکبر بیگریان<sup>۲</sup>، محمدرضا راه‌چمنی<sup>۲</sup>

## چکیده

**هدف:** شناسایی زودهنگام کودکانی که در معرض خطر یا در مراحل ابتدایی تأخیر تکاملی گفتار و زبان خود قرار دارند برای ارائه خدمات مداخله به‌هنگام بسیار ضروری است. اما متأسفانه این اختلالات در کشور ما به‌موقع تشخیص داده نشده یا برای درمان و توانبخشی ارجاع داده نمی‌شوند.

**روش بررسی:** فاز اول مطالعه به شناسایی عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به‌هنگام در کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان، از طریق جستجوی منابع و نیز از دیدگاه صاحب‌نظران و خانواده‌ها اختصاص داشت. در این مرحله ۱۲ نفر از صاحب‌نظران و ۹ نفر از والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته فهرست اولیه عوامل تهیه شده بر اساس مرور منابع را تکمیل کردند. سپس بر آن اساس پیش‌نویس پرسشنامه عوامل تأخیر در مراجعه تهیه و تنظیم گردید و از نظر روایی صوری و محتوایی و پایایی به تأیید رسید. آنگاه پرسشنامه در اختیار دو گروه والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان که یک گروه بعد از ۳ سالگی (۳۰ نفر) و گروه دیگر پیش از ۳ سالگی (۳۰ نفر) جهت گفتاردرمانی مراجعه کرده بودند، به‌عنوان گروه مورد و شاهد قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از میان هفت عاملی که قبل از به تشخیص قطعی رسیدن اختلال گفتار و زبان کودک بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنادار نشان دادند، سه عامل به دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان، دو عامل به آگاهی والدین و دو عامل دیگر به انجام غربالگری برای کودک ارتباط داشتند. هر شش عاملی که بعد از به تشخیص قطعی رسیدن اختلال گفتار و زبان کودک بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنادار نشان دادند، به‌نحوی به باورها و نگرش‌های ناصحیح والدین ارتباط داشته‌اند.

**نتیجه‌گیری:** توصیه می‌شود اولاً برنامه‌های آگاه‌سازی عمومی به‌منظور ارتقای آگاهی و بهبود باور و نگرش اقشار مختلف مردم تدارک دیده شود و دوم این‌که آموزش‌های مناسبی برای ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش متخصصان کودکان و سایر پزشکان مرتبط با کودکان در این زمینه به‌عمل آید.

**کلیدواژه‌ها:** تأخیر در مراجعه به‌هنگام، اختلال گفتار و زبان، کودک، توانبخشی

- ۱- متخصص کودکان، دانشیار مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۲- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۳- دکترای آمار زیستی، استادیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- ۴- پزشک، مربی گروه علوم پایه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۰۱

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۱/۲۹

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال.

\* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۹۹ (۲۱) ۹۸+

\* رایانامه: nikta\_h@yahoo.com



## مقدمه

تکامل کودک معمولاً در چند حیطه اصلی مورد توجه قرار می‌گیرد. این حیطه‌ها عبارت‌اند از حرکتی، شناختی، ارتباطی (گفتار و زبان) و اجتماعی. تکامل گفتار و زبان از دو جهت حائز اهمیت است: نخست این که زبان به‌عنوان وسیله ارتباط اجتماعی عمل می‌کند و دوم این که وسیله‌ای است برای تفکر (۱).

به علاوه، در کودکان، تکامل زبان و گفتار تأثیر عمیقی بر سایر جنبه‌های تکاملی آنان نیز دارد. تکامل مناسب مهارت‌های ارتباطی در کودکان باعث دستیابی آنها به مهارت تصمیم‌گیری، استقلال، ارتقای اعتماد به نفس و عزت نفس، مشارکت در گروه‌های اجتماعی و برقراری ارتباط مثبت با همسالان، انطباق با تغییرات زندگی شخصی و اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، ارتقای شناخت عمومی و تکامل رفتاری-هیجانی خواهد شد (۲).

بر اساس نظریه دوره‌های بحرانی، دوره‌های خاصی در رشد وجود دارد که ارگان مورد نظر برای دریافت و استفاده از انواع خاصی از محرک‌ها به‌منظور تسریع و تقویت رشد و تکامل خود برنامه‌ریزی شده و به‌تدریج با عبور از دوره بحرانی از تأثیر این تحریکات بر رشد و تکامل کاسته می‌شود (۳).

به‌همین ترتیب زبان‌آموزی نیز تحت تأثیر یک دوره مطلوب<sup>۱</sup> یا بحرانی قرار دارد، به‌طوری‌که از دست دادن این دوره مطلوب موجب خواهد شد که کودک هرگز به رشد گفتار و زبان قابل توجهی دست نیابد. ۳۶ ماه اول زندگی دوران بحرانی زبان‌آموزی به حساب می‌آید که در هیچ زمان دیگری کسب زبان به آن سرعت میسر نمی‌باشد.

اختلال گفتار و زبان<sup>۲</sup> یعنی اشکال در عملکردهای گفتاری و زبانی. اختلال گفتار و زبان معلولیتی<sup>۳</sup> نیست که به‌چشم‌آید و تا زمانی که کودک ساکت است و حرف نمی‌زند و با دیگران ارتباط نمی‌گیرد از آن نشانه‌ای نیست و آشکار شدن آن به موقعیت و شرایط بستگی دارد (۴). گاهی نیز اختلال گفتار و زبان با اختلالات تکاملی دیگری همچون عقب‌ماندگی ذهنی<sup>۴</sup>، فلج مغزی<sup>۵</sup>، کم‌شنوایی<sup>۶</sup>، اختلالات طیف اتیسم<sup>۷</sup> و اختلال یکپارچگی حسی<sup>۸</sup> (۴) همراه شده و تحت‌الشعاع آنها قرار می‌گیرد.

اختلالات گفتار و زبان یکی از معضلات مهم سلامتی به‌شمار می‌روند، زیرا سبب بروز مشکلات عده‌ای در دوران کودکی شده و نیز فرصت‌های اجتماعی فرد را در بزرگسالی محدود کرده و وضعیت اجتماعی و اقتصادی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

به علاوه مشکلات روانی-اجتماعی از قبیل اختلالات رفتاری که ممکن است در نتیجه ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر پدیدآید نیز در این کودکان به‌وجود می‌آید (۴). مشکلات روانی-اجتماعی در کودکان دچار اختلالات گفتار و زبان غالباً برخاسته از عواملی چون احساس ناکامی، عدم پذیرش توسط همسالان و فقدان اعتماد به نفس می‌باشد. بسیاری از این کودکان گوشه‌گیری و انزوا را بر می‌گزینند و از توانایی‌های بالقوه خویش بهره نمی‌گیرند که نتایج آن عقب‌افتادگی درسی، اجتماعی و مشکلات روانی می‌باشد. کودکان دارای مشکلات گفتار و زبان کمتر توسط همسالانشان به‌عنوان دوست و همبازی انتخاب می‌شوند و بنابراین از شرکت در گروه‌های اجتماعی برای انجام فعالیت‌های اجتماعی مناسب سن خود طرد می‌شوند. مشکلات درکی، این کودکان را در ارتباط با تحصیلات نیز آسیب‌پذیر می‌کند. روشن است که نقص زبان با مشکلات ادامه تحصیل در بزرگسالی مرتبط می‌باشد. در میان جمعیت مجرمان نیز سطوحی از مشکلات گفتار و زبان یافت شده است که با ضعف آموزش و مشکلات سوادآموزی در ارتباط می‌باشد (۶).

از نقطه‌نظر فراوانی بر حسب مطالعات انجام شده، این یک اختلال نسبتاً شایع نزد کودکان است. نتایج تحقیقاتی که برای تعیین شیوع در داخل کشور انجام شده است، حکایت از آن دارد که شیوع این اختلال در شهرهای مختلف کشور از ۴/۱۰ درصد تا ۲۴ درصد در کودکان دبستانی متغیر بوده است که شیوع نسبتاً قابل توجهی از این اختلال را بیان می‌کند. این شیوع همراه با هزینه‌های اقتصادی بالایی که برای توانبخشی این اختلال صرف می‌شود، مداخلات به‌هنگام<sup>۹</sup> برای آن را به یکی از ضرورت‌های مهم بهداشت عمومی تبدیل می‌کند.

در مطالعات متعددی ثابت شده است که مداخله زود هنگام برای تکامل زبان در کودکان دارای تأخیر تکاملی ضروری می‌باشد و بدون آن، تکامل زبان در این کودکان دارای سرعت پایین‌تری نسبت به همسالان خود بوده و یا هرگز به حد طبیعی خود نمی‌رسد.

مداخله به‌هنگام در اختلالات گفتار و زبان کودکان می‌تواند سبب موفقیت بیشتر کودک در خواندن و نوشتن، انجام کارهای مدرسه و ارتباط او با دیگران شود. در مقابل شروع دیر هنگام خدمات گفتاردرمانی، پیامدهای منفی زیادی به‌همراه دارد که برخی از آنها شامل تثبیت خطاهای تولیدی در گفتار به‌صورت عادات تولیدی و در نتیجه مقاومت به درمان، تأثیرات نامناسب روحی-روانی-اجتماعی بر کودک در سنین مدرسه و یا از

1- Optimal period

2- Speech and Language Disorder

3- Handicap

4- Mental Retardation

5- Cerebral Palsy

6- Hearing Loss

7- Autism Spectrum Disorders

8- Sensory Integration Disorder

9- Early intervention



دست دادن فرصت‌ها برای مداخلات درمانی دیگر، صرف هزینه و وقت بیشتر برای جلسات گفتار درمانی در سنین بالاتر و تأثیرات منفی آن بر تحصیل فرد می‌باشند (۲). تأخیر در به‌دست آوردن مهارت‌های زبان‌آموزی، اثرات زیان‌بار و مخربی در کسب مهارت‌های خواندن، نوشتن، پیشرفت تحصیلی، رشد شناختی و اجتماعی و شخصیتی کودک خواهد گذاشت و سبب ایجاد معلولیت‌های شناختی، کلامی، هیجانی و روان‌شناختی در کودک می‌شود. هر چه سن تشخیص و مراجعه برای درمان پایین‌تر باشد و بتوان آموزش‌ها را در "دوره بحرانی یادگیری گفتار و زبان" ارایه نمود، پیشرفت کودک چشمگیرتر خواهد بود و تلاش در جهت بالفعل نمودن قابلیت‌های ذاتی هر کودک، نتیجه بهتری را به‌دست خواهد داد (۷).

شناسایی زود هنگام کودکان در معرض خطر اختلالات تکاملی گفتار و زبان و یا کودکانی که در مراحل ابتدایی تأخیر تکاملی خود قرار دارند، برای فراهم نمودن خدمات مداخله به‌هنگام و پیشگیری ثانویه از معلولیت‌های ناشی از این اختلالات و محدود کردن پیامدهای منفی ناشی از آن‌ها امری بسیار مهم و ضروری است (۸). درحالی‌که مطالعات مختلف حکایت از این دارند که سه سال اول زندگی یک دوره بحرانی در فرآیند رشد و تکامل زبان و گفتار بوده و چنانچه مداخله پیش از ۳۶ ماهگی آغاز شود سودمندتر خواهد بود (۹)، ولی متأسفانه اکثر کودکانی که دارای مشکلاتی در گفتار و زبان هستند تا سن دبستان شناسایی نمی‌شوند و مورد مداخله قرار نمی‌گیرند و تنها در سن مدرسه است که برای درمان نقایص زبانی و یا ناتوانایی‌های یادگیری مرتبط با زبان، ارجاع داده می‌شوند (۱۰) که این بسیار دیر است و مداخلات تأثیر کافی نخواهند داشت.

متأسفانه این اختلالات در بسیاری از نقاط دنیا و به‌ویژه در کشور ما ایران، در سنین بحرانی زبان‌آموزی تشخیص داده نشده یا برای درمان و توانبخشی ارجاع بموقع داده نمی‌شوند. این امر می‌تواند در جوامع مختلف دلایل متعدد و متفاوتی داشته باشد. به‌طور مثال استفاده کم پزشکان از ابزارهای غربالگری و تشخیصی تکاملی هنوز به‌عنوان یک معضل در جوامع مختلف به‌چشم می‌خورد که به‌دلایل متعددی از جمله محدودیت وقت، عدم وجود پرسنل متبحر و آموزش دیده، دستمزد ناکافی بابت اجرای آن‌ها و در اختیار نداشتن تست‌های مناسب می‌تواند باشد (۱۱). همچنین در برخی موارد به‌دلیل ناآشنا بودن خانواده با علائم اولیه اختلال و یا فقدان نمود ظاهری آن در کودک و نیز عدم اطلاع از مراکز خدمت‌رسانی موجود، آنها به‌موقع برای تشخیص و درمان اختلالات گفتار و زبان کودکشان مراجعه نمی‌کنند. دلیل مهم دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد دانش

ناکافی متخصصین درباره میزان شیوع اختلالات گفتار و زبان، عوارض بسیار جدی آن و همچنین اهمیت تشخیص به‌موقع آن است که موجب می‌شود اختلالات گفتار و زبان با تأخیر بسیار زیاد شناسایی می‌گردند و اثرات بسیار منفی بر رشد گفتار، زبان و شناخت کودک برجای می‌گذارد (۱۲). اما نمی‌دانیم در جامعه ما شیوع با هر یک از عوامل بالقوه مؤثر در تأخیر مراجعه چقدر است و مواجهه با کدام موارد در عمل با مراجعه دیر هنگام والدین به مراکز توانبخشی گفتار مرتبط می‌باشند، و نیز نمی‌دانیم که آیا غیر از موارد ذکر شده در منابع خارجی دلایل دیگری نیز در تأخیر مراجعه کودکان دچار اختلال گفتار و زبان به مراکز توانبخشی نقش داشته‌اند یا نه.

بنابراین پژوهش حاضر انجام شد تا بتوانیم گامی در جهت شناسایی عوامل مرتبط با تأخیر در مراجعه به‌هنگام کودکان ایرانی دچار اختلال گفتار و زبان به مراکز توانبخشی برداشته و با شناسایی این عوامل به مدیران و برنامه‌ریزان سازمان‌های دست‌اندر کار امر پیشگیری و توانبخشی کشور کمک نماییم که در برطرف نمودن مشکلات موجود به‌منظور تسهیل امر تشخیص و مداخلات توانبخشی به‌هنگام موفق‌تر عمل نمایند.

ضمناً این مطالعه مدل و الگویی برای انجام مطالعات مشابه در کشور در خصوص سایر انواع اختلالات تکاملی و بیماری‌های قابل پیشگیری و درمان در کودکان، در دسترس محققین علاقه‌مند قرار می‌دهد.

### روش بررسی

این مطالعه در دو فاز صورت گرفت: ۱- فاز اول: که به شناسایی کلیه عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به‌هنگام در کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان، از دیدگاه صاحب‌نظران و خانواده‌ها و نیز بر اساس مرور منابع مختلف اختصاص داشت. نوع مطالعه در این فاز «کیفی» بود. و ۲- فاز دوم: که به بررسی رابطه عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به‌هنگام کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان برای توانبخشی، با زمان مراجعه این کودکان اختصاص داشت. این فاز از طریق مقایسه وضعیت هر یک از عوامل در دو گروه "مراجعه‌کنندگان بالای ۳ سال" به‌عنوان مراجعه‌کنندگان دیر هنگام و "مراجعه‌کنندگان زیر ۳ سال" به‌عنوان مراجعه‌کنندگان به‌هنگام، انجام شد که نوع مطالعه در این فاز کمی و از نوع توصیفی-تحلیلی (مورد-شاهد) بود. لازم به ذکر است که شرط ورود به مطالعه موجود بودن پرونده توانبخشی کودکان در کلینیک‌های گفتار و زبان یا کلینیک‌های جامع توانبخشی مورد مطالعه بود. گروه اول شامل کودکانی بود که زمان اولین مراجعه‌شان برای توانبخشی در سن ۳ سالگی یا



نظر و ۹ خانواده محقق شد. به این ترتیب، پس از تحلیل محتوای مصاحبه‌های صورت گرفته و استخراج مفاهیم، فهرست نهایی عوامل بالقوه تأثیر گذار بر تأخیر در مراجعه به هنگام کودکان دچار اختلالات گفتار و زبان، تنظیم گردید. لازم به ذکر است که با توجه به ماهیت عوامل مرتبط، این عوامل به دو دسته عوامل «قبل از تشخیص قطعی اختلال»، و «پس از تشخیص قطعی اختلال» تقسیم شدند. سپس بر اساس فهرست نهایی تهیه شده و با همان طبقه‌بندی فوق الذکر، محققین نسخه پیش نویس پرسشنامه "عوامل تأخیر در مراجعه به هنگام کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان برای توانبخشی" را تهیه و تنظیم نمودند. در مرحله بعد به منظور تعیین روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، نسخه پیش نویس در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران قرار داده شد و سپس با اعمال اصلاحات مورد نظر ایشان، شکل نهایی پرسشنامه به دست آمد. جهت بررسی پایایی، پرسشنامه روا شده در اختیار ۱۵ نفر از والدین قرار داده شد و پس گردآوری و تحلیل داده‌ها همبستگی درونی سؤالات بر اساس محاسبه ضریب الفای کرنباخ معادل ۰/۸۱ تعیین گردید که بیانگر تأیید پایایی پرسشنامه می‌باشد.

این پرسشنامه محقق ساخته شامل تعداد ۵۸ سؤال بود. تعداد ۱۸ سؤال به پرسش‌های دموگرافیک و اطلاعات فردی اختصاص یافت. علاوه بر پرسش‌های دموگرافیک و اطلاعات فردی پرسشنامه حاوی تعداد ۴۰ سؤال اصلی بود که پاسخ‌های هر سؤال در طیفلیکرت (از زیاد تا کم) تنظیم شده‌اند. هر سؤال پرسشنامه به یک عامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به هنگام کودک برای دریافت مداخلات درمانی، اشاره دارد.

شیوه‌ی نمره گذاری بدین صورت است که گزینه‌های سؤالات (سه گزینه از زیاد تا کم) بر اساس مثبت و یا منفی بودن اثر عامل مورد سؤال بر زمان مراجعه کودک جهت مداخلات درمانی، از ۱ تا ۳ یا ۳ تا ۱ نمره گذاری شده است. بدین ترتیب در مجموع، هر چه نمره اخذ شده از پرسشنامه بالاتر باشد بیانگر وجود «عوامل منفی» بیشتری خواهد بود که بر مراجعه به هنگام کودک برای مداخلات توانبخشی، مؤثر بوده‌اند.

سرانجام پس از اخذ مجوزهای لازم، کودکان واجد شرایط ورود به مطالعه ظرف مدت ۲ ماه از کلینیک‌های مورد نظر نمونه گیری و انتخاب شدند. والدین کودکان منتخب در محل کلینیک به تکمیل پرسشنامه محقق ساخته مبادرت ورزیدند. سپس داده‌ها در دو گروه مورد و شاهد مورد مقایسه و تحلیل آماری قرار گرفت.

بالاتر و گروه دوم شامل کودکانی بود که زمان اولین مراجعه‌شان برای توانبخشی در سن پایین‌تر از ۳ سالگی، ثبت شده بود. در بخش کیفی مطالعه، نمونه شامل ۱۲ نفر از صاحب نظران و ۹ نفر از والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان بود. در بخش کمی ۳۰ نفر از والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان که بعد از ۳ سالگی جهت دریافت مداخلات درمانی مراجعه کرده بودند به عنوان گروه مورد، و ۳۰ نفر از والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان که پیش از ۳ سالگی جهت دریافت مداخلات درمانی مراجعه کرده بودند، به عنوان گروه شاهد، مورد مطالعه قرار گرفتند. بدیهی است که رضایت آگاهانه و مکتوب والدین کودکان قبل از مطالعه کسب گردید و سایر ملاحظات اخلاقی لازم نیز مد نظر محققین قرار گرفت.

نمونه گیری در سال ۹۱ در طی مدت حدوداً ۶ ماه به صورت در دسترس و تدریجی در ۶ کلینیک گفتاردرمانی یا کلینیک جامع توانبخشی واقع در غرب و مرکز شهر تهران انجام شد. یعنی کودکان زیر ۱۰ ساله دارای شرایط ورود که در طول زمان مطالعه، یعنی تا تکمیل حجم نمونه، به کلینیک‌های مورد نظر مراجعه داشتند به مطالعه وارد شدند.

ابتدا پس از مرور منابع مختلف که از بانک‌های اطلاعاتی PubMed-ScienceDirect-Springer-GoogleScholar و با کلید واژه‌های تشخیص زود هنگام<sup>۱</sup> - مداخله‌ی به هنگام<sup>۲</sup> - غربالگری رشدی<sup>۳</sup> - اختلالات گفتار و زبان<sup>۴</sup> - اختلالات تکاملی<sup>۵</sup> - نگرانی‌های والدین<sup>۶</sup> - کودکان در معرض خطر<sup>۷</sup> - تأخیر در تشخیص<sup>۸</sup> - رشد و تکامل کودکان<sup>۹</sup> جستجو شده بود، فهرست اولیه‌ای از عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به هنگام کودکان دچار اختلالات گفتار و زبان جهت مداخلات درمانی - توانبخشی، تهیه گردید.

سپس با صاحب نظران و متخصصین رشته‌های گفتاردرمانی و پزشکان متخصص کودکان و گوش و حلق و بینی جلسات مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته برگزار شد. مرحله سوم: جلسات مشابهی نیز با والدین ۹ نفر از کودکان دچار انواع اختلالات گفتار و زبان که بعضاً قبل از ۳ سالگی و بعضاً بعد از ۳ سالگی مداخلات گفتاردرمانی ایشان آغاز شده بود، تشکیل شد. هدف از این جلسات حک و اصلاح و تکمیل فهرست اولیه تنظیم شده از کلیه عوامل بالقوه مؤثر بر عدم مراجعه به هنگام کودکان دچار انواع اختلالات گفتار و زبان بود.

این جلسات با صاحب نظران و خانواده‌ها تا زمانی ادامه یافت که داده‌ها به اشباع رسید و نقطه نظرات جدیدی از متخصصین یا والدین اخذ نگردید. این امر پس از مصاحبه با ۱۲ نفر صاحب



### یافته‌ها

داده شده بودند و به عبارتی تشخیص به‌هنگام داشتند. سایر کودکان دارای تأخیر در تشخیص بودند. (جدول ۱)

جدول ۱. توزیع زمان تشخیص اختلال گفتار و زبان در کودکان دارای اختلالات گفتار و زبان

زمان تشخیص	تعداد	درصد
قبل از ۳ سال	۳۰	۵۰/۸
بعد از ۳ سال	۲۹	۴۹/۲

۷/۷۶ درصد از کودکانی که دارای تشخیص به‌هنگام بودند و ۶۵/۵ (جدول ۲) درصد از کودکانی که تأخیر در تشخیص داشتند، پسر بودند.

جدول ۲. توزیع زمان تشخیص کودکان دارای اختلال گفتار و زبان به تفکیک جنس

زمان تشخیص	جنس	تعداد	درصد
قبل از ۳ سال	پسر	۲۳	۷۶/۷
	دختر	۷	۲۳/۳
بعد از ۳ سال	پسر	۱۹	۶۵/۵
	دختر	۱۰	۳۴/۵

برای بررسی معناداری تفاوت میانگین بین دو گروه مورد مطالعه (تشخیص قبل از ۳ سال و تشخیص بعد از ۳ سال) در متغیرهای شدت اختلال گفتار و زبان، وجود اختلال همراه، تحصیلات مادران، تحصیلات پدران، وضعیت زندگی مشترک والدین، درآمد ماهیانه خانواده، وضعیت برخورداری از بیمه، وضعیت اشتغال پدران، و وضعیت اشتغال مادران از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج نشان داد که به‌غیر از متغیر وضعیت اشتغال مادران ( $P=۰/۰۳۴$  = ملاک آزمون؛  $P=۰/۰۳۴$ ) سایر متغیرها تفاوت معنادار بین دو گروه نداشتند. (جدول ۳)

جدول ۳. بررسی معنی‌داری تفاوت بین دو گروه «تشخیص به‌هنگام» و «تأخیر در تشخیص» از نظر متغیرهای دموگرافیک و فردی مطالعه شده

متغیرهای مورد بررسی	ملاک کای-دو	مقدار احتمال
سطح تحصیلات مادر	۷/۵۰۷	۰/۱۱۱
سطح تحصیلات پدر	۵/۹۷۶	۰/۲۰۱
وضعیت اشتغال پدر	۰/۰۱/۰۱	۰/۹۲۰
وضعیت اشتغال مادر	۶/۷۷۷	* ۰/۰۳۴
میزان درآمد خانواده	۸/۱۰۱	۰/۰۸۸
شدت اختلال گفتار و زبان کودک	۰/۵۵۳	۰/۷۵۸
وجود اختلال همراه علاوه بر اختلال گفتار و زبان در کودک	۳/۷۰۵	۰/۵۹۳
وضعیت زندگی مشترک والدین	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹
تحت پوشش بیمه بودن	۱/۵۶۵	۰/۲۱۱

در ادامه برای تعیین تفاوت بین کودکانی که به‌موقع برای درمان مراجعه کرده بودند با کودکانی که دیر مراجعه کرده بودند، از نظر عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به‌هنگام مربوط به «قبل از تشخیص قطعی مشکل کودک» (جدول شماره ۴) و «بعد از تشخیص قطعی مشکل کودک» (جدول شماره ۵) از آزمون کای اسکوئر استفاده شد.



جدول ۴. بررسی معنی داری تفاوت بین دو گروه «تشخیص به هنگام» و «تاخیر در تشخیص» از نظر عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به هنگام مربوط به «قبل از تشخیص قطعی مشکل کودک»

مقدار احتمال	ملاک کای-دو	عوامل
* ۰/۰۵	۵/۹۷۸	عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون وجود مشکلاتی از نظر گفتار و زبان در کودک
* ۰/۰۱۴	۸/۵۸۶	عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون انجام تست‌های غربالگری شنوایی برای کودک
* ۰/۰۱۵	۸/۴۱۴	عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون انجام تست‌های غربالگری گفتار و زبان برای کودک
۰/۱۱۸	۴/۲۷۴	عدم اطلاع والدین از مشکل گفتار و زبان کودک خود
* ۰/۰۳۱	۶/۹۳۵	عدم آگاهی والدین پیرامون روند طبیعی رشد گفتار و زبان در کودکان
* ۰/۰۰۱	۱۶/۵۸۸	عدم آگاهی والدین پیرامون عوارض اختلالات گفتار و زبان در زندگی کودک
۰/۵۸۲	۱/۰۸۲	اهمیت قائل نشدن والدین برای اختلال گفتار و زبان در سلامت کودک
۰/۱۱۱	۴/۴۰۲	وجود سایر اولویت‌ها و مشغله‌ها در زندگی والدین
۰/۲۲۶	۲/۹۷۹	نگرانی والدین از آشکار شدن مشکل کودکانشان نزد اطرافیان
۰/۲۲۶	۲/۹۷۹	انکار علایم هشدار دهنده پیرامون رشد گفتار و زبان در کودک
* ۰/۰۰۰	۱۶/۶۵۲	عدم انجام غربالگری‌های گفتار و زبان برای کودک قبل از ۳ سالگی
* ۰/۰۰۰	۲۵/۷۷۲	عدم انجام تست‌های غربالگری کم شنوایی برای کودک قبل از ۳ سالگی
۰/۰۶۵	۵/۴۷۴	عدم دریافت آگاهی توسط کارشناسان مختلف دست اندرکار امور کودکان خردسال پیرامون وجود خدمات گفتاردرمانی
۰/۱۳۴	۴/۰۲۵	عدم دریافت آگاهی توسط کارشناسان مختلف دست اندرکار امور کودکان خردسال پیرامون اهمیت و ضرورت تشخیص به موقع مشکلات گفتار و زبان در کودک
۰/۲۹۴	۲/۴۴۵	مشکل دسترسی به مطب پزشکان متخصص مرتبط
۰/۶۶۲	۱/۵۸۹	ممانعت پدر با مراجعه کودک به افراد متخصص به منظور رسیدگی به مشکل
۰/۶۶۲	۱/۵۸۹	ممانعت اطرافیان غیر متخصص در زمینه مشکل کودک

\* معنی دار در سطح خطای ۵٪

جدول ۵. بررسی معنی داری تفاوت بین دو گروه «تشخیص به هنگام» و «تاخیر در تشخیص» از نظر عوامل بالقوه مؤثر بر تأخیر در مراجعه به هنگام مربوط به «بعد از تشخیص قطعی مشکل کودک»

مقدار احتمال	ملاک کای-دو	عوامل
۰/۰۷۲	۵/۲۷۰	عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون مراجعه جهت گفتاردرمانی
* ۰/۰۴۳	۶/۲۸۶	نگرانی والدین از آشکار شدن مشکل کودکانشان نزد اطرافیان
* ۰/۰۱۵	۸/۳۷۶	انکار اختلال گفتار و زبان در کودک
* ۰/۰۲۵	۹/۳۱۹	وجود سایر اولویت‌ها و مشغله‌ها در زندگی والدین
* ۰/۰۰۰	۵۴/۹۹۹	اهمیت قائل نشدن والدین برای اختلال گفتار و زبان در سلامت کودک
* ۰/۰۰۴	۱۱/۳۰۰	باور والدین نسبت به درمان خودبخودی یا درمان‌های غیر توانبخشی
* ۰/۰۲۶	۴/۹۸۴	تجربه بهبود خودبه‌خودی و تدریجی مشکل گفتار و زبان در نزدیکان و اطرافیان
۰/۱۱۱	۶/۰۱۳	عدم اعتماد والدین به اثربخشی گفتاردرمانی
۰/۱۰۸	۲/۵۹۰	تجربه ناموفق گفتاردرمانی برای درمان اختلال گفتار و زبان در نزدیکان یا سایر اعضای خانواده
۰/۱۱۷	۴/۲۸۸	ممانعت پدر از مراجعه‌ی کودک به افراد متخصص به منظور رسیدگی به مشکل
۰/۵۱۰	۱/۳۴۷	ممانعت اطرافیان غیر متخصص از مراجعه‌ی کودک به افراد متخصص به منظور رسیدگی به مشکل
۰/۲۳۴	۴/۲۶۴	عدم آگاهی والدین از وجود خدمات گفتار درمانی برای کودک
۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	احساس فشار مالی برای درمان و توانبخشی کودک دیگر دچار ناتوانی در خانواده
۰/۴۹۰	۱/۴۲۵	مشکل دسترسی مکانی به مراکز ارائه دهنده خدمات گفتاردرمانی
۰/۱۱۶	۲/۴۷۴	عدم کفایت خدمات حمایتی سازمان بهزیستی در پاسخگویی به نیاز خانواده

\* معنی دار در سطح خطای ۵٪



همان‌طور که از نتایج تحقیق حاضر مشخص گردید، عواملی که «قبل از به تشخیص قطعی رسیدن اختلال گفتار و زبان کودک» به‌طور معنی‌داری بین دو گروه «مراجعه‌ین با تأخیر» و «مراجعه‌ین به‌موقع» تفاوت نشان داد و لذا می‌توان آنها را به‌عنوان عوامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه به گفتاردرمانگران برای تشخیص قطعی مشکل کودک و احتمالاً آغاز هرچه سریع‌تر پروسه مداخلات، تلقی کرد، عبارت بودند از: عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون وجود مشکلاتی از نظر گفتار و زبان در کودک، عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون انجام تست‌های غربالگری شنوایی برای کودک، عدم دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون انجام تست‌های غربالگری گفتار و زبان برای کودک، عدم آگاهی والدین پیرامون روند طبیعی رشد گفتار و زبان در کودکان، عدم آگاهی والدین پیرامون عوارض اختلالات گفتار و زبان در زندگی کودک، عدم انجام غربالگری‌های گفتار و زبان برای کودک قبل از ۳ سالگی، و عدم انجام تست‌های غربالگری کم شنوایی برای کودک قبل از ۳ سالگی.

عواملی که در تحقیق حاضر «بعد از به تشخیص قطعی رسیدن اختلال گفتار و زبان کودک» به‌طور معنی‌داری بین دو گروه «مراجعه‌ین با تأخیر» و «مراجعه‌ین به‌موقع» تفاوت نشان دادند و لذا می‌توان آنها را به‌عنوان عوامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه به گفتاردرمانگران برای آغاز هرچه سریع‌تر پروسه مداخلات، تلقی کرد، عبارت بودند از: نگرانی والدین از آشکار شدن مشکل کودکانشان نزد اطرافیان، انکار اختلال گفتار و زبان در کودک توسط والدین، وجود سایر اولویت‌ها و مشغله‌ها در زندگی والدین، اهمیت قائل نشدن والدین برای اختلال گفتار و زبان در سلامت کودک، باور والدین نسبت به درمان خودبخودی یا درمان‌های غیر توانبخشی این اختلال، و تجربه بهبود خودبه‌خودی و تدریجی اختلالات گفتار و زبان در نزدیکان و اطرافیان.

### بحث

همان‌طور که ملاحظه می‌شود از میان هفت عاملی که بین دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنادار نشان دادند، سه عامل به دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان، دو مورد به آگاهی والدین و دو مورد دیگر به انجام غربالگری برای کودک ارتباط داشته‌اند.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ توسط لیدرمن و همکاران در دانشگاه کالیفرنیا انجام شد، ارتقای سطح آگاهی والدین پیرامون اختلالات تکاملی (حرکتی، ذهنی و گفتار و زبان) را یکی از راهکارهای مؤثر در شناسایی و مداخله زود هنگام مطرح کردند (۱۳). بیلی و همکاران نیز در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه کارولینای شمالی عدم اطلاع والدین از علایم و نشانه‌های اختلالات تکاملی را یکی از عوامل عدم مراجعه جهت مداخله زود هنگام مطرح کردند (۱۴). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو بوده‌اند.

در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۴ ارمن فلدمن و همکارانش در مونترال کانادا دریافتند که عوامل مرتبط با پزشکان، مانند عدم درک شدت اختلال و عدم توانایی تشخیص دقیق مشکل و یا تردید در اثربخشی توانبخشی می‌تواند از عوامل مؤثر بر تأخیر در دریافت درمان به‌موقع و توانبخشی اختلالات تکاملی در کودکان باشد (۱۵). همچنین در مطالعه بیلی و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه کارولینای شمالی نیز بی میلی و کوتاهی متخصصان اطفال برای ارجاع کودکان کم سن و یا دارای اختلالات خفیف جهت مداخله زود هنگام و کوتاهی در استفاده و تفسیر آزمایشات و ابزارهای استاندارد در زمینه غربالگری تکاملی و رفتاری توسط متخصصان اطفال را در تأخیر مراجعه کودکان دچار انواع اختلالات تکاملی مؤثر دانستند (۱۴). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر از این نظر همسو می‌باشند که در مطالعه حاضر نیز مشخص گردید قبل از اینکه اختلال گفتار و زبان کودک به‌طور قطعی به تشخیص برسد، دریافت مشاوره صحیح از سوی پزشکان در مورد وجود مشکلاتی در گفتار و زبان کودک، و نیز مشاوره صحیح ایشان پیرامون انجام تست‌های غربالگری گفتار و زبان و تست‌های غربالگری شنوایی، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشته است و لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشاوره صحیح پزشکان نقش مهمی در مراجعه زود هنگام خانواده‌ها جهت انجام اقدامات تشخیصی برای کودک خود دارد.

اما همان‌طور که در نتایج تحقیق حاضر منعکس می‌باشد، بعد از این که اختلال گفتار و زبان کودک به‌طور قطعی به تشخیص رسیده، دریافت مشاوره و راهنمایی صحیح توسط پزشکان پیرامون مراجعه جهت گفتاردرمانی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداده است یا به‌عبارت دیگر این عامل نقش مهمی در مراجعه زود هنگام کودکان نداشته است. در توضیح این امر می‌تواند گفت که ممکنه است خانواده‌های ایرانی بعد از اینکه اختلال کودکشان به‌طور قطعی تشخیص داده می‌شود، خود بدون نیاز به توصیه و فشار پزشکان در جستجوی راه درمان آن برمی‌آیند.

همان‌طور که ذکر شد دو عامل از ۷ عامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه به هنگام کودکان دچار اختلالات گفتار و زبان قبل از تشخیص قطعی اختلال، به انجام شدن غربالگری (شنوایی یا گفتار و زبان) برای کودک ارتباط داشته است. همان‌طور که می‌دانیم در کشور ما بیش از ۱۰ سال است که غربالگری‌های شنوایی برای نوزادان در بسیاری از زایشگاه‌های سطح کشور اجرا می‌شود. ولی متأسفانه غربالگری‌های گفتار و زبان یا ارتباطی به‌طور همگانی تنها از ۱ سال پیش در سطح مراکز بهداشتی-درمانی کشور آغاز شده است. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۷ توسط پی-هسیا هونگ انجام شد او اعلام کرد که غربالگری و مداخله زود هنگام



مستلزم همکاری میان تخصص‌های مرتبط مختلف، هماهنگی میان تیم‌های آموزشی، مراقبت سلامتی، ارگان‌های اجتماعی، بیمارستان‌ها، سازمان‌ها، پیش دبستان‌ها و مهد کودک‌ها و خصوصاً توجه و حمایت دولت می‌باشد (۱۶).

همان‌طور که از یافته‌ها ملاحظه می‌شود هر شش عواملی که در تحقیق حاضر بعد از به تشخیص قطعی رسیدن اختلال گفتار و زبان کودک به‌طور معنی‌داری بین دو گروه «مراجعه‌ین با تأخیر» و «مراجعه‌ین به موقع» تفاوت نشان دادند، به‌نحوی به باورها و نگرش‌های ناصحیح والدین ارتباط داشته‌اند.

این در حالی است که برخی مطالعات به مؤثر بودن عواملی اشاره دارند که در مطالعه حاضر بین دو گروه «مراجعه‌ین با تأخیر» و «مراجعه‌ین به موقع» تفاوت معنی‌داری نشان داد. به‌عنوان مثال ارمن فلدمن و همکارانش در مونترال کانادا اظهار کردند که محل اقامت و عدم دسترسی مناسب به خدمات تأثیر زیادی در زمان مراجعه دارد (۱۵). در حالی که در پژوهش حاضر مشخص گردید فاصله مکانی از مطب پزشکان متخصص و نیز فاصله مکانی از مرکز ارائه دهنده خدمات گفتاردرمانی، تفاوتی بین دو گروه نداشته است.

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۷ پی - هسیا هونگ توجه و حمایت دولت و وضع سیاست‌ها و قوانین حمایتی و توجه به اثر بخشی سیاست‌ها و قوانین موجود برای حمایت از کودکان دارای ناتوانی در برخی از کشورهای دارای درآمد پایین یا درآمد متوسط را در تشخیص زودهنگام اختلالات ناتوان کننده مؤثر دانست (۱۶). همان‌طور که از نتایج مطالعه حاضر مشخص می‌شود دو گروه از نظر احساس عدم کفایت خدمات حمایتی سازمان بهزیستی در پاسخگویی به نیاز خانواده، وضعیت مشابهی داشتند، که این خود جای تأمل دارد.

در مطالعه‌ای که توسط بیلی و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در دانشگاه کارولینای شمالی انجام شد یکی از دلایل احتمالی برای عدم مراجعه به موقع جهت دریافت مداخلات زود هنگام برای کودکان، وجود سایر اولویت‌های والدین در زندگی و پرداختن به سایر مشغله‌ها عنوان شد (۱۴). همان‌طور که مشاهده شد یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان دادند که میزان درگیری و اهمیت دادن بیشتر به مشغله‌ها و اولویت‌های دیگر زندگی از سوی والدین، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان داد و می‌توان آن را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه به‌هنگام قلمداد کرد. بدیهی است که این عامل خود می‌تواند ثانوی به باورها و نگرش‌های نادرست والدین نسبت به اختلال گفتار و زبان کودکان پدید آمده باشد.

نهایتاً در میان عوامل دموگرافیک و فردی تنها عاملی که به‌طور معنی‌داری بین دو گروه «مراجعه‌ین با تأخیر» و «مراجعه‌ین به موقع» تفاوت نشان داد و لذا می‌توان آن را به‌عنوان عامل مؤثری بر تأخیر در مراجعه به گفتاردرمانگران برای آغاز هر چه سریع‌تر پروسه مداخلات،

تلقی کرد، وضعیت اشتغال مادران بوده است، به‌طوری که در بین مادرانی که فرزندان آنها به‌موقع برای تشخیص و درمان مراجعه داشتند، تعداد نسبتاً بیشتری در سازمان‌های دولتی مشغول به کار بودند. علت این امر را شاید بتوان در بالاتر بودن سطح آگاهی‌های مادرانی جستجو کرد که در ارگان‌های دولتی شاغل هستند که این خود می‌تواند به‌علت دریافت آموزش‌های حین خدمت یا ارتباطات و تعاملات بیشتر اجتماعی و بین سازمانی بوده باشد.

اما در سایر مطالعات به برخی عوامل دموگرافیک یا فردی دیگر نیز به‌عنوان عوامل مؤثر بر تأخیر در مراجعه اشاره شده است. به‌عنوان مثال ارمن فلدمن و همکارانش در مونترال کانادا نشان دادند که وضعیت اقتصادی تأثیر زیادی در زمان مراجعه کودکان دارای اختلالات تکاملی برای دریافت مداخلات به‌هنگام دارد (۱۵). همچنین در سال ۲۰۰۹ در دانشگاه کالیفرنیا مطالعه کاساندر و همکاران نشان داد که خانواده‌های دارای درآمد پایین و سواد پایین مشکلات بیشتری را در دستیابی به خدمات سلامت تجربه می‌کنند (۱۷). اما طبق یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که نه میزان درآمد خانواده و نه میزان تحصیلات والدین کودکان شرکت کننده در پژوهش، نقش تعیین‌کننده‌ای در زمان مراجعه این کودکان به‌منظور استفاده از خدمات گفتار درمانی، نداشته است. لازم به توضیح است که اکثر والدین (پدران و مادران) مورد مطالعه دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم بوده‌اند. توضیح این ناهم‌سویی در نتایج می‌تواند این باشد که آن چه موجب تأخیر در مراجعه والدین کودکان ایرانی برای تشخیص و درمان مشکلات سلامتی (به‌طور خاص مشکلات گفتار و زبان) کودکانشان می‌شود، مسایل اقتصادی یا سطح تحصیلات نیست. به‌عبارت دیگر، چه دارا و چه ندار، و چه با تحصیلات پایین و چه با تحصیلات بالا، به‌صورت مشابهی نسبت به مشکلات سلامتی فرزندان خود حساس بوده و واکنش نشان می‌دهند. البته این احتمال را نیز نمی‌توان از نظر دور داشت که افراد با درآمد بسیار پایین یا تحصیلات پایین تر از دیپلم به‌دلیل عدم مراجعه به مراکز مورد مطالعه، اساساً وارد مطالعه ما نشده‌اند و لذا قضاوت در مورد آنها جایز نیست.

در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۹ در دانشگاه کالیفرنیا توسط کاساندر و همکاران (۱۷) انجام شد مشخص گردید که ساختار خانواده (دو والدی در برابر تک والدی) نقش مهمی در شناسایی زود هنگام کودکان دارای اختلالات رشدی ایفا می‌کند. محققین علت احتمالی را به این صورت گزارش کردند که ممکن است خانواده‌های دو والدی نسبت به خانواده‌های تک والدی به منابع بیشتری دسترسی داشته باشند. ضمناً خانواده‌های تک والدی ممکن است بیشتر درگیر کار و سایر مشغله‌های زندگی باشند. در مطالعه حاضر با توجه به اینکه کلیه خانواده‌های مورد مطالعه در هر دو گروه دو والدی بوده‌اند، امکان این مقایسه فراهم نبوده است. شاید علت عدم مواجهه





و نشانه‌های اولیه اختلالات گفتار و زبان در کودکان و عوارض و پیامدهای آن در زندگی کودک و نیز وجود خدمات گفتاردرمانی و فواید آن، تدارک دیده شود، و در وهله دوم اقدامات مناسبی برای آموزش و ارتقای سطح دانش و بهبود نگرش پزشکان و متخصصان کودکان نسبت به اهمیت و ضرورت تشویق والدین برای تشخیص به موقع اختلالات گفتار و زبان و آشنایی با ابزارهای غربالگری و نیز وجود و فواید خدمات گفتار درمانی و ضرورت ارجاع به موقع کودکان جهت دریافت مداخلات به موقع گفتار و زبان، به عمل آید. از سوی دیگر تدارک منابع لازم مالی و آموزشی و اصلاحات ساختاری جهت توسعه اجرای غربالگری‌های منظم و همگانی شنوایی و گفتار و زبان با کیفیت بالا و مطابق با استانداردهای جهانی، از ضروریات می‌باشد.

بدیهی است که با افزایش تمایل خانواده‌ها و متخصصین برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی برای اختلالات گفتار و زبان کودکان، گسترش مراکز ارائه دهنده خدمات گفتاردرمانی و نیز افزایش نیروی متخصص در این رشته تخصصی نیز مورد نیاز مبرم خواهد بود.

به سایر پژوهشگرانی که مایل به مطالعه در این زمینه می‌باشند، اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای طولی برای تعیین تأثیر اصلاح هر یک از عوامل مؤثر منفی یا تقویت هر یک از عوامل مؤثر مثبت، بر زمان مراجعه کودکان دچار اختلال گفتار و زبان جهت دریافت خدمات گفتار درمانی، و نیز اجرای مطالعه مشابه برای سایر اختلالات تکاملی کودکان توصیه می‌شود.

محققین در مطالعه حاضر با خانواده‌های تک والدی اساساً همین عدم مراجعه آنها برای درمان کودک‌شان بوده باشد.

در همان مطالعه کاساندررا و همکاران دریافتند که دخترهای دارای اختلالات رشدی نسبت به پسرها دیرتر شناسایی می‌شوند و در توجیه این مطلب ایشان توضیحاتی در خصوص تبعیض‌های فرهنگی میان دو جنس ارائه دادند (۱۷). طبق یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر توزیع جنسی مشاهده نشد. لذا می‌توان استنباط کرد که در این مطالعه جنسیت کودکان دارای اختلال گفتار و زبان تأثیر معناداری در زمان مراجعه آنها برای دریافت خدمات گفتاردرمانی نداشته است. ولی لازم به ذکر است که به طور کلی در هر دو گروه تعداد مراجعین پسر بیش از مراجعین دختر بوده است که می‌تواند به دلیل شیوع بیشتر این اختلال در پسران باشد. محدودیت اصلی در مطالعه حاضر نوع نمونه گیری بود که در دسترس تعیین شده بود و به همین علت می‌تواند عامل عدم پوشش اقشار اجتماعی مختلف بوده باشد.

### نتیجه‌گیری

در مجموع بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان به دست اندرکاران و مسوولین امر پیشگیری و درمان در کشور پیشنهاد کرد که برای تسهیل مراجعه به هنگام خانواده‌ها برای تشخیص و درمان اختلالات گفتار و زبان کودک خود در وهله اول برنامه‌های آگاهسازی عمومی به منظور ارتقای آگاهی و بهبود باور و نگرش اقشار مختلف مردم نسبت به اهمیت آشنایی با مراحل رشد و تکامل گفتار و زبان کودک و علایم

### منابع

- 1-Ertiahi F, Khazaei H, Soleimani A, Mohammadi H. Prevalence of speech disorders in elementary students in Kermanshah City in the year 2009. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011; 15(3): 213-215.
- 2-Schery TK. Correlates of language development in language-disordered children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1985; 50(1) 733-168.
- 3-Northern JL, Downs MP. *Hearing in children*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- 4-Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res*. 2005;48(5):1114-7.
- 5-Naseh H. Assessment of disorders in clients of speech therapy clinics of the Exceptional Education Organization in BandarAbbas City in 2005. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2006; 10(3): 273-278.
- 6-Clegg J, Hollis C, Mawhood L, Rutter M. Developmental language disorders—a follow-up in later adult life. Cognitive, language and psychosocial outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(2):128-49.
- 7-Chapman RS, Seung H-K, Schwartz SE, Kay-Raining Bird E. Language skills of children and adolescents with Down syndrome: II. Production deficits. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1998;41(4):861.
- 8-Delgado CE, Vagi SJ. Early risk factors for preschool speech and language impairments. *Proceedings of the international Conference on infant Studies [Internet]*. 2004 [cited 2014 May 20]. p. 571-89. Available from: [http://www.chris.miami.edu/publications/research/early\\_risk\\_factors\\_for\\_preschool\\_speech\\_and\\_language\\_impairments.pdf](http://www.chris.miami.edu/publications/research/early_risk_factors_for_preschool_speech_and_language_impairments.pdf)
- 9-Law J, Garrett, Zoe, Nye, Chad, Campbell Collaboration. *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder*. Campbell Collaboration; 2003.
- 10-Cohen NJ. The impact of language development on the psychosocial and emotional development of young children. *Encyclopaedia on Early Childhood Development*. 2005; 24(7): 241-49.
- 11-Bauer SC, Smith PJ, Chien AT, Berry AD, Msall M. *Educating Pediatric Residents About Developmental and Social-Emotional Health*. *Infants & Young Children*. 2009; 22(4): 309-12.
- 12-Hayes D, Northern JL. *Infants and hearing*. San Diego: Singular Pub. Group; 1996.
- 13-Leatherman ST, McCarthy D, Commonwealth Fund. *Quality of health care for children and adolescents: a chartbook*. New York, NY: Commonwealth Fund; 2004.
- 14-Bailey DB, Hebbeler K, Scarborough A, Spiker D, Mallik S. First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics*. 2004; 113(4): 887-96.
- 15-Ehrmann Feldman D, Couture M, Grilli L, Simard MN, Azoulay L, et al. When and by whom is concern first expressed for children with neuromotor problems? *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2005; 159(9): 882-90.
- 16-Huang P-H. The Development and Current Situation of the Early Intervention for Children with Developmental Delay in Taiwan. *International Journal of Child Care and Education Policy*. 2007;1(1):45-58.
- 17-Guarino CM, Buddin R, Pham C, Cho M. Demographic factors associated with the early identification of children with special needs. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2010;30(3):162-75.

# Factors Affecting Delayed Referral for Speech Therapy in Iranian Children with Speech and Language Disorders

Vameghi R. (M.D.)<sup>1</sup>, HajiBakhtiari M. (M.Sc.)<sup>2</sup>, \*Hatamizadeh N. (M.D.)<sup>1</sup>, Biglarian A. (Ph.D.)<sup>3</sup>, Rahchamani M.R.(M.D.)<sup>4</sup>

## Abstract

**Objective:** Early detection of children who are at risk for speech and language impairment and those at early stages of delay is crucial for provision of early intervention services. However, unfortunately in Iran, this disorder is not identified or referred for proper treatment and rehabilitation at early critical stages.

**Materials & Methods:** This study was carried out in two phases. The first phase which was qualitative in nature carried to identify all potentially affective factors through literature review as well as by acquiring the viewpoints of experts and families on the issue. Twelve experts and 9 parents of children with speech and language disorders participated in semi-structured in-depth interviews, thereby completing the first draft of potentially affective factors compiled through literature review. The completed list of factors finally led to the design of a questionnaire for identifying "factors affecting late referral in childhood speech and language impairment". The questionnaire was approved for face and content validity. The cronbach's alpha was determined to be 0.81.

Two groups of parents were asked to complete the questionnaire: the parents of children who had attended speech and language clinics, after their child was 3 years old and those who had attended before their child was 3 years old, as the case and control group, respectively.

**Results:** According to the results, among the seven factors which showed significant difference between the two groups of children before definite diagnosis of speech and language disorders was arrived for the child, 3 factors were related to the type of guidance and consultation received by the family from physicians, 2 factors were related to parents' lack of awareness and knowledge, and 2 factors were related to the screening services received. All six factors showing significant difference between the two groups after definite diagnosis of speech and language disorders was arrived for the child were somehow related to the parents' misbeliefs and incorrect attitude towards the issue.

**Conclusion:** It is suggested to pay more attention to proper public awareness in child health and development issues to improve right knowledge and attitude toward it. Implementation of courses for pediatrics and other related medical therapists is also recommended.

**Keywords:** Delayed diagnosis referral, Speech and language impairment, Child, Rehabilitation

Receive date: 22/12/2013

Accept date: 18/02/2014

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

2-M.Sc. in Management of Rehabilitation, Department of Management of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3-Ph.D. in Biostatistics, Assistant Professor, Department of Biostatistic, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

4-Physician, Lecturer of Basic Sciences Department University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

**\*Correspondent Author Address:**

Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar St., Daneshjoo Blvd., Evin, Tehran, Iran.

\*Tel: +98 (21) 22180099

\*E-mail: nikta\_h@yahoo.com