

Research Paper**Assessing Children's Access to Speech Therapy Services During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study**Marzieh Takaffoli¹, Meroe Vameghi¹, Hoda Mowzoon^{2,3}, Farin Soleimani³, Maryam Ashour¹, *Fatemeh Hassanati^{2,3}

1. Social Welfare Management Research Center, Social Health Research Institute, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Pediatric Neurorehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Takaffoli M, Vameghi M, Mowzoon H, Soleimani F, Ashour M, Hassanati F. [Assessing Children's Access to Speech Therapy Services During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(Special Issue):604-635. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.3>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.3>

ABSTRACT

Objective Given the global emergence of the COVID-19 pandemic, notably in Iran, implementing preventive measures and protocols has constrained the accessibility of rehabilitation services, such as speech therapy. Among the demographic groups significantly impacted by the pandemic are children, who are particularly susceptible to adverse outcomes when faced with delays in receiving essential speech therapy services. Accordingly, this study explores the accessibility of speech therapy services for children in Tehran City, Iran, during the pandemic using a qualitative methodology based on the perspectives of speech therapists and caregivers.

Materials & Methods This study explored participants' encounters with accessing services after the outbreak of COVID-19 and its associated determinants in Tehran City, Iran. This was achieved through comprehensive semi-structured interviews with speech therapists and primary caregivers of children, employing the conventional qualitative content analysis approach. The participants consisted of 9 speech therapists and 10 mothers until data saturation. They were interviewed and the data was analyzed using the MAXQDA software, version 2020.

Results The results explained the status of children's access to speech therapy services in four main areas: reducing accessibility (delay in initial specialist diagnosis, change in the schedule of the treatment plan, change in the type of treatment plan), aggravating factors (basic factors, related to face-to-face services, and telepractice), modifying factors (associated with the macro health system, centers, telepractice, family, and child) and consequences (for the child and the family).

Conclusion The results demonstrated the dominant experience of reducing children's accessibility to speech therapy services in Tehran City, Iran, especially in the first year. This experience has been dynamically affected by exacerbating and modifying factors, and over time, modifying factors have had a greater impact, or the power of aggravating factors has been mitigated. Hence, strengthening the modifiers and dealing with the factors that exacerbate the change in access should be addressed by service providers and policymakers both in normal conditions and to prepare for events similar to the COVID-19 pandemic.

Keywords COVID-19, Coronavirus, Speech therapy, Child, Iran, Accessibility, Rehabilitation services

Received: 26 Dec 2023

Accepted: 22 Jul 2024

Available Online: 01 Nov 2024

*** Corresponding Author:****Fatemeh Hassanati, Assistant Professor.****Address:** Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.**Tel:** +98 (917) 1902083**E-Mail:** fatemehhasanati64@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

English Version



Introduction

With the onset of the COVID-19 pandemic crisis worldwide, including Iran, the necessity of COVID-19 prevention and treatment has turned into a national priority for all communities. Although COVID-19 affected children around the world, the distribution of its consequences was not identical for all children in the world, and children and families who had been vulnerable were at a higher risk of deprivation and harm [1-4].

According to studies, children with disabilities and special needs have been one of the primary groups experiencing considerable inequalities, damages, and deprivations during the COVID-19 pandemic [1, 3-5]. Specifically, among the groups of children with special needs are children and adolescents with developmental communication disorders (such as autism, developmental delay and hearing loss) and swallowing disorders who need to receive rehabilitation services, particularly speech therapy, on a weekly or even daily basis. Speech therapy services are provided using various methods based on the disorder's type and severity and the client's needs and conditions. According to the American Speech-Language-Hearing Association classification, speech therapy services are provided in four ways, including public and private health services, at schools, and remote services [6]. A notable point regarding the speech therapy services required by children with special needs is that providing these services often requires face-to-face communication; however, with the onset of COVID-19 and imposing compulsory social restrictions, children's access to face-to-face speech therapy services was seriously influenced by the various consequences of the pandemic [7]. Accessibility is a significant concept in health policies and health service research [8], meaning the opportunity and ability to use health resources under any condition [9]. Equitable access to healthcare services leads to improving the level of health and providing equal opportunities in society [10].

In different countries, including Saudi Arabia and the United Arab Emirates, numerous studies have investigated the adverse effects of challenges and restrictions related to COVID-19 control on creating restrictions on access to speech therapy services [11-13]. For instance, Al Awaji, Almudaiheem [11] in Saudi Arabia assessed the nature of the changes in providing speech and language services during COVID-19. According to the caregivers' reports, only 50% of the children had access

to services and the majority of respondents reported stopping the treatment sessions. In the United States, Jeste, and Hyde [14] also evaluated the access status of children with developmental disorders to health and educational services. Their study population consisted of elementary school children. According to the parents' reports, 74% of these children had access to medical and educational services, 36% had no access to healthcare providers, and only 56% reported that their children received some services in the form of remote education.

Regarding the consequences of reduced accessibility to speech therapy services, a major part of children in need of speech therapy services is in the specific and golden time of speech and language development; hence, any interruption in receiving services timely can cause permanent language, speech, and communication disorders in these children [11, 12, 15], culminating in decreased quality of life and psychosocial health for them and their families [12, 15]. On the other hand, as mentioned, these consequences are not identical for all children, further overshadowing some groups, including children with special needs [4]. Studies conducted in this regard have demonstrated that the pattern of referring and using services varies due to the living conditions of children and their caregivers [13]. For example, access to speech therapy services among urban and rural families has been different during the pandemic because of various distances from the centers or the inability to afford transportation costs [11, 16].

Accordingly, it is necessary and of high priority to pay attention to this group of children and investigate the effect of COVID-19 and its consequences on their access to rehabilitation services, including speech therapy. In Iran, children's access to speech therapy services during the pandemic has not been specifically assessed. Therefore, a qualitative study can provide profound and detailed dimensions of the subject based on the perspectives and experiences of the individuals who experienced it, including speech therapists and caregivers. Hence, the current research aimed to comprehensively investigate the access status of children in Tehran City, Iran, to speech therapy services during the pandemic using a qualitative approach to examine both the participant's experiences of the accessibility and the factors contributing to such access during this era [17].

Materials and Methods

Research type

In this study, the experiences related to the accessibility of speech therapists and children's primary caregivers to in-person and remote services since the COVID-19 outbreak were investigated using the conventional content analysis method in Tehran between October and March 2022.

Study participants

The participants of this study consisted of speech therapists providing services to children and primary caregivers of children in need of speech therapy services. The inclusion criteria for therapists included having at least three years of speech therapy work experience before the onset of COVID-19 and holding at least a bachelor's degree in speech therapy. The inclusion criteria for caregivers included having a child under 18 years of age with developmental speech, language and swallowing problems; their child's participation in at least five speech therapy sessions (in-person or remote) before the onset of COVID-19 in a fixed speech therapy center in Tehran City, Iran, and the continuation of these sessions during the COVID-19 era to compare conditions; and parents' reading and writing literacy to the extent of completing the consent form and understanding the questions.

Sampling procedure

Sampling started purposefully from speech therapists and the children's primary caregivers and continued until reaching data saturation. To increase diversity in qualitative sampling, we selected specialists from different city districts and public and non-public centers (universities, public centers, charities, and private centers). Furthermore, for caregivers, we tried to select samples with the highest diversity in socioeconomic status, type of speech disorder, child's age, type of therapeutic intervention, and treatment duration.

Data collection

This study collected participants' experiences using semi-structured, in-depth interviews with speech therapists and children's primary caregivers. The mean interview duration was about 74 min for therapists and 40 min for mothers. The central topics of the interview questions were as follows: participants' experiences of changing the access of children and families to speech

therapy services during the pandemic; the participants' experiences of the characteristics of the child and family in their changed access to speech therapy services during the pandemic and participants' experiences of receiving remote speech therapy services during the pandemic.

Data analysis

Findings obtained from in-depth interviews with specialists and primary caregivers were analyzed using MAXQDA software, version 2020 and the qualitative content analysis approach Graneheim and Lundman [18] Simultaneously with performing the interviews.

Trustworthiness and rigor

In Lincoln and Goba's qualitative research, four criteria have been proposed for the trustworthiness and rigor of qualitative data: Credibility, transferability, dependability, and confirmability [19]. The research team attempted to elevate the credibility by engaging in the data for a long time and spending adequate time collecting and analyzing the data (about a year), applying various therapist-caregiver perspectives, conducting an acceptable number of interviews and reviewing data, and coding and categorizing by research team members at different stages. Regarding transferability, we increased participants' diversity in the experience of the intended subject. Regarding dependability, all primary data collected from the interviews were carefully maintained and available at all stages; thus, it was possible to refer to the primary data several times to ensure the collection and analysis process. Moreover, meetings were held with the research team to ensure the presence of an equal and coordinated framework for data collection and analysis to ensure the research's dependability. Ultimately, for confirmability, in addition to the precise and detailed recording of the whole work process, which made it possible to continue the process with other researchers, several interviews, codes, and categories were provided to other members of the research team, and the accuracy of these codes was checked and reviewed.

Results

Participants' characteristics

This study interviewed 9 speech therapists and 10 mothers in Tehran City, Iran, along with the children's primary caregivers. The participants' information is presented in [Tables 1](#) and [2](#).

Table 1. Speech therapists' information

Characteristics		(%)
Gender	Female	88.5
	Male	11.5
Education level	Bachelor	22.2
	Master	66.6
	Doctorate	11.1
	Other	0
Type of center	Public	22.2
	Charity	11.1
	Private	66.6

Archives of
Rehabilitation

Status of children's access to speech therapy services during the COVID-19 pandemic

The current research was conducted to determine the status of children's access to speech therapy services during the COVID-19 pandemic and the role of social factors impacting this access in Tehran City, Iran. The findings of this study consist of four main categories: reduced accessibility, intensifiers of reduced accessibility, modifiers of reduced accessibility, and consequences of reduced accessibility. The following introduces these categories, and quotes are mentioned for each category.

Reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

As shown in [Table 3](#), according to the participants' perspectives, during the COVID-19 period, the delay in early specialized diagnosis, inevitable changes in the treatment plan schedule and changes in the type of treatment plan all resulted in children's reduced accessibility to these services.

Delay in early specialized diagnosis

The participants believed that during the pandemic, as a result of the temporary closure of centers and clinics,

Table 2. Primary caregivers' information

Characteristics		%
Caregiver's gender	Female (mother)	100
Child's gender	Male	60
	Female	40
Caregiver's education level	High school	10
	Diploma	10
	Associate	10
	Bachelor	70
Type of center	Public	20
	Charity	20
	Private	60
Number of children	The only child	70
	Two children	20
	Three children and above	10

Archives of
Rehabilitation

Table 3. Reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

Subcategory 1	Subcategory 2
Delay in early specialized diagnosis	Reduced accessibility to a specialist
	Reduced the necessity of referring to a specialist
	Reduced accessibility to diagnostic resources in the education system
Changes in the treatment plan schedule	Reduced number of treatment plan sessions
	Increased interval between treatment plan sessions
	Interruptions between treatment plan sessions
Changes in the type of treatment plan	Restricting specialized interventions with a high risk of transmission
	Restricting home services
	Restricting group therapy
	Restricting community-based interventions
	Replacing specialized interventions with family counseling and training

reduced specialists' activities, assumed unnecessary to refer to speech therapy by doctors and families because of the fear of illness, and closure of schools or remote education at schools and kindergartens, as one of the major sources of early diagnosis of children's speech and language problems- a considerable population of children were deprived of early diagnosis.

Changes in the treatment plan schedule

According to participants' experiences, during this period, the usual treatment plan schedule also changed, leading to reduced children's regular access to speech therapy services. During the pandemic, the number of sessions scheduled for a child's treatment plan decreased due to considerations concerning complying with protocols, reducing working hours in centers, increasing families' financial problems, and their inclination to be less present in public places. Also, due to the increased interval between clients to comply with health protocols in the clinics and, thus, reduced number of daily visits, the time interval between children's treatment sessions also extended, which was a reason for the prolonged treatment process per se. Furthermore, during the COVID-19 era, particularly in the first two years of its peak, numerous interruptions were created in the scheduled sessions. These interruptions were considerable, particularly in the initial months when most centers were closed. There were also many other reasons causing serious disruption in the access to services, such as numer-

ous peaks of COVID-19, infection of therapists, center staff, children, or family members with COVID-19 and the necessity of passing the quarantine period.

Changes in the type of treatment plan

From the participants' perspectives, COVID-19 and its continuous peaks in Iran gave rise to changes in the type of speech therapy services. Some interventions were restricted and abandoned, such as oral massage that required touch and close contact with the child, interventions that required removal of the face mask, or interventions that were implemented with tools that could not be disinfected. Additionally, numerous medical centers discarded group therapy. Concerning speech therapy services at home, several therapists primarily restricted these services. On the other hand, the cost of these services was raised during the COVID-19 peak, so they were mostly available only to wealthy families. Another remarkable point mentioned both by caregivers and therapists was the dependency of the treatment of children with speech disorders on social and communication interactions in normal living environments, in which children's social interactions became restricted during the pandemic, particularly in the first year.

The following quotes from the participants are related to the reduced accessibility during the COVID-19 pandemic main category:

“Since Abolfazl got constantly sick, I could not come every day. For example, I made an interruption for one month. I could not come back here until he improved because they said that they would not work with him if he had the slightest symptoms, so I had to let him get better to be able to come here” (caretaker No. 03; the subcategory of “interruption in treatment plan sessions”);

“Some families are so busy with their affairs that they do not have any time to do anything for their children except TV, cartoons, phones, etc. If it were not for the COVID-19 period, the child would go to kindergarten and preschool centers, and since the child was included in the educational system, the kindergarten trainer noticed that the child had a problem understanding the concepts. Due to the lack of such condition, they said, ‘We did not think at all that the child has such a problem.’” (speech therapist No. 07; the subcategory of “reduced accessibility to diagnostic resources in the education system”).

Intensifiers of reduced accessibility during the COVID-19 Pandemic

During the COVID-19 pandemic, particularly in its first year, in addition to the changes that resulted in children’s reduced accessibility to speech therapy services, some factors intensified this limitation and reduced accessibility in various dimensions. These factors can be proposed in three main categories: Basic factors, factors related to in-person services, and factors related to remote services (Table 4).

Basic factors

The experiences of families and therapists in this study indicated that, on the one hand, the reduced income and, on the other hand, the increased cost of families during the COVID-19 period, specifically the increased cost of speech therapy services, led to the child’s non-continuation of treatment or non-referral for early intervention. Furthermore, compliance with health protocols (such as buying disinfectants or not using public transportation) doubled economic pressure on families. Concerning the reasons for the increased cost of speech therapy, it was suggested that given the high crowd of referrals and low compliance with health protocols in public centers, families were more inclined to private centers. Also, in this period, since home services became more challenging and transportation costs increased, the cost of home services increased. Another substantial factor was the low awareness of families regarding the golden age of development, the importance of early intervention, the neces-

sity of speech therapy services in the pandemic conditions, and, consequently, the delay in receiving services.

Factors related to in-person services

At the level of in-person services, the intensifiers of reduced accessibility were divided into three sections: Factors related to speech therapy centers, the family and the child.

Factors related to speech therapy centers

The participants’ experiences indicated that except in the initial months of the onset of the pandemic, when most centers faced compulsory closure to control the pandemic, in the subsequent peaks of COVID-19, some private centers were temporarily closed for some time. In the initial months of the pandemic, there were problems in producing and distributing preventive equipment, including face masks and alcohol, this shortage of equipment culminated in reduced service provision. Furthermore, the change of use in the speech therapy departments in public centers to the specialized coronavirus departments or the proximity of private and public speech therapy centers to treatment centers for COVID-19 patients induced fear in families and seriously reduced their referral to speech therapy centers. Finally, during the pandemic, similar to many businesses, speech therapy centers also faced serious economic problems, resulting in the closure or displacement of many private centers.

Family’s obstacles and limitations in receiving in-person services

One of the most crucial factors that interrupted children’s access to in-person speech therapy services through referrals to centers was families’ concern about their child and their other children contracting COVID-19. This concern was higher in families who used public transportation or telephone and Internet taxis. Similarly, the families who went to Tehran medical centers from nearby villages and cities faced problems in the initial months of the pandemic because of intercity traffic restrictions. On the other hand, during the pandemic, access to relatives and nurses to care for children decreased, leading to more psychological burden, fatigue, and high responsibility of caregivers, consequently not visiting the centers. Also, before the pandemic, the simultaneous presence of caregivers in the waiting room of medical centers led to the shaping of a social support network of families. This support network was an incentive for families to continue treatment and the

Table 4. Intensifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

Subcategory 1	Subcategory 2	Subcategory 3
	Basic factors	<p>Increased family economic challenges</p> <p>Family's low awareness of the necessity and priority of speech therapy services</p> <p>Uncertainty about the future and return to normal conditions</p>
Factors related to in-person services	Factors related to speech therapy centers	<p>Temporary closure of centers due to the peaks of COVID-19</p> <p>Centers' lack of access to the means and equipment for the prevention of COVID-19 in the initial months</p> <p>Admission of patients with COVID-19 in public centers</p> <p>Simultaneous provision of services by different therapists</p> <p>Disbanding and complete closure of private centers</p> <p>Worry about family members contracting COVID-19</p>
	Family's obstacles and limitations in receiving in-person services	<p>Increased challenges of family commuting</p> <p>Reduced resources of social support for the family</p> <p>Reduced possibility of family participation in the treatment process</p>
	Child's obstacles and limitations in receiving in-person services	<p>Disorders vulnerable to COVID-19</p> <p>Low severity disorders</p> <p>Young age</p> <p>Low possibility of complying with health protocols for the prevention of COVID-19</p>
Factors related to remote services	Inherent limitations of remote services	<p>The child-therapist limited interaction in remote services</p> <p>More difficulty in controlling and attracting children's participation in remote services</p> <p>Internet low speed and reduced connection</p>
	Infrastructural limitations of remote services	<p>Executive and administrative restrictions on the use of virtual facilities</p> <p>Restriction in required hardware infrastructures</p> <p>Restriction in appropriate software infrastructures for speech therapy services</p> <p>The challenge of respecting children's privacy and confidentiality in remote services</p>
	Speech therapists' obstacles and limitations in providing remote services	<p>Therapist's more difficulty and challenges to offer remote services</p> <p>Low preparation, knowledge, and skills to provide remote services</p> <p>Non-acceptance of remote services by the families</p>
	Family's obstacles and limitations in receiving remote services	<p>Family's restricted access to appropriate facilities for virtual communication</p> <p>Limited access to speech therapy tools at home</p> <p>Family's low awareness and skills to effectively implement interventions at home</p>
	Children's obstacles and limitations in receiving remote services	<p>Disorders requiring contact intervention/touch and massage</p> <p>Cognitive and communication disorders</p> <p>Young age</p>

necessity of complying with health protocols led to the elimination or weakening of this network. At last, holding children's school classes remotely and increasing the mother's responsibilities were serious obstacles to mothers attending medical centers and exercising at home. In this regard, increasing the father's role was also notable in this era. Many families reported that due to the father's greater time of presence at home, family disputes increased due to reasons such as the father's unemployment, disagreements about how to follow health protocols, and doubts about the efficacy of speech therapy interventions. Therefore, they encountered the father's more serious opposition to continuing the treatment.

Child's obstacles and limitations in receiving in-person services

According to the findings, COVID-19 prevention was the priority of families for children more vulnerable to COVID-19, such as children with cerebral palsy with a weaker immune system. For children with less severe disorders or children in the pre-language stage or at the preschool age, the family was less concerned about treatment. Thus, in significant cases, the golden age of these children was lost for timely intervention. For children with more severe mental disorders or younger children who did not understand health protocols, the family and even therapists preferred not to visit in person.

Factors related to remote services

During the pandemic, several centers and therapists provided remote speech therapy services. The participants noted that although this type of service provided access for some groups of children during the COVID-19 peak, this replacement gave rise to deprivation and reduced accessibility for other groups. In fact, for various reasons, these services were not provided by all centers and therapists or were not accepted by some families. Some of these factors are mentioned below.

Inherent limitations of remote services

From the participants' perspectives, the child-therapist direct interaction was very important when receiving speech therapy services. In contrast, in remote services, the child-therapist immediate communication, particularly physical contact for interventions requiring touch and massage, became limited. In this regard, another obstacle was the low possibility of attracting the child's participation and control and also controlling the conditions of the home as the treatment environment. The centers' controlled settings and the child-therapist di-

rect communication resulted in the child's cooperation and the treatment's efficacy; however, at home, the exercises were mostly not performed or performed with very low quality. Also, home conditions, including family disputes, crowdedness, the lack of private and quiet space, and the family's skills in using remote services, affected the quality of services.

Infrastructural limitations of remote services

The presence of infrastructural limitations for remote services in Iran is a serious obstacle to the inclination of centers and the possibility of families accessing these services. [Table 4](#) provides the details and dimensions of these infrastructural limitations of remote services from the participants' perspectives.

Speech therapists' obstacles and limitations in providing remote services

Speech therapists participating in this study believed that remote interventions required more time, and the possibility of professional relationship management was reduced during the pandemic. Also, given the Internet problems, the session duration for each family usually became more extended than the time of in-person sessions. Thus, speech therapists also needed to spend more time and money preparing educational content or reviewing videos sent by families than in-person sessions. Another obstacle was the unexpected and sudden conditions of COVID-19, which sometimes culminated in the sudden replacement of in-person services with remote services. At the same time, the therapists were not adequately prepared for these conditions. Most had low knowledge and skills to work with online network platforms, specialized speech therapy programs, principles and practices of providing remote services, and how to produce and disseminate educational content.

Family's obstacles and limitations in receiving remote services

In this period, some families did not accept these remote services as a specialized intervention. One of the serious obstacles was the problems of access to speech therapy tools and appropriate facilities for remote communication due to the high cost of the Internet and holding school classes as remote and consequently, the need for concurrent access to multiple appropriate devices. Finally, the family's low awareness and skills for effective implementation of interventions at home caused specialized speech therapy services not to be as effective as expected. Low knowledge and abilities were

considerable in various dimensions, including low skills in working with electronic tools, applications, and software, low skills in the way of communicating with the child and attracting their cooperation and low skills and accuracy of the therapist in transferring the training and intervention to the child, leading not only to the child not progressing but also to increase their problems.

Child's obstacles and limitations in receiving remote services

Children in need of oral massage and contact interventions, particularly those with swallowing disorders, and children who lack the cognitive ability to use communication media or lack the required communication and interaction ability due to their young age or the type of disorder did not have the opportunity to use remote services completely. Thus, according to the participants' experiences, the service provision for some children was limited to education and counseling to the caregiver.

The following quotes from the participants are related to the "intensifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic" main category:

"In any case, subjects whose jobs have been somehow affected by COVID-19, for example, taxi drivers or jobs of this type, their economic status was so affected that speech therapy services were no longer their primary priorities" (caregiver No. 09; the subcategory of "increased family economic challenges");

"My husband was at home and did not let me do this. Nafiseh was crying; she did not cooperate to perform the exercises. My husband said, 'Let her go; now it is not the time for this.' He was working at home all day. My job was to do exercises when my husband was not around" (caregiver No. 08; the subcategory of "reduced possibility of family participation in the treatment process");

"I mean, we should be taught. Why did we suffer so much? Because we did not know. I did not know how to use WhatsApp. I learned a lot by trial and error how to make a plan, how to communicate" (speech therapist No. 01; the subcategory of "low preparation, knowledge, and skills to provide remote services").

Modifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

According to the participants' perspectives, during the pandemic, particularly in its first two years, some factors gradually took the role of modifiers of the created limi-

tations in children's access to speech therapy services, which, in some cases, even resulted in children's full access to their needed services (Table 5).

Factors related to the macro health system

This study's findings revealed that vaccination reduced disease severity and duration, as well as anxiety and worry about getting infected. Also, public centers were active from the onset of the pandemic and even at its peak. The caregivers who visited or made phone calls benefited from the required training for the minimum continuity of services during the pandemic's peak.

Factors related to service provision centers

Concerning the facilitating role of centers in the continuation and return to services, one of the most significant factors was the degree of compliance with health protocols in the centers (physical structure and arrangement, such as proper ventilation, large waiting space, marked seats, and the use of face masks and alcohol by the staff of the centers), which helped enhance the confidence and mitigate the concerns of the families. Moreover, families exhibited more inclination for private centers, particularly single-therapist centers, due to low population density. On the other hand, using various creative methods, such as replicas or films instead of removing the face mask and reducing the physical distance, was the incentive and facilitator for families. Another critical factor was the centers' efforts to follow up on the families to return to treatment after the closure during the initial months. Finally, the centers' attention to welfare and support resources for families, including providing hygiene products, such as face masks or alcohol, increasing the discount possibility, using the network of donors and support resources outside the center, and facilitating the insurance process, were all incentives and facilitators for treatment continuation, particularly for the strata in the lower economic class.

Factors related to remote services

Developing appropriate remote services in centers and offering families the opportunity to combine or accompany them with in-person services played a remarkable role in families' access to speech therapy services. In the first place, remote services were an appropriate alternative for families who were extremely worried about getting infected with COVID-19 so that their children would not be deprived of speech therapy services. Another essential advantage of remote services was resolving the challenges concerning commuting,

Table 5. Modifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

Subcategory 1	Subcategory 2
Factors related to the macro health system	Public vaccination against COVID-19 Activities of public centers throughout the COVID-19 period
Factors related to service provision centers	Compliance with health protocols for the prevention of COVID-19 Creativity in providing in-person services plus compliance with protocols Attention to welfare and support resources for families in medical centers Follow up on the family to return the continuance of services
Factors related to remote services	Immunity against the COVID-19 transmission Higher flexibility of services for coordination Removal of obstacles related to distance and family commuting The therapist's creativity in providing remote services The presence of specialized programs for providing remote services Establishing and developing the context and capacity to educate families
Family-related factors	Family's high awareness Ease of commuting to centers Having supplemental insurance
Child-related factors	More severe disorders School entry age

Archives of
Rehabilitation

particularly for children in cities and villages near Tehran. Considering the possibility for the family to receive remote services at home, at different times, and even on holidays, there was a higher flexibility for coordination, particularly for families with busy schedules and several children. Moreover, the therapists' creativity in applying various remote educational and therapeutic methods could enhance the quality of remote communication and effectiveness. Finally, remote services have provided a foundation for increasing the awareness of families. During this era, various types of educational videos and materials were shared with the public on virtual networks, and therapists also prepared audio or video educational files for families following their child's needs, which the family could review several times.

Family-related factors

A major factor in starting and continuing children's treatment, even at the COVID-19 peak, was the family's level of awareness. This awareness was manifested

in various dimensions of children's growth and development, as well as the necessity of the golden age of child development, the importance of speech therapy interventions, awareness of COVID-19 and ways of COVID-19 prevention, resulting in the fact that families did not forget speech therapy despite the concerns about COVID-19. On the other hand, in receiving in-person services, families emphasized that their proximity to medical centers and having a private vehicle reduced their costs and worry about illness. Finally, supplementary insurance was also crucial in facilitating access to services.

Child-related factors

Families were more concerned about treatment interruptions for children involved in more serious disorders, such as severe Autism. Additionally, for school-aged children, due to the feeling of pressure stemming from the assessment program for the child's admission to the

Table 6. Consequences of reduced accessibility

Subcategory 1	Subcategory 2
Consequences for the child	Reduced early diagnosis and intervention
	Worsened disorders requiring speech therapy services
Consequences for the family	Prolonged process of speech therapy
	Exacerbation of family challenges
	Reduced family's social support network
	Reduced motivation and hope for treatment

Archives of
Rehabilitation

school, the family placed more importance and priority on speech therapy.

The following quotes from the participants are related to the “modifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic” main category:

“Even a clinic that is a single-therapist center, I mean because I am the only therapist. Since it was my clinic, those who already recognized me knew that I was the only therapist and there was no one else there, except me, and a secretary. So, they were slightly more assured. Such individuals came back again, and they were assured” (speech therapist No. 03; the subcategory of “compliance with health protocols”);

“In that one year when they closed the clinic, I did not take Abolfazl there. Although there was COVID-19, I always wanted the sessions to be in-person because it was my son’s golden age, and my son had to go to school. Whatever it was, Abolfazl had to go to school. Whatever happened, I did not care much. However, the clinics were closed. I did not fear COVID-19; I feared my son not going to school” (caregiver No. 03; the subcategory of “family’s high awareness”);

“When the new cases arrived, the conditions were critical. It means that the family could not afford it anymore; the situation was terrible. They had already said that age was increasing and they could not do anything. The Autism case is so terrible. There are so many pronunciation errors. A terrible learning disorder that is very distinct and obvious. Such individuals started calling and came” (speech therapist No. 07; the subcategory of “more severe disorders”).

Consequences of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic

Finally, the findings of the present study are related to the consequences of reduced accessibility to services due to COVID-19. As shown in Table 6, children’s reduced accessibility to speech therapy services has negatively affected the child and the family.

Consequences for the child

During the pandemic, the less presence of children and families in public places, particularly at school and kindergarten, caused children’s problems and disorders not to be diagnosed timely or the possibility of visiting a specialist timely not to be made. Furthermore, due to the interruption of treatment, reduced quality of services or non-continuation of specialized interventions, and reduced social interactions of children during this period, all types of disorders worsened, and cases such as delayed speech became more common.

Consequences for the family

Children’s reduced accessibility to speech therapy services during the pandemic, in addition to having negative consequences for children, affected families, and caregivers as well. During this era, conflicts between parents regarding the necessity of receiving services and managing the challenges of accessing services intensified. Moreover, caregivers’ reduced commuting to treatment centers and also their less interaction with each other when attending the centers due to complying with social distancing were obstacles to creating motivation and hope for their children’s treatment.

The following quotes from the participants are related to the “consequences of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic” main category:

“The children born in this period passed the important development period in under two years of this social, communication, and verbal isolation process. Now the child is two and a half years old, is three years old, and still cannot talk. I provided counseling to many of them, to the family, to create this communication, social, and verbal enrichment process for the child, and after three months or four months, I followed up again; a large percentage of them were placed in the normal growth process after the child’s enrichment” (speech therapist No. 02; the subcategory of “worsened disorders requiring speech therapy services”);

“For example, because of my husband’s unemployment, we had disputes and fights. When he did not go to work, this made him say, ‘Do not send him to speech therapy sessions to reduce the costs.’ I said, ‘No, I must send him. We can reduce eating, but he must go to speech therapy.’” (Caregiver No. 06; the subcategory of “exacerbation of family challenges”).

Discussion

This study investigated the experiences of speech therapists and children’s primary caregivers regarding children’s access to speech therapy services during the COVID-19 pandemic. The findings indicated that the dominant experience was children’s reduced accessibility to these services in Tehran, particularly in the first year. Intensifiers and modifiers dynamically influenced the understanding of reduced accessibility. Over time and with the decreased likelihood of contracting the disease, modifiers had a greater influence or intensifiers became weaker so that after the second year of the pandemic until the time of conducting the study, the participants’ experiences revealed a return to relatively normal conditions of the pre-COVID-19 era.

Regarding the “reduced accessibility during the COVID-19 pandemic” main category, the assessment and comparison of the findings of this study with other studies primarily showed the different dimensions and forms of this reduced accessibility. For instance, a study in Turkey on children with cerebral palsy demonstrated that <2% of children used rehabilitation services during quarantine [20]. Another study in India on children with neurodevelopmental disorders suggested the suspension of all speech therapy plans in centers during the quarantine period and also the continuation of home services

[21]. According to a study in China, >13% of children with autism spectrum disorder did not receive any services. Only 30% visited the related centers to receive services, and about 20% performed exercises at home. During quarantine, despite having access to remote and home services, one-third of parents reported that they did not receive timely and helpful counseling and rehabilitation [22].

Regarding the “intensifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic” main category, in the present research, the participants’ experiences indicated that during this period, particularly in the first year, some factors at the level of centers, families and children, both for in-person and remote services, played the role of intensifiers of the reduced accessibility. Concerning family-related factors, a study in Turkey demonstrated that the high level of anxiety of parents of children with cerebral palsy and their concern about the child and family members getting infected with the disease could be among the factors worsening these parents’ anxiety and worry and consequently the priority of keeping the child at home [20]. In a study in the rural regions of Nepal, it has been reported that the COVID-19 pandemic has culminated in reduced accessibility of children with cleft lip and palate to speech therapy centers that provide services due to these children’s limited ability to travel to nearby areas [16]. Regarding child-related factors, various studies also mentioned the greater vulnerability of some groups of children to COVID-19, including children with autism [22], cerebral palsy [20] and Down syndrome [23], by restricting commuting and social interactions, these children remained immune from the disease, but it led them to be deprived of the required rehabilitation services, including speech therapy.

A review of studies on children’s speech therapy during the pandemic demonstrated that a considerable part of these studies had dealt with remote services in this era and their contribution to increased access to speech therapy services. Most of the studies underscored that although these services had existed before the pandemic in many countries, the COVID-19 pandemic and measures related to its control gave rise to an unprecedented transformation in remote medical and rehabilitation services [24]. Despite the presence of some challenges in the use of remote rehabilitation interventions, this method is an appropriate option both for the COVID-19 period and even for non-pandemic conditions for individuals and children who are not able to visit in person [16, 25-27]. For instance, in a study on autistic children, it was found that >25% of parents used remote rehabilitation training and >40% reported that they could receive remote coun-

selling services whenever they desired [22]. In various studies, the high effectiveness of these services [27, 28] and, in some cases, the low effectiveness of these services has been reported [16, 23, 29]. These discrepant findings can be attributed to the type of speech therapy and rehabilitation intervention, children's conditions, and the context under investigation. The current research confirmed that despite the remote services' substantial role in the increased access for groups of children, these services were not usable and accessible for everyone. In line with the present research results, numerous studies have investigated the obstacles and challenges of remote services. Various studies have mentioned obstacles, such as the importance of direct interaction in speech therapy and the elimination of this factor in remote services [16, 30], difficulties in attracting the child's participation and companionship due to their lack of concentration in the home environment and the high number of distractions [16, 31], the therapist's lack of concentration in the workplace or home due to the lack of dedicated space [31], the lack of clinical evidence for the child's comprehensive assessment [26, 30, 31] and also the challenges in providing and observing therapeutic interventions in the context of the child's daily life and family [31].

Concerning the obstacles related to remote service facilities, a study in Iran investigated the obstacles of remote rehabilitation interventions and mentioned infrastructure problems, such as shortage of specialized equipment, Internet problems and problems related to maintaining information security [32]. Moreover, a study in the rural regions of Nepal mentioned the issue of Internet connections and non-clarity of sound during sessions [16]. Studies in Canada and England also reported the need for efficient technology infrastructure and access to appropriate [24, 31]. Regarding speech therapists' limitations, various studies have suggested the lack and necessity of therapist training and preparation for remote services [24, 30, 32]. A study in India demonstrated that only about 16% of speech therapists had received formal training to use remote treatment [30]. Furthermore, as proposed by the participants of this study, family participation is more important in remote services than in-person services. Hence, attracting family participation is more complicated and challenging because of the family's lack of direct interaction, acceptance, and low awareness and skills [31]. On the other hand, according to studies in different countries, families who did not have proper access to virtual tools and facilities for economic reasons [16, 33] or had low levels of digital literacy [33] were less likely to use remote services. In addition, regarding the children, based on the experiences of families and therapists in various

studies, children who lacked high tolerance and resilience for therapeutic activities, stable mental states, and sufficient strength to focus on the mobile screen or laptop were at a young age [31]. Also, children, such as those with Down Syndrome, who are highly dependent on direct social interactions [23], were less able to use remote services. The results of the mentioned studies are also consistent with the results of the present study.

One of the main categories extracted from the interviews was related to "modifiers of reduced accessibility during the COVID-19 pandemic." Based on the findings, some factors also culminated in children's increased access to services. Regarding family-related factors, a study in India showed that parents' high awareness and motivation toward specialized interventions were among the factors making families able to cope with the challenges of the pandemic, particularly during quarantine, leading to the continuance of the child's interventions [21]. Regarding remote services, similar to the experiences of the participants in the present study, reduced risk of infection for both the therapist and the child and the possibility of providing services to patients with COVID-19 [34], no need to commute and removal of commuting obstacles, particularly for rural children [16, 27, 31], and more convenient scheduling and more flexibility in providing services for both the therapist and the family [16, 27, 31, 34], all encouraged families and therapists to use remote services. A study in Canada suggested the notable role of the therapist's preparation, experience, and skill in the acceptance and participation of the family and the child in remote speech therapy services, enhancing the effectiveness of these services. Moreover, the therapist's capacity and ability for creativity in communication, such as using hand puppets, the ability to establish good communication, exchange information, and coordinate various dimensions of the child-related services, the therapist's preparation, experience, and skill to attract the child's companionship and participation, the ability to manage and attract the parents' participation, and the therapist's ability to pay attention to the needs of the child and the family play a vital role in encouraging the family and the child to use the services [31]. Furthermore, studies pointed to the cost-effectiveness of remote services compared to in-person services [34]. The experiences of the participants in this study in Tehran City, Iran, were diverse in this regard. In some cases, it was suggested that the costs of the sessions were equal to or even more expensive than in-person sessions. In general, some families, despite eliminating the commuting costs, still regarded the costs of these services as high because they believed that the major part of the responsibility was on their shoulders.

On the other hand, unlike the experiences of the participants in the present study, holding and continuing group therapy for parents and children resulted in elevating the effectiveness of services and also motivating them to continue remote services [31]. The development of reimbursement and insurance policies for remote services also encouraged families to receive these services during the pandemic [33].

Finally, “consequences of reduced accessibility” for both the child and the family was another main category obtained from the participants’ experiences. In line with the findings of the current research, the behavioral regressions of children with neurodevelopmental disorders, particularly in children with Autism and attention-deficit/hyperactivity disorder [21], and the reduced language, cognitive, and motor abilities of children with Down syndrome despite receiving remote sessions due to the reduction of social interactions [23] have been reported in relevant studies. Based on the findings, families with children in need of speech therapy services also encountered challenges during this era due to various reasons, including children’s reduced accessibility to their required services. Numerous studies mainly conducted using quantitative methods addressing the mental health of parents having children with rehabilitation needs in this era reported parents’ increased stress and anxiety. Among the central reasons addressed in these studies were interruptions in rehabilitation services, lack of regular treatment for children, concern about the worsening of children’s problems, how to implement rehabilitation interventions at home, and the reduced social support during this period [17, 20-22, 33]. In a study in China, 50.7% of parents with autistic children reported superficial stress and 36.5% reported high levels of stress; 90% of these parents stated that the child’s non-cooperation due to distraction and their difficulty in emotional control for the interventions and exercises they have to do at home were the leading causes of stress [22]. In another study, parents of children with cerebral palsy mentioned the interruption in rehabilitation services as one of the causes of their anxiety, and the anxiety of caregivers who did not perform home exercises for their children was significantly higher than those who did. Caregivers of children with cerebral palsy who had speech disorders, behavioral problems, and mental retardation also experienced higher levels of anxiety than caregivers of children without these problems [20]. In a study in France on children with physical disabilities, 72% of parents expressed that their main concern was their child’s rehabilitation, and 60% complained about the lack of support and help during this period [17].

Conclusion

The current research is one of the few studies in Iran that investigated the issue of children’s access to rehabilitation services during the COVID-19 pandemic. The results of the present research demonstrated that the COVID-19 pandemic, particularly in its initial months, greatly reduced the access of children in need of speech therapy services both in early diagnosis and in the quantity and types of intervention required, culminating in negative consequences both for the child and the family. This study, with a comprehensive viewpoint and from the perspective of the main stakeholders, revealed that intensifiers of reduced accessibility to in-person and remote services at different infrastructure levels, centers, children, and families can be investigated and pondered. Also, according to the findings, both macro health policies and medical centers, on the one hand, and the characteristics of the child and family, on the other hand, can play a crucial role in facilitating access. Moreover, substituting various types of remote therapeutic interventions could compensate for different degrees of limitations for different groups of children, but not all. This study indicated the inequality experienced by different groups of children in accessing in-person and remote services during the COVID-19 crisis. Hence, it can help the policymakers and planners of the health and rehabilitation system and managers and experts at speech therapy centers to adopt policies and measures in similar cases to adjust the intensifiers of reduced accessibility and reinforce the facilitators of access. Regarding the continuation and acceptance of remote services in the rehabilitation system, it should be noted that remote speech therapy in Iran is at the beginning of its route and requires infrastructure and policies to reinforce and develop it. However, the findings of this study demonstrated that for fair access to speech therapy and other remote rehabilitation services, the access of all children and their families, particularly low-income families, must be assured, and the necessary foundation for fair services must be provided.

Study limitations

This study faced some limitations. One of these limitations was related to much efforts made to make a primary caregiver other than the mother participate in this study; however, access to such samples was not possible due to the inclusion criteria. On the other hand, concerning the research suggestions extracted from this study, it can be suggested that the challenges and problems of providing speech therapy services under pandemic conditions be investigated using a survey of a larger statis-

tical population. The status of access to remote speech therapy services for different groups of children and its challenges for the speech therapists themselves can also be investigated in a study with a larger statistical population and even at the national level.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research was approved by the Ethics Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Science (Code: ID IR.USWR.REC.1401.090). All the interviews were performed after obtaining an informed written consent form and the participants' information was stored and reported as coded anonymously.

Funding

This study was financially supported by the University of Social Welfare and Rehabilitation Science (2861/T/01).

Authors' contributions

Conceptualization: Marzieh Takaffoli, Fatemeh Hassanati, and Farin Soleimani; Formal analysis: Marzieh Takaffoli, Meroe Vameghi, Hoda Mowzoon, and Maryam Ashour; Methodology: Marzieh Takaffoli, Hoda Mowzoon, and Maryam Ashour; Writing original draft: Marzieh Takaffoli and Hoda Mowzoon; Supervision: Meroe Vameghi and Farin Soleimani; Data validation: Farin Soleimani and Meroe Vameghi; Project administration: Marzieh Takaffoli and Fatemeh Hassanati; Writing, review and editing: Marzieh Takaffoli and Fatemeh Hassanati; Investigation and funding: Fatemeh Hassanati.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We would like to thank the speech therapy center managers, speech therapists, and mothers who participated in this research.



مقاله پژوهشی

وضعیت دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹: یک مطالعه کیفی

مرضیه تکفلی^۱، مروثه وامقی^۱، هدی موزون^{۲،۳}، فرین سلیمانی^۳، مریم آشور^۱، فاطمه حسناتی^{۲،۳*}

۱. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، پژوهشکده سلامت اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲. گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳. مرکز تحقیقات توانبخشی اعصاب اطفال، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Takaffoli M, Vameghi M, Mowzoon H, Soleimani F, Ashour M, Hassanati F. [Assessing Children's Access to Speech Therapy Services During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2024; 25(Special Issue):604-635. <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.3>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.25.specialissue.2573.3>

چکیده

هدف با شروع همه‌گیری کووید-۱۹ در سراسر جهان از جمله ایران، مداخلات و پروتکل‌های مرتبط با پیشگیری و کنترل آن به محدودیت‌هایی در دسترسی به خدمات توانبخشی از جمله گفتاردرمانی منجر شد. کودکان یکی از مهم‌ترین گروه‌های آسیب‌پذیر نسبت به پیامدهای همه‌گیری بودند که هرگونه اختلال در دریافت به‌موقع خدمات گفتاردرمانی برای کودکان نیازمند به این خدمات، به چالش‌های جدی در ابعاد مختلف سلامت آنان منجر شد. بنابراین هدف از این مطالعه، بررسی وضعیت دسترسی کودکان شهر تهران به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری با رویکرد کیفی باتوجه به دیدگاه و تجربه گفتاردرمانگران و مراقبان کودکان بود.

روش بررسی این مطالعه با روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی، طی مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختار یافته با گفتاردرمانگران و مراقبان اصلی کودکان، تجربه آنان از دسترسی به خدمات از زمان وقوع همه‌گیری و عوامل مرتبط با آن در شهر تهران را بررسی کرده است. در نهایت تا زمان اشباع داده‌ها، در شهر تهران با ۹ گفتاردرمانگر و ۱۰ مادر به‌عنوان مراقب اصلی کودک مصاحبه شد و داده‌ها با کمک نرم‌افزار Maxqda نسخه ۲۰۲۰ تحلیل شدند.

یافته‌ها یافته‌های این مطالعه وضعیت دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی را در چهار طبقه اصلی: ۱. کاهش دسترسی (تأخیر در تشخیص تخصصی اولیه، تغییر در زمان بندی برنامه درمانی، تغییر در نوع برنامه درمانی)، ۲. عوامل تشدیدکننده (عوامل اساسی مرتبط با خدمات حضوری و مرتبط با خدمات از راه دور)، ۳. عوامل تعدیل‌کننده (مرتبط با نظام کلان سلامت، مرتبط با مراکز ارائه خدمات، مرتبط با خدمات از راه دور، مرتبط با خانواده، مرتبط با کودک) و ۴. پیامدها (برای کودک و برای خانواده) طبقه‌بندی کرده است.

نتیجه‌گیری یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده تجربه غالب کاهش دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در شهر تهران به‌ویژه در سال اول بود. البته تجربه محدود شدن دسترسی، به‌صورت پویایی تحت تأثیر عوامل مختلف تشدیدکننده و تعدیل‌کننده قرار داشت. در واقع با گذشت زمان، عوامل تعدیل‌کننده تأثیر بیشتری گذاشته و از قدرت عوامل تشدیدکننده کاسته شده است. در نتیجه، تقویت عوامل تعدیل‌کننده دسترسی و رسیدگی به عوامل تشدیدکننده کاهش آن باید مورد توجه درمانگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت، هم در شرایط عادی و هم جهت آمادگی برای وقایع مشابه همه‌گیری کووید-۱۹ قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها کووید-۱۹، کرونا، گفتاردرمانی، کودک، ایران، دسترسی، خدمات توانبخشی

تاریخ دریافت: ۰۵ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۱ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۱ آبان ۱۴۰۳

* نویسنده مسئول:

دکتر فاطمه حسناتی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه گفتاردرمانی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۷) ۱۹۰۲۰۸۳

رایانامه: fatemehhasanati64@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s).

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

باتوجه به اظهارات مراقبان فقط ۵۰ درصد از کودکان دسترسی به خدمات داشتند و بیشتر پاسخ‌دهندگان توقف جلسات درمان را گزارش کردند. جست و همکاران [۱۴] نیز در آمریکا وضعیت دسترسی کودکان با اختلالات تکاملی به خدمات بهداشتی و آموزشی را مورد بررسی قرار دادند. نمونه مورد مطالعه آن‌ها شامل کودکان مقطع ابتدایی بود. طبق گزارش والدین، ۷۴ درصد از این کودکان دسترسی به خدمات درمانی و آموزشی و ۳۶ درصد از آن‌ها، دسترسی به مراقبین سلامت نداشتند و فقط ۵۶ درصد گزارش کردند که کودکشان برخی از خدمات را به صورت آموزش از راه دور دریافت کرده است.

در رابطه با پیامدهای کاهش دسترسی به خدمات گفتاردرمانی، لازم به ذکر است که بخش قابل توجهی از کودکان نیازمند خدمات گفتاردرمانی در بازه زمانی مشخص و طولانی رشد و تکامل گفتار و زبان بوده و هرگونه اختلال در دریافت به موقع این خدمات می‌تواند به اختلالات پایدار زبانی، گفتاری و ارتباطی در این کودکان [۱۱، ۱۲، ۱۵] منجر شود و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی و اجتماعی آن‌ها و خانواده‌هایشان را به دنبال داشته باشد [۱۲، ۱۴، ۱۵]. از طرف دیگر، همان‌طور که عنوان شد، این پیامدها برای همه کودکان یکسان نیست و برخی گروه‌ها از جمله کودکان دارای نیازهای ویژه را بیشتر تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۱]. مطالعاتی که در این حوزه انجام شده‌اند، نشان داده‌اند الگوی مراجعه و استفاده از خدمات، باتوجه به ویژگی‌ها و شرایط زندگی کودکان و مراقبان آن‌ها متفاوت بوده است [۱۳]. برای نمونه، دسترسی به خدمات گفتاردرمانی در میان خانواده‌های شهری و روستایی به دلیل تفاوت در فاصله با مراکز یا عدم توانایی تأمین هزینه رفت‌وآمد، در دوران همه‌گیری متفاوت بوده است [۱۱، ۱۶].

باتوجه به نکات مطرح‌شده، توجه به این گروه از کودکان و بررسی تأثیری که بحران کووید-۱۹ و تبعات آن بر دسترسی آن‌ها به خدمات توانبخشی از جمله گفتاردرمانی داشته، از ضرورت و اولویت بالایی برخوردار است. در ایران به صورت مشخص دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری بررسی نشده است؛ بنابراین یک مطالعه کیفی می‌تواند ابعاد عمیق و دقیقی از موضوع را از دیدگاه و تجربه افراد درگیر در آن از جمله گفتاردرمانگران و مراقبان ارائه دهد. از این رو، هدف از این مطالعه، بررسی همه‌جانبه وضعیت دسترسی کودکان شهر تهران به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری با رویکرد کیفی بود تا هم تجربه مشارکت‌کنندگان از وضعیت ایجادشده در دسترسی مورد بررسی قرار گیرد و هم عواملی که در این دوران بر این دسترسی نقش داشتند، تبیین شوند [۱۷].

با شروع بحران همه‌گیری ویروس کووید-۱۹ در سراسر جهان از جمله ایران، لزوم پیشگیری و درمان کووید-۱۹ به یک اولویت ملی برای همه گروه‌های جامعه تبدیل شد. با آنکه کودکان در همه دنیا از اثرات بحران کووید-۱۹ متأثر شدند، اما توزیع این پیامدها برای همه کودکان جهان یکسان نبوده و کودکان و خانواده‌هایی که از قبل آسیب‌پذیرتر بودند، در معرض خطر بیشتر محرومیت و آسیب قرار گرفتند [۱-۴].

مطالعات صورت‌گرفته نشان می‌دهند کودکان دارای معلولیت و با نیازهای ویژه، یکی از اصلی‌ترین گروه‌هایی بودند که با شروع همه‌گیری کووید-۱۹، نابرابری، آسیب‌ها و محرومیت‌های قابل توجهی را تجربه کردند [۱-۳، ۵]. به صورت مشخص، یکی از گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه، کودکان و نوجوانان با اختلالات تکاملی ارتباطی (مانند اوتیسم، تأخیر در رشد، کم‌شنوایی) و اختلالات بلع هستند که نیازمند دریافت خدمات توانبخشی مخصوصاً گفتاردرمانی به صورت هفتگی یا حتی روزانه هستند. خدمات گفتاردرمانی براساس نوع و شدت اختلال و برحسب نیاز و شرایط مراجع به شیوه‌های گوناگونی ارائه می‌شود. براساس طبقه‌بندی انجمن گفتار، زبان و شنوایی آمریکا (ASHA) خدمات گفتاردرمانی به چهار صورت در بخش‌های خدمات سلامت دولتی و خصوصی، مدارس و خدمات آنلاین ارائه می‌شود [۶]. نکته قابل توجه در رابطه با خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز کودکان با نیازهای ویژه این است که ارائه این خدمات، اغلب نیازمند ارتباط چهره‌به‌چهره با فرد است، اما با شروع همه‌گیری کرونا و ایجاد محدودیت‌های اجباری اجتماعی، دسترسی^۲ حضوری کودکان به خدمات گفتاردرمانی به طور جدی تحت تأثیر پیامدهای مختلف همه‌گیری قرار گرفت [۷]. لازم به ذکر است که دسترسی یک مفهوم مهم در سیاست‌های سلامت و تحقیقات خدمات بهداشتی است [۸] و به معنی فرصت و توانایی استفاده از منابع سلامت در هر شرایطی است [۹]. دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی - درمانی موجب ارتقای سطح سلامت و ایجاد فرصت برابر در جامعه می‌شود [۱۰].

در کشورهای مختلف، از جمله عربستان سعودی و امارات متحده عربی، مطالعات متعددی به بررسی تأثیر منفی چالش‌ها و محدودیت‌های مرتبط با کنترل بیماری کووید-۱۹ بر ایجاد محدودیت در دسترسی به خدمات گفتاردرمانی پرداخته‌اند [۱۱-۱۳]. برای نمونه العوجی و همکاران [۱۱] در عربستان سعودی، ماهیت و تغییرات ایجادشده در ارائه خدمات گفتار و زبان را در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ مورد بررسی قرار دادند.

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)
2. Accessibility

روش‌ها

نوع مطالعه

در این مطالعه با روش تحلیل محتوای قراردادی، تجربه دسترسی متخصصان گفتاردرمانی و مراقبان اصلی کودکان به خدمات حضوری و از راه دور، در زمان وقوع همه‌گیری کووید-۱۹ بررسی شد. این مطالعه در بازه زمانی مهر تا اسفند سال ۱۴۰۱ در شهر تهران صورت گرفت.

مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، متخصصان گفتاردرمانی که به کودکان خدمات تخصصی ارائه می‌دادند و مراقبان اصلی کودکان نیازمند خدمات گفتاردرمانی بودند. معیار ورود درمانگران، داشتن حداقل ۳ سال سابقه کار گفتاردرمانی قبل از شروع همه‌گیری کووید-۱۹ و داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته گفتاردرمانی بود. معیار ورود مراقبان، داشتن فرزند زیر ۱۸ سال با مشکلات رشدی گفتار، زبان و بلع، شرکت فرزندشان در حداقل ۵ جلسه گفتاردرمانی (حضوری یا از راه دور) قبل از شروع همه‌گیری در یک مرکز گفتاردرمانی ثابت در شهر تهران و ادامه‌دار بودن این جلسات در دوران کووید-۱۹ جهت مقایسه شرایط و داشتن سواد خواندن و نوشتن والدین در حد تکمیل فرم رضایت‌نامه و فهم سؤالات بود.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری به صورت هدفمند از گفتاردرمانگران و مراقبان اصلی کودک آغاز شد و تا زمان اشیاع داده‌ها ادامه پیدا کرد. برای افزایش تنوع در نمونه‌گیری کیفی، تلاش شد تا متخصصان از مناطق مختلف شهر و مراکز دولتی و غیردولتی (دانشگاهی، دولتی، خیریه و خصوصی) انتخاب شوند. برای مراقبان نیز تلاش شد تا نمونه‌هایی با بیشترین تنوع در وضعیت اجتماعی - اقتصادی، نوع اختلال گفتاری، سن کودک، نوع مداخله درمانی و مدت‌زمانی که تحت درمان بوده‌اند، انتخاب شوند.

روش جمع‌آوری اطلاعات

در این مطالعه، تجربه مشارکت‌کنندگان از طریق مصاحبه عمیق^۳ نیمه‌ساختاریافته با متخصصان گفتاردرمانی و مراقبان اصلی کودکان جمع‌آوری شد. میانگین مدت‌زمان مصاحبه برای درمانگران حدود ۷۴ دقیقه و برای مادران ۴۰ دقیقه بود. محورهای اصلی سؤالات مصاحبه شامل موارد زیر بود:

- تجربه شرکت‌کنندگان از تغییر دسترسی کودکان و خانواده‌ها به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری

3. In-depth interview

- تجربه شرکت‌کنندگان از ویژگی‌های کودک و خانواده در تغییر دسترسی به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری

- تجربه شرکت‌کنندگان از دریافت خدمات غیرحضوری گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

یافته‌های حاصل از مصاحبه عمیق با متخصصان و مراقبان اصلی، با کمک نرم‌افزار Maxqda نسخه ۲۰۲۰ و با رویکرد تحلیل محتوای کیفی گرانهمیم و لاندمن [۱۸] هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها تحلیل شدند.

قابلیت اطمینان^۲ و استحکام^۴

لینکلن و گوبا، در تحقیقات کیفی، چهار معیار قابلیت اعتبار^۲، قابلیت انتقال^۲، قابلیت اعتماد^۴ و قابلیت تأیید و تصدیق^۹ را برای صحت و استحکام داده‌های کیفی مطرح کرده‌اند [۱۹]. تیم تحقیق با درگیر شدن طولانی‌مدت با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها (حدود یک سال)، به کارگیری دیدگاه‌های مختلف درمانگر و مراقب، انجام تعداد قابل قبول مصاحبه، بازبینی و بررسی داده‌ها و کدگذاری و مقوله‌بندی‌ها توسط اعضای تیم تحقیق در مراحل مختلف، تلاش کرده است قابلیت اعتبار را افزایش دهد. جهت قابلیت انتقال، همان‌طور که ذکر شد، تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان از تنوع بالایی در تجربه موضوع مورد مطالعه برخوردار باشند. در رابطه با قابلیت اعتماد، تمامی داده‌های اولیه حاصل از مصاحبه‌ها در تمام مراحل با دقت نگهداری شده و در دسترس بوده و هستند، بنابراین امکان بازگشت چندباره به داده‌های اولیه برای اطمینان از فرایند جمع‌آوری و تحلیل طی شده وجود داشته است. همچنین تیم پژوهش جهت اطمینان از وجود یک چهارچوب یکسان و هماهنگ برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها در حین انجام کار جلساتی برگزار کردند تا از قابلیت اعتماد مطالعه اطمینان حاصل شود. در نهایت برای قابلیت تأیید، علاوه بر ثبت دقیق و مشروح تمام فرایندها انجام کار که امکان ادامه کار را توسط پژوهشگران دیگر محقق می‌ساخت، تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و مقوله‌های استخراج‌شده در اختیار سایر اعضای تیم تحقیق قرار داده شد و صحت این کدگذاری‌ها مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت.

4. Trustworthiness
5. Rigor
6. Credibility
7. Transferability
8. Dependability
9. Confirmability

جدول ۱. توزیع فراوانی اطلاعات مشارکت‌کنندگان گفتاردرمانگر

درصد	مشخصات مشارکت‌کنندگان	
۸۸/۵	زن	جنس
۱۱/۵	مرد	
۲۲/۲	کارشناسی	مدرک تحصیلی
۶۶/۶	کارشناسی‌ارشد	
۱۱/۱	دکتر	
۲۲/۲	دولتی	نوع مرکز
۱۱/۱	خبریه	
۶۶/۶	خصوصی	

توانبخشی

یافته‌ها

تأخیر در تشخیص تخصصی اولیه

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که در دوران همه‌گیری به دلایلی چون تعطیلی موقت مراکز و کلینیک‌های تخصصی، کاهش فعالیت متخصصان، احساس عدم ضرورت ارجاع به گفتاردرمانی از جانب پزشکان و خانواده از ترس بیماری و همچنین تعطیلی یا ازراه‌دور شدن مدارس و مهدکودک‌ها، که یکی از منابع اصلی تشخیص اولیه مشکلات گفتار و زبان کودکان هستند، جمعیت قابل توجهی از کودکان از تشخیص اولیه زود هنگام محروم شدند.

تغییر در زمان‌بندی برنامه درمانی

باتوجه به تجربه مشارکت‌کنندگان، در این دوران زمان‌بندی معمول برنامه‌های درمانی نیز دستخوش تغییر شده و در نتیجه دسترسی منظم کودکان به خدمات گفتاردرمانی کاهش پیدا کرد. در دوران همه‌گیری به دلایلی چون ملاحظات مرتبط با رعایت پروتکل‌ها، کاهش ساعات کار مراکز، افزایش مشکلات مالی خانواده‌ها و تمایل خانواده‌ها به حضور کمتر در مکان‌های عمومی، تعداد جلساتی که برای یک کودک در برنامه درمانی اش پیش‌بینی شده بود، کاهش یافت. همچنین به‌علت افزایش فاصله میان مراجعان جهت رعایت پروتکل‌های بهداشتی در کلینیک‌ها و در نتیجه کمتر شدن تعداد ویزیت در یک روز، فاصله بین جلسات درمانی کودکان نیز افزایش پیدا کرد که این خود عاملی برای طولانی‌تر شدن روند درمان بود. علاوه بر این، در دوران همه‌گیری به‌ویژه در دو سال ابتدایی اوج آن، وقفه‌های متعددی در جلسات پیش‌بینی شده ایجاد می‌شد و این وقفه‌ها به‌ویژه در ماه‌های ابتدایی که اکثریت مراکز تعطیل بودند، بسیار قابل توجه بوده است. دلایل متعدد دیگری نیز چون موج‌های متعدد کووید-۱۹، ابتلای درمانگران، کارکنان مراکز، کودکان یا اعضای خانواده و ضرورت گذراندن دوران قرنطینه، وقفه‌های جدی در دسترسی خدمات ایجاد کرد.

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

در این مطالعه، در شهر تهران با ۹ گفتاردرمانگر و ۱۰ مادر به‌عنوان مراقب اصلی کودک مصاحبه شد. اطلاعات مشارکت‌کنندگان در **جدول شماره ۱** و **۲** ارائه شده است.

وضعیت دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در همه‌گیری کووید-۱۹ و نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر این دسترسی در شهر تهران صورت گرفت و یافته‌های آن شامل چهار محور اصلی بود: ۱. کاهش دسترسی، ۲. عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی، ۳. عوامل تعدیل‌کننده کاهش دسترسی، ۴. پیامدهای کاهش دسترسی.

در ادامه، این طبقات معرفی و نقل‌قول‌هایی برای هر یک از طبقات اصلی ذکر شده است.

طبقه اول

کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

همان‌طور که در **جدول شماره ۳** آمده است، باتوجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان، در این دوران تأخیر ایجاد شده در تشخیص تخصصی اولیه و تغییرات ناگزیر در زمان‌بندی برنامه درمانی و همچنین نوع برنامه درمانی، همگی به کاهش دسترسی کودکان به این خدمات منجر شده‌اند.

جدول ۲. توزیع فراوانی اطلاعات مشارکت‌کنندگان مراقب اصلی

درصد	مشخصات مشارکت‌کنندگان	
۱۰۰	زن (مادر)	جنس مراقب
۰	پسر	جنس کودک
۱۰	زیردیلم	مدرک تحصیلی مراقب
۱۰	دیلم	
۱۰	فوق‌دیلم	
۷۰	کارشناسی	نوع مرکز
۲۰	دولتی	
۲۰	خیریه	
۶۰	خصوصی	تعداد فرزندان
۷۰	تک‌فرزند	
۲۰	۲ فرزند	
۱۰	۳ فرزند و بیشتر	

توانبخشنی

تغییر در نوع برنامه درمانی

نداشت، محدود و حذف شدند. همچنین مراکز درمانی متعددی، گروه‌درمانی را حذف کردند. در رابطه با خدمات گفتاردرمانی در منزل، در وهله اول تعدادی از درمانگران این خدمات را محدود کردند. از طرف دیگر، هزینه این خدمات در دوران اوج کووید-۱۹ افزایش پیدا کرد و بنابراین عمده‌تاً تنها در دسترس خانواده‌هایی با سطح اقتصادی بالا قرار گرفت. نکته قابل توجه دیگر که هم از

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، کووید-۱۹ و موج‌های متوالی آن در کشور به تغییراتی در نوع خدمات گفتاردرمانی منجر شد. مداخلاتی چون ماساژ دهانی که نیازمند تماس مستقیم و نزدیک با کودک بود، مداخلاتی که نیازمند برداشتن ماسک بود یا با ابزاری اجرایی می‌شدند که امکان ضدعفونی کردن آن وجود

جدول ۳. کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

زیرطبقه ۲	زیرطبقه ۱
کاهش دسترسی به متخصص	تأخیر در تشخیص تخصصی اولیه
کاهش ضرورت ارجاع به متخصص	
کاهش دسترسی به منابع تشخیصی در سیستم آموزش و پرورش	
کاهش تعداد جلسات برنامه درمانی	تغییر در زمان‌بندی برنامه درمانی
افزایش فاصله میان جلسات در برنامه درمانی	
وقفه میان جلسات برنامه درمانی	
محدود شدن مداخلات تخصصی دارای ریسک بالای انتقال	
محدود شدن خدمات در منزل	
محدود شدن گروه‌درمانی	تغییر در نوع برنامه درمانی
محدود شدن مداخلات مبتنی بر جامعه	
جایگزینی مشاوره و آموزش خانواده به‌جای مداخلات تخصصی	

توانبخشنی

بهداشتی (چون خرید وسایل ضد عفونی کننده یا عدم استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی)، فشار اقتصادی مضاعفی را به خانواده‌ها وارد کرد. در رابطه با علل افزایش هزینه گفتاردرمانی، عنوان شد که باتوجه به تراکم بالای مراجع و رعایت پایین تر پروتکل‌های بهداشتی در مراکز دولتی، خانواده‌ها تمایل بیشتری به مراکز خصوصی پیدا کردند. همچنین در این دوران باتوجه به پرچالش تر شدن خدمات در منزل و افزایش هزینه رفت و آمد، هزینه خدمات در منزل نیز افزایش پیدا کرد. عامل اساسی دیگر، آگاهی پایین خانواده‌ها نسبت به دوران طلایی رشد، اهمیت مداخله زودهنگام و ضرورت خدمات گفتاردرمانی در شرایط همه‌گیری و در نتیجه تأخیر دریافت خدمات بوده است.

عوامل مرتبط با خدمات حضوری

در سطح خدمات حضوری، عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی، به سه بخش عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی، خانواده و کودک تقسیم شدند:

عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی

تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد در دوران همه‌گیری، به جز در ماه‌های ابتدایی شروع همه‌گیری که عمده مراکز با تعطیلی اجباری و الزامی برای کنترل همه‌گیری مواجه بودند، در موج‌های بعدی کووید-۱۹، بعضی از مراکز خصوصی به صورت موقت مدتی تعطیل بودند. همچنین در ماه‌های ابتدایی همه‌گیری، در تولید و توزیع وسایل پیشگیری از جمله ماسک و الکل مشکلاتی ایجاد شده بود که این کمبود دسترسی به تجهیزات، به کاهش ارائه خدمات منجر شد. علاوه بر این‌ها، تغییر کاربری بخش گفتاردرمانی در مراکز دولتی به بخش ویژه کرونا یا مجاور بودن مراکز گفتاردرمانی خصوصی و دولتی با مراکز درمان بیماران مبتلا به کرونا باعث ترس در خانواده‌ها و کاهش جدی مراجعه آن‌ها به مراکز گفتاردرمانی شد. در نهایت نیز در دوران همه‌گیری، مراکز گفتاردرمانی مانند بسیاری از مشاغل با مشکلات اقتصادی جدی مواجه شدند که به تعطیلی یا جابه‌جایی تعداد قابل توجهی از مراکز خصوصی منجر شد.

موانع و محدودیت‌های خانواده در دریافت خدمات حضوری

یکی از مهم‌ترین عواملی که باعث عدم تداوم دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی حضوری از طریق مراجعه به مراکز شد، نگرانی خانواده‌ها از ابتلای کودک و سایر فرزندان خود به کووید-۱۹ بود. این نگرانی در خانواده‌هایی که از وسایل نقلیه عمومی یا تاکسی‌های تلفنی و اینترنتی استفاده می‌کردند، بیشتر بود. همچنین خانواده‌هایی که از روستاها و شهرستان‌های اطراف به مراکز درمانی تهران مراجعه می‌کردند، باتوجه به محدودیت‌های تردد بین شهری، در ماه‌های ابتدایی بروز همه‌گیری با مشکلاتی مواجه بودند. از طرف دیگر، در دوران

جانب مراقبان و هم‌درمانگران مورد اشاره قرار گرفت، وابسته بودن درمان کودکان با اختلالات گفتاری به تعاملات اجتماعی و ارتباطی در محیط‌های طبیعی زندگی است که در دوران همه‌گیری و به‌ویژه در سال اول، فرصت تعاملات اجتماعی کودکان محدود شد.

در رابطه با طبقه اصلی «کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» می‌توان به نقل قول‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«باز هم به خاطر اینکه ایاالفضل دائم مریض می‌شد من نمی‌تونستم هر روز بیام... مثلاً یک ماه من خودم فاصله انداختم، نمی‌تونستم تا زمانی که خوب نشده برگردم اینجا چون می‌گفتن به هیچ عنوان کوچک‌ترین علائمی داشته باشه ما باهاش کار نمی‌کنیم، به خاطر همین من مجبور بودم می‌ذاشتم کامل خوب می‌شد، میومدیم اینجا...» (مراقب، cg03) (زیرطبقه وقفه میان جلسات برنامه درمانی).

«یک‌سری از خانواده‌ها خودشون اونقدر درگیر کارهای مربوط به خودشون وقت ندارن برای بچه کاری به جز تلویزیون و کارتون و گوشی و این‌ها بکنن... حالا بچه اگر غیر از کرونا بود و مهد می‌رفت و پیش‌دبستانی می‌رفت چون توی سیستم آموزشی قرار می‌گرفت مربی مهد تشخیص می‌داد که این بچه مشکلی داره، در درک مفاهیم مسئله داره، چون این رو نداشتن... می‌گفتن اصلاً فکر نمی‌کردم این مسئله داشته باشه...» (گفتاردرمانگر، spT07) (زیرطبقه کاهش دسترسی به منابع تشخیصی در سیستم آموزش و پرورش).

طبقه دوم

عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و به‌ویژه در سال اول همه‌گیری، در کنار تغییراتی که به کاهش دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی منجر شده بود، عواملی در ابعاد مختلف، تشدیدکننده این محدودیت و کاهش دسترسی بودند. این عوامل را می‌توان در سه زیرطبقه اصلی عوامل اساسی و عوامل مرتبط با خدمات حضوری و از راه دور مطرح کرد (جدول شماره ۴).

عوامل اساسی

تجارب خانواده‌ها و درمانگران این مطالعه نشان داد کاهش درآمد و از طرفی افزایش هزینه خانواده‌ها در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ و به صورت مشخص افزایش هزینه خدمات گفتاردرمانی، به عدم تداوم درمان یا عدم مراجعه برای مداخله زودهنگام کودک منجر شد. علاوه بر این، رعایت پروتکل‌های

جدول ۴. عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

زیرطبقه ۱	زیرطبقه ۲	زیرطبقه ۳
عوامل مرتبط با خدمات حضوری	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	عوامل اساسی
موانع و محدودیت‌های خانواده در دریافت خدمات حضوری	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	افزایش چالش‌های اقتصادی خانواده
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات حضوری	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	آگاهی پایین خانواده نسبت به ضرورت و اولویت خدمات گفتاردرمانی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات حضوری	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	ابهام نسبت به آینده و بازگشت به شرایط عادی
محدودیت‌های ذاتی خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	تعطیلی موقت مراکز در نتیجه موج‌های کووید-۱۹
محدودیت زیرساختی خدمات آنلاین	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	کمبود دسترسی مراکز به وسایل و تجهیزات پیشگیری از کووید-۱۹ در ماه‌های ابتدایی
موانع و محدودیت‌های گفتاردرمانگران در ارائه خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	پذیرش بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در مراکز دولتی
موانع و محدودیت‌های خانواده در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	ارائه هم‌زمان خدمات توسط متخصصان مختلف غیرگفتاردرمانگر
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	انحلال و تعطیلی کامل مراکز خصوصی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	نگرانی از ابتلای اعضای خانواده به کووید-۱۹
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	افزایش چالش‌های رفت‌وآمد خانواده
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	کاهش منابع حمایت اجتماعی از خانواده
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	کاهش امکان مشارکت خانواده در روند درمان
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	اختلالات آسیب‌پذیر نسبت به کووید-۱۹
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	اختلالات با شدت پایین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	سن پایین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	امکان پایین رعایت پروتکل‌های بهداشتی پیشگیری از کووید-۱۹
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدود بودن تعامل کودک و درمانگر در خدمات آنلاین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	دشواری بودن کنترل و جلب مشارکت کودکان در خدمات آنلاین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	سرعت پایین و کاهش اینترنت
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدودیت اجرایی و اداری در استفاده از امکانات مجازی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدودیت زیرساخت‌های سخت‌افزاری مورد نیاز
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدودیت زیرساخت‌های نرم‌افزاری مناسب برای خدمات گفتاردرمانی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	چالش رعایت حریم خصوصی و محرمانگی کودکان در خدمات آنلاین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	سخت‌تر و پرچالش‌تر بودن ارائه خدمات آنلاین برای درمانگر
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	آمادگی، دانش و مهارت پایین برای ارائه خدمات آنلاین
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	عدم پذیرش خانواده برای خدمات از راه دور
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدودیت دسترسی خانواده به امکانات مناسب ارتباط مجازی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	محدودیت دسترسی به ابزارهای گفتاردرمانی در خانه
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	آگاهی و مهارت پایین خانواده برای اجرای مؤثر مداخلات در خانه
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	اختلالات نیازمند مداخله تماسی و ماساژ
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	اختلالات شناختی و ارتباطی
موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور	عوامل مرتبط با مراکز گفتاردرمانی	سن پایین

گفتاردرمانی، تعامل مستقیم کودک و درمانگر از اهمیت بسزایی برخوردار بود، اما در خدمات ازراه دور امکان ارتباط بی واسطه میان کودک و درمانگر به ویژه تماس فیزیکی برای مداخلات نیازمند لمس و ماساژ محدود شد. در همین راستا، مانع دیگر، امکان پایین جلب مشارکت و کنترل کودک و همچنین کنترل شرایط منزل به عنوان محیط درمان بود. در واقع محیط کنترل شده مراکز و ارتباط مستقیم درمانگر با کودک، باعث همکاری کودک و اثربخشی درمان می شد، اما در منزل عمدتاً تمرین ها انجام نشده یا با کیفیت بسیار پایینی اجرا می شد. همچنین شرایط خانه مانند اختلافات خانوادگی، شلوغ بودن فضای خانه و نبود یک فضای خصوصی و خلوت و مهارت های خانواده در استفاده از خدمات ازراه دور نیز بر کیفیت خدمات اثرگذار بود.

محدودیت زیرساختی خدمات ازراه دور

وجود محدودیت های زیرساختی برای خدمات ازراه دور در کشور ایران مانعی جدی برای تمایل مراکز و امکان خانواده ها برای دسترسی به این خدمات است. جزئیات و ابعاد این محدودیت های زیرساختی خدمات ازراه دور از دیدگاه مشارکت کنندگان در **جدول شماره ۴** آمده است.

موانع و محدودیت های گفتاردرمانگران در ارائه خدمات ازراه دور

گفتاردرمانگران مشارکت کننده در این مطالعه معتقد بودند مداخلات ازراه دور نیازمند وقت بیشتری است و امکان مدیریت رابطه حرفه ای کاهش پیدا می کند. همچنین معمولاً با توجه به مشکلات اینترنت مدت زمان جلسه برای هر خانواده بیش از زمان مراجعه حضوری است. برای آماده کردن محتوای آموزشی یا بازیابی فیلم های ارسالی از جانب خانواده ها نیز گفتاردرمانگران باید وقت و هزینه بیشتری در مقایسه با جلسات حضوری صرف کنند. مانع دیگر، شرایط پیش بینی نشده و ناگهانی کووید-۱۹ بود که در مواردی به جایگزینی ناگهانی خدمات حضوری با خدمات ازراه دور منجر شد و این در حالی بود که درمانگران آمادگی کافی برای این شرایط را نداشتند و عمده آن ها از دانش و مهارت پایین جهت کار با بسترهای شبکه های آنلاین، برنامه های تخصصی گفتاردرمانی، اصول و شیوه های ارائه خدمات ازراه دور و همچنین چگونگی تولید و انتشار محتوای آموزشی برخوردار بودند.

موانع و محدودیت های خانواده در دریافت خدمات ازراه دور

در این دوران، بعضی از خانواده ها این خدمات غیرحضوری را به عنوان مداخله تخصصی نمی پذیرفتند. یکی از موانع جدی، مشکلات دسترسی به ابزارهای گفتاردرمانی و امکانات مناسب ارتباط مجازی به دلیل هزینه بالای اینترنت و همچنین مجازی شدن مدارس و در نتیجه نیاز به دسترسی همزمان به چند دستگاه مناسب بود. در نهایت آگاهی و مهارت پایین خانواده برای اجرای مؤثر مداخلات در خانه، سبب می شد تا خدمات تخصصی

همه گیری، دسترسی به خویشاوندان و پرستار برای مراقبت از فرزندان کاهش یافت که این موضوع نیز به ایجاد بار روانی بیشتر، خستگی و مسئولیت بالای مراقب و در نتیجه عدم مراجعه به مراکز منجر شد. همچنین، پیش از همه گیری، حضور همزمان مراقبان در سالن انتظار مراکز درمانی باعث شده بود که یک شبکه اجتماعی حمایتی از خانواده ها شکل بگیرد که این شبکه حمایتی مشوقی برای خانواده ها جهت تداوم درمان بود، که لزوم رعایت پروتکل های بهداشتی سبب حذف یا تضعیف این شبکه شد. در نهایت نیز در این دوران، برگزاری جلسات مجازی مدارس فرزندان در منزل و افزایش مسئولیت ها و وظایف مادر، موانع جدی برای حضور مادر در مراکز درمانی و انجام تمرین ها در منزل به وجود آورد. در همین راستا، افزایش نقش پدر در این دوران نیز بسیار مورد توجه بود، در واقع تعداد قابل توجهی از خانواده ها به این موضوع اشاره داشتند که به علت حضور بیشتر پدر در منزل، اختلافات خانوادگی به دلایلی چون بیکاری پدر، اختلاف نظر در مورد چگونگی رعایت پروتکل های بهداشتی و تردید در مورد اثربخشی مداخلات گفتاردرمانی افزایش پیدا کرده بود و بنابراین با تشدید مخالفت پدر برای تداوم درمان مواجه بودند.

موانع و محدودیت های کودک در دریافت خدمات حضوری

باتوجه به یافته ها، برای کودکان آسیب پذیرتر نسبت به کووید-۱۹ مانند کودکان دارای فلج مغزی که سیستم ایمنی ضعیف تری داشتند، پیشگیری از کووید اولویت اول خانواده ها بود. برای کودکان دارای اختلال با شدت پایین تر یا کودکان در مرحله پیش زبانی یا سن پیش از مدرسه نیز خانواده دغدغه کمتری نسبت به درمان داشت. بنابراین در موارد قابل توجهی بازه و سن طلایی این کودکان جهت مداخله به هنگام از دست رفت. در مورد کودکان با اختلالات ذهنی بیشتر یا سن پایین که پروتکل های بهداشتی را درک نمی کردند، خانواده و حتی درمانگران ترجیح می دادند که این کودکان کمتر به صورت حضوری مراجعه کنند.

عوامل مرتبط با خدمات ازراه دور

در دوران همه گیری، تعدادی از مراکز و درمانگران خدمات گفتاردرمانی ازراه دور را ارائه دادند. نکته قابل توجه مطرح شده توسط مشارکت کنندگان این بود که با وجود اینکه این نوع خدمات در شرایط اوج کووید-۱۹ برای گروه هایی از کودکان دسترسی ایجاد کرد، اما این جایگزینی خود به محرومیت و کاهش دسترسی گروه های دیگری منجر شد. در واقع به دلایل مختلف، این خدمات توسط همه مراکز و درمانگران ارائه نشد یا مورد بررسی برخی خانواده ها قرار نگرفت. در ادامه، به برخی از این عوامل اشاره شده است:

محدودیت های ذاتی خدمات ازراه دور

از دیدگاه مشارکت کنندگان در رابطه با دریافت خدمات

تعدیل‌کننده محدودیت‌های پیش‌آمده در دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی را پیدا کردند و در مواردی حتی به دسترسی کامل کودکان به خدمات موردنیازشان منجر شدند (جدول شماره ۵).

عوامل مرتبط با نظام کلان سلامت

یافته‌های این مطالعه نشان داد واکسیناسیون باعث کاهش شدت و طول دوره بیماری و همچنین کاهش اضطراب و نگرانی از ابتلا شد. همچنین از ابتدای دوران همه‌گیری و حتی در اوج آن، مراکز دولتی فعال بودند و مراقبانی که مراجعه کرده یا تماس تلفنی گرفته بودند از آموزش‌های لازم برای تداوم حداقلی خدمات در اوج همه‌گیری بهره‌مند شده بودند.

عوامل مرتبط با مراکز ارائه خدمات

در رابطه با نقش تسهیل‌کنندگی مراکز در تداوم و بازگشت به خدمات، یکی از مهم‌ترین عوامل، میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی در مراکز (ساختار فیزیکی و چیدمان مانند تهویه مناسب، فضای بزرگ انتظار، صندلی‌های علامت‌گذاری‌شده، استفاده از ماسک و الکل توسط کادر مراکز) بود که به افزایش اطمینان و کاهش نگرانی خانواده‌ها کمک می‌کرد. همچنین خانواده‌ها تمایل بیشتری به مراکز خصوصی و به‌ویژه مراکز تک‌درمانگر به دلیل تراکم پایین نشان می‌دادند و از طرف دیگر، استفاده از انواع روش‌های خلاقانه مانند ماکت یا فیلم به جای برداشتن ماسک و کاهش فاصله فیزیکی، مشوق و تسهیل‌کننده خانواده‌ها بود. عامل مهم دیگر، تلاش مراکز برای پیگیری بازگشت خانواده‌ها به درمان پس از تعطیلی ماه‌های ابتدایی بود. در نهایت نیز توجه مراکز به منابع رفاهی و حمایتی برای خانواده‌ها از جمله تهیه وسایل بهداشتی مانند ماسک یا الکل، افزایش امکان تخفیف، استفاده از شبکه خیرین و منابع حمایتی خارج از مرکز و تسهیل فرایند بیمه، همگی مشوق و تسهیل‌کننده تداوم درمان به‌ویژه برای اقشار در طبقه اقتصادی پایین‌تر بود.

عوامل مرتبط با خدمات از راه دور

توسعه خدمات از راه دور مناسب در مراکز و پیشنهاد آن به خانواده‌ها برای جایگزینی یا همراهی آن با خدمات حضوری، نقش بسیار قابل توجهی برای دسترسی خانواده‌ها به خدمات گفتاردرمانی داشت. در وهله اول خدمات از راه دور برای خانواده‌هایی که نگرانی زیادی از ابتلا به کووید-۱۹ داشتند، جایگزین مناسبی بود تا کودک‌شان از خدمات گفتاردرمانی محروم نشود. یکی دیگر از مهم‌ترین مزایای خدمات از راه دور، رفع چالش‌های مرتبط با رفت‌وآمد به‌ویژه برای کودکان شهرها و روستاهای اطراف تهران بود. با توجه به اینکه این امکان وجود داشت که خانواده در منزل و در ساعات مختلف و حتی روزهای تعطیل خدمات از راه دور را دریافت کند، انعطاف‌پذیری بالاتری برای هماهنگی، به‌ویژه برای

گفتاردرمانی آن‌گونه که پیش‌بینی شده بود، اثربخش نباشد. دانش و مهارت پایین در ابعاد مختلفی قابل توجه بود؛ مهارت پایین در کار با ابزارهای الکترونیکی، اپلیکیشن‌ها و نرم‌افزارها، مهارت پایین در نحوه ارتباط با کودک و جلب همراهی وی، مهارت و دقت پایین درمانگر در انتقال آموزش و مداخله به کودک، از جمله مواردی بودند که حتی باعث می‌شدند نه تنها کودک پیشرفتی نکند بلکه مشکلات وی نیز افزایش یابد.

موانع و محدودیت‌های کودک در دریافت خدمات از راه دور

کودکان نیازمند ماسک دهانی و مداخلات تماسی به‌ویژه کودکان دارای اختلال بلع، کودکانی که به دلیل سن پایین یا نوع اختلال، از لحاظ شناختی توانایی استفاده از وسایل ارتباطی را نداشتند یا از توانایی ارتباطی و تعاملی لازم برخوردار نبودند، فرصت استفاده کامل از خدمات از راه دور را نداشتند. در نتیجه با توجه به تجربه مشارکت‌کنندگان، ارائه خدمات برای برخی کودکان محدود به آموزش و مشاوره به مراقب بود.

در رابطه با طبقه اصلی «عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» می‌توان به نقل قول‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«یا به‌رحال کسانی که شغلاشون یه جورهایی تحت تأثیر کرونا قرار گرفته، مجالس بوده یا اسنپ بوده یا چیزهای این‌شکلی بوده و وضعیت اقتصادی شون چنان درگیر می‌شده که دیگه اصلاً خدمات گفتاردرمانی جزء اولویت‌های اولیه‌شون نبود» (تهران، مراقب، CG09) (زیرطبقه افزایش چالش‌های اقتصادی خانواده).

«شوهرم توی خونه بود نمی‌داشت این کارو بکنم... نفیسه گریه می‌کرد برای کار انجام دادن همکاری نمی‌کرد، ... شوهرم می‌گفت ول کن الان وقت این کار نیست... کارشم تو خونه بود از صبح تا شب خونه بود، کارم شده بود لحظه‌ای که شوهرم نیست، دخترم رو گیر بیارم» (مراقب، CG08) (زیرطبقه کاهش امکان مشارکت خانواده در روند درمان).

«یعنی به من باید آموزش بدن، ما چرا این قدر سختی کشیدیم؟ برای اینکه بلد نبودیم... من بلد نبودم از واتساپ چه جوری استفاده کنم خیلی چیزها رو یاد گرفتم با آزمون و خطا، چه جوری برنامه بدم، چه جوری ارتباط برقرار کنم...» (درمانگر، spt01) (زیرطبقه آمادگی، دانش و مهارت پایین برای ارائه خدمات آنلاین).

طبقه سوم

عوامل تعدیل‌کننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه، در دوران همه‌گیری و به‌ویژه در دو سال ابتدایی آن، به‌مرور عواملی نقش

جدول ۵. عوامل تعدیل‌کننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

زیرطبقه ۲	زیرطبقه ۱
واکسیناسیون همگانی علیه کووید-۱۹	عوامل مرتبط با نظام کلان سلامت
فعالیت مراکز دولتی در تمام دوران کووید-۱۹	
رعایت پروتکل‌های بهداشتی پیشگیری از کووید-۱۹	عوامل مرتبط با مراکز ارائه خدمات
خلایقت در ارائه خدمات حضوری در کنار رعایت پروتکل‌ها	
توجه به منابع رفاهی و حمایتی برای خانواده‌ها در مراکز درمانی	
پیگیری برای بازگشت خانواده و تداوم خدمات	
مصونیت و اطمینان در برابر انتقال کووید-۱۹	عوامل مرتبط با خدمات از راه دور
انعطاف‌پذیری بیشتر خدمات برای هماهنگی	
رفع موانع مرتبط با مسافت و رفت‌وآمد خانواده	
خلایقت درمانگر در ارائه خدمات از راه دور	
وجود برنامه‌های اختصاصی ارائه خدمات آنلاین	
ایجاد و توسعه بستر و ظرفیت آموزش به خانواده‌ها	
آگاهی بالای خانواده	عوامل مرتبط با خانواده
آسانی رفت‌وآمد به مراکز	
داشتن بیمه تکمیلی	
اختلالات شدیدتر	عوامل مرتبط با کودک
سن ورود به مدرسه	

توانبخشی

داشتند که نزدیک بودن به مراکز درمانی و داشتن وسیله نقلیه شخصی، هزینه و نگرانی از بیماری را برای آن‌ها کاهش داده است. در نهایت نیز داشتن بیمه تکمیلی عامل مهم تسهیل‌کننده دسترسی به خدمات بود.

عوامل مرتبط با کودک

برای کودکانی که درگیر اختلالات جدی‌تر و شدیدتر مانند اوتیسم شدید بودند، خانواده‌ها نگرانی بیشتری در رابطه با وقفه‌های درمانی داشتند. همچنین برای کودکان در سن مدرسه نیز، باتوجه به احساس فشار ناشی از برنامه سنجش ورود کودک به مدرسه، خانواده ضرورت و اولویت بیشتری برای گفتاردرمانی قائل بودند.

در رابطه با طبقه اصلی «عوامل تعدیل‌کننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» می‌توان به نقل قول‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«حتی کلینیکی که تک‌درمانگر هست یعنی من چون خودم تنها درمانگر... چون کلینیک خودم بود اون‌هایی که از قبل

خانواده‌های دارای چند فرزند و پرمشغله، وجود داشت. علاوه بر این موارد، خلاقیت درمانگران در به‌کارگیری انواع روش‌های آموزشی و درمانی از راه دور توانست باعث افزایش کیفیت ارتباط از راه دور و افزایش اثربخشی شود. در نهایت نیز خدمات از راه دور، بستری برای افزایش آگاهی خانواده‌ها فراهم کرد. در این دوران انواع فیلم‌ها و مطالب آموزشی برای عموم در شبکه‌های مجازی به اشتراک گذاشته شد و درمانگران فایل‌های آموزشی صوتی یا تصویری را برای خانواده‌ها متناسب با نیاز کودک‌شان آماده می‌کردند و خانواده می‌توانست چندباره آن‌ها را مرور کند.

عوامل مرتبط با خانواده

یک عامل اساسی در شروع و تداوم درمان کودکان، حتی در شرایط اوج همه‌گیری، میزان آگاهی خانواده بود. این آگاهی در ابعاد مختلف رشد و تکامل کودکان و ضرورت دوران طلایی رشد کودک، اهمیت مداخلات گفتاردرمانی، آگاهی از کووید-۱۹ و راه‌های پیشگیری نمود داشت و به این منجر شد که خانواده‌ها علی‌رغم نگرانی‌های مرتبط با کووید-۱۹، گفتاردرمانی را فراموش نکنند. از طرف دیگر، در دریافت خدمات حضوری، خانواده‌ها تأکید

جدول ۶. پیامدهای کاهش دسترسی

زیرطبقه ۱	زیرطبقه ۲
پیامد برای کودک	کاهش تشخیص و مداخله زودهنگام
	تشدید اختلالات نیازمند خدمات گفتاردرمانی
	طولانی‌تر شدن روند گفتاردرمانی
	تشدید مشکلات خانوادگی
پیامد برای خانواده	کاهش شبکه اجتماعی و حمایتی خانواده
	کاهش انگیزه و امید به درمان

توانبخشی

مکان‌های عمومی به‌ویژه مدرسه و مهدکودک باعث شده بود که مشکلات و اختلالات کودکان به‌موقع تشخیص داده نشده یا امکان مراجعه به‌موقع به متخصص فراهم نشود. علاوه بر این، در نتیجه وقفه درمانی، کاهش کیفیت خدمات یا عدم تداوم مداخلات تخصصی و همچنین به دلیل کاهش تعاملات اجتماعی کودکان در این دوران، انواع اختلالات تشدید شده و مواردی چون تأخیر در گفتار شیوع بیشتری پیدا کرد.

پیامد برای خانواده

کاهش دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری علاوه بر پیامدهای منفی برای کودکان، بر خانواده‌ها و مراقبان نیز اثرگذار بوده است. در این دوران، اختلاف میان والدین در رابطه با ضرورت دریافت خدمات و مدیریت چالش‌های دسترسی به خدمات تشدید پیدا کرد. علاوه بر این‌ها، کاهش رفت‌وآمد مراقبان به مراکز درمانی و از طرفی رعایت فاصله اجتماعی به‌هنگام حضور در مراکز باعث شد مراقبان کمتر با یکدیگر تعامل داشته باشند که این عدم تعامل مانعی برای ایجاد انگیزه و امید برای درمان فرزندان‌شان بود.

در رابطه با طبقه اصلی «پیامدهای کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» می‌توان به نقل‌قول‌های زیر از مشارکت‌کنندگان اشاره کرد:

«... بچه‌هایی که توی این بازه زمانی متولد شدن و دوره مهم رشدی زیر دو سالشون رو توی این پروسه ایزوله اجتماعی و ارتباطی و کلامی طی کردن ... الان بچه دو سال و نیمه‌س، سه ساله‌س هنوز صحبت نمی‌کنه، ... چون من به خیلیاشون به خانواده مشاوره دادم که این روند غنی‌سازی ارتباطی، اجتماعی و کلامی رو برای بچه ایجاد کنن و بعد از سه ماه.. چهار ماه دوباره پیگیری کردم، درصد زیادی‌شون بعد از غنی‌سازی بچه توی پروسه روال رشد طبیعی قرار گرفته» (گفتاردرمانگر، spT02) (زیرطبقه تشدید اختلالات نیازمند خدمات گفتاردرمانی).

«من مثلاً به خاطر بیکاری شوهرم مثلاً مشاجره و دعوا می‌شد،

می‌شناختن، می‌دونستن که من تنها درمانگر هستم، اونجا دیگه کس دیگه‌ای نیست، خودمم و به منشی خیالشون به ذره راحت‌تر بود، این‌ها باز بهتر دوباره برگشتن، و خیالشون راحت بود» (گفتاردرمانگر، spT03) (زیرطبقه رعایت پروتکل‌های بهداشتی).

«من توی اون یک سال که خودشون کلینیک رو بستن ابوالفضل رو نبردم یعنی من همواره با اینکه کرونا هم بود خواهان این بودم که حضوری باشه چون دوره طلایی پسر بود و پسر باید می‌رفت مدرسه، هر چیزی که بود ابوالفضل باید می‌رفت مدرسه، کرونا... هر اتفاقی که می‌افتاد خیلی برام مهم نبود ولی خب کلینیک‌ها بسته شدن، من ترس از کرونا رو خیلی نداشتم، ترس از مدرسه نرفتن پسر رو داشتم» (مراقب، cg03) (زیرطبقه آگاهی بالای خانواده).

«کیس‌های جدید هم که اومدن، شرایط بسیار بحرانی بوده یعنی دیگه خانواده اصلاً از عهده بر نمی‌ومد، شرایط خیلی بد بود، دیگه گفته بودن سن میره بالا و دست‌شون به هیچ جا بند نبود، کیس اوتیسم خیلی وحشتناک است، ... خطای تلفظی بسیار زیاد، اختلال یادگیری وحشتناکی که خیلی بارز و مشخص بود، چنین کسانی شروع کردن به زنگ زدن و اومدن» (گفتاردرمانگر، spT07) (زیرطبقه اختلالات شدیدتر).

طبقه چهارم

پیامدهای کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹

در نهایت یافته‌های این مطالعه، مربوط به پیامدهای ناشی از کاهش دسترسی به خدمات در نتیجه کووید-۱۹ است. همان‌طور که در **جدول شماره ۶** آمده است، کاهش دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی دارای پیامدهای منفی برای کودک و برای خانواده بوده است.

پیامد برای کودک

در دوران همه‌گیری، حضور کمتر کودک و خانواده در

در مطالعه‌ای در مناطق روستایی نپال، گزارش شده است که همه‌گیری کووید-۱۹ به کاهش دسترسی کودکان با شکاف لب و کام به مراکز گفتاردرمانی منجر شده که به دلیل محدودیت توانایی آنان برای سفر به مناطق نزدیک دارای خدمات بوده است [۱۶].

همچنین در رابطه با عوامل مرتبط با کودک، مطالعات مختلف به آسیب‌پذیری بیشتر گروه‌هایی از کودکان به ابتلا به کرونا از جمله کودکان دارای اوتیسم [۲۲]، فلج مغزی [۲۰] و سندرم داون [۲۳] اشاره داشتند که با محدود کردن رفت‌وآمد و تعاملات اجتماعی، این کودکان از بیماری کرونا مصون ماندند، اما به محرومیت آنان از خدمات توانبخشی مورد نیاز از جمله گفتاردرمانی منجر شد.

مرور مطالعات در حوزه گفتاردرمانی کودکان در دوران همه‌گیری نشان داد بخش قابل توجهی از این مطالعات به خدمات از راه دور در این دوران و نقش آن در افزایش دسترسی به خدمات گفتاردرمانی پرداخته بودند. عمده مطالعات تأکید داشتند که با وجود اینکه در خیلی از کشورها این خدمات پیش از همه‌گیری هم وجود داشته است، اما همه‌گیری کووید-۱۹ و اقدامات مرتبط با کنترل آن، به تحول بی‌سابقه در خدمات درمانی و توانبخشی از راه دور منجر شده است [۲۴]. به‌طور کلی علی‌رغم وجود برخی چالش‌ها در استفاده از مداخلات توانبخشی از راه دور، این روش گزینه مناسبی در دوران کووید-۱۹ و حتی در شرایط غیرهمه‌گیری برای افراد و کودکانی است که امکان مراجعه حضوری ندارند [۱۶، ۲۵-۲۷]. برای مثال، در مطالعه‌ای بر روی کودکان اوتیسم مشخص شد بیش از ۲۵ درصد والدین از آموزش‌های آنلاین جهت توانبخشی استفاده کرده‌اند و بیش از ۴۰ درصد گزارش کردند که می‌توانستند هر زمان که بخواهند خدمات مشاوره آنلاین بگیرند [۲۲]. در مطالعات مختلف، اثربخشی بالای این خدمات [۲۶، ۲۸] و در مواردی نیز اثربخشی پایین این خدمات گزارش شده است [۱۶، ۲۳، ۲۹].

این یافته‌های متفاوت می‌تواند در نتیجه نوع مداخله توانبخشی و گفتاردرمانی، شرایط کودکان و بستر مورد مطالعه باشد. مطالعه حاضر نشان داد با وجود نقش قابل توجه خدمات از راه دور در افزایش دسترسی گروه‌هایی از کودکان، این خدمات برای همه قابل استفاده و در دسترس نبوده است. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعات متعدد به موانع و چالش‌های خدمات از راه دور پرداخته شده است. مطالعات مختلف به موانعی چون اهمیت تعامل مستقیم در گفتاردرمانی و حذف این عامل در خدمات از راه دور [۱۶، ۳۰]، مشکلات در جلب مشارکت و همراهی کودک به دلیل عدم تمرکز کودک در فضای خانه و بالا بودن عوامل حواس‌پرتی [۱۶، ۳۱]، عدم تمرکز درمانگر در محیط کار یا منزل به دلیل نداشتن فضای اختصاصی [۳۱]، کمبود شواهد بالینی برای ارزیابی جامع کودک [۳۰-۳۲] و همچنین چالش در ارائه و مشاهده مداخلات درمانی در بستر زندگی روزمره کودک

موقعی که نمی‌رفت سرکار این باعث می‌شد بگه نفرستش گفتار که از هزینه‌ها کم بشه، من می‌گفتم نه باید بفرستم، حالا از خوردوخوراک بزنیم ولی این باید حتماً گفتار رو بره» (مراقب، cg06) (زیر طبقه تشدید مشکلات خانوادگی).

بحث

این مطالعه به بررسی تجربه گفتارمانگران و مراقبان اصلی کودک در رابطه با دسترسی کودکان به خدمات گفتاردرمانی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ پرداخته است. یافته‌ها نشان‌دهنده تجربه غالب کاهش دسترسی کودکان به این خدمات در شهر تهران به‌ویژه در سال اول بود. این تجربه محدود شدن دسترسی، به‌صورت پویایی تحت تأثیر عوامل تشدیدکننده و تعدیل‌کننده‌ای قرار داشت که با گذشت زمان و با کاهش احتمال ابتلا به بیماری، عوامل تعدیل‌کننده تأثیر بیشتری گذاشتند یا از قدرت عوامل تشدیدکننده کاسته شد؛ به‌صورتی که بعد از سال دوم همه‌گیری تا زمان انجام مطالعه، تجربه مشارکت‌کنندگان، بازگشت به شرایط نسبتاً عادی پیش از کرونا را نشان داد.

در رابطه با طبقه اصلی «کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹»، بررسی و مقایسه یافته‌های این مطالعه با مطالعات دیگر، در وهله اول ابعاد و شکل‌های مختلف این کاهش دسترسی را نشان داد. برای مثال، مطالعه‌ای در کشور ترکیه در رابطه با کودکان با فلج مغزی نشان داد کمتر از ۲ درصد کودکان در دوران قرنطینه از خدمات توانبخشی استفاده کردند [۲۰]. مطالعه‌ای در کشور هند بر روی کودکان با اختلالات عصبی رشدی، به معلق شدن تمام برنامه‌های گفتاردرمانی مراکز در دوران قرنطینه و از طرف دیگر تداوم خدمات در منزل اشاره داشت [۲۱]. در مطالعه‌ای در کشور چین، بیش از ۱۳ درصد کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم هیچ‌گونه خدماتی دریافت نکرده بودند؛ تنها ۳۰ درصد برای دریافت خدمات به مراکز مراجعه کرده و حدود ۲۰ درصد در خانه تمرینات را انجام دادند. در واقع در دوران قرنطینه با وجود دسترسی به خدمات آنلاین و خدمات در منزل، یک‌سوم از والدین گزارش کردند که مشاوره و توانبخشی به‌موقع و مفیدی دریافت نکرده‌اند [۲۲].

در رابطه با طبقه اصلی «عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» در مطالعه حاضر، تجربه شرکت‌کنندگان نشان داد در این دوران و به‌ویژه در سال اول، عواملی در سطح مراکز، خانواده‌ها و کودکان، هم برای خدمات حضوری و هم از راه دور، تشدیدکننده کاهش دسترسی بودند. در رابطه با عوامل مرتبط با خانواده، مطالعه‌ای در کشور ترکیه نشان داد سطح بالای اضطراب والدین کودکان با فلج مغزی و نگرانی نسبت به ابتلای کودک و اعضای خانواده به بیماری می‌تواند یکی از عوامل افزایش‌دهنده اضطراب و نگرانی این والدین و در نتیجه اولویت نگهداری کودک در خانه باشد [۲۰].

به سفر و حذف موانع رفت‌وآمد به‌ویژه برای کودکان روستایی [۱۶، ۲۶، ۳۱]، زمان‌بندی راحت‌تر و انعطاف‌پذیری بیشتر ارائه خدمات هم برای درمانگر و هم خانواده [۱۶، ۲۶، ۳۱، ۳۴] همگی ترغیب‌کننده خانواده و درمانگران برای استفاده از خدمات از راه دور بودند.

مطالعه‌ای در کشور کانادا نقش قابل‌توجه آمادگی، تجربه، مهارت درمانگر در پذیرش و مشارکت خانواده و کودک در خدمات گفتاردرمانی از راه دور و در نتیجه افزایش اثربخشی این خدمات را نشان داد. همچنین ظرفیت و توانمندی درمانگر برای خلاقیت در ارتباط مانند استفاده از عروسک‌های دستی، توانایی در برقراری رابطه خوب و تبادل اطلاعات و هماهنگی ابعاد مختلف خدمات مرتبط با کودک، آمادگی، تجربه و مهارت درمانگر برای جلب همراهی و مشارکت کودک، توانایی مدیریت و جلب مشارکت والدین و توانمندی درمانگر برای توجه به نیازهای کودک و خانواده، نقش مهمی در ترغیب خانواده و کودک به خدمات دارند [۳۱].

علاوه‌براین‌ها، مطالعات به مقرون‌به‌صرفه‌تر بودن خدمات از راه دور در مقایسه با خدمات حضوری اشاره داشتند [۳۴] که تجارب مشارکت‌کنندگان این مطالعه در شهر تهران در این مورد متنوع بود و در مواردی عنوان شد که هزینه جلسات برابر و حتی گران‌تر از جلسات حضوری بوده است. در کل بخشی از خانواده‌ها با وجود حذف هزینه رفت‌وآمد، همچنان هزینه این خدمات را بالا می‌پنداشتند، زیرا عمده مسئولیت را بر عهده خود می‌دانستند. از طرف دیگر، برخلاف تجارب مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، برگزاری و تداوم گروه‌درمانی برای والدین و کودکان به افزایش اثربخشی خدمات و همچنین ایجاد انگیزش برای تداوم خدمات از راه دور منجر شده است [۳۱]. علاوه‌براین، ایجاد سیاست‌های بازپرداخت و بیمه‌ای خدمات از راه دور نیز مشوق خانواده‌ها برای دریافت این خدمات در دوران همه‌گیری بوده است [۳۳].

«پیامدهای کاهش دسترسی» هم برای کودک و هم خانواده، طبقه اصلی دیگری است که از تجربه مشارکت‌کنندگان به دست آمد. هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر، پس‌رفت‌های رفتاری کودکان با اختلالات عصبی‌رشدی به‌ویژه در اوتیسم و بیش‌فعالی [۲۱] و کاهش توانایی‌های زبانی، شناختی و حرکتی کودکان دارای سندرم داون با وجود دریافت جلسات آنلاین، به‌دلیل کاهش تعاملات اجتماعی [۲۳] در مطالعات مربوطه گزارش شده است. با توجه به یافته‌ها، خانواده‌های دارای کودک نیازمند به خدمات گفتاردرمانی نیز در این دوران به دلایل مختلف از جمله به‌دلیل کاهش دسترسی کودکان به خدمات موردنیازشان با چالش‌هایی مواجه شدند. مطالعات متعددی که عمدتاً با روش‌های کمی صورت گرفته و به سلامت روان والدین دارای کودک با نیازهای توانبخشی در این دوران پرداخته بودند، به افزایش استرس و اضطراب والدین اشاره داشتند. از دلایل اصلی بررسی‌شده در

و خانواده [۳۱] اشاره داشتند. در رابطه با موانع مرتبط با امکانات خدمات از راه دور، مطالعه‌ای در ایران، موانع مداخلات توانبخشی از راه دور را بررسی کرده و مشکلات زیرساختی چون کمبود تجهیزات تخصصی، مشکلات اینترنت و حفظ امنیت اطلاعات را مطرح کرده است [۳۲].

همچنین در مطالعه‌ای در مناطق روستایی کشور نپال، به مشکل اتصالات اینترنت و واضح نبودن صدا در حین جلسات [۱۶] و در مطالعاتی در کانادا و انگلستان به لزوم تأمین زیرساخت‌های فناوری کارآمد و دسترسی به تجهیزات مناسب اشاره شده است [۲۴، ۳۱]. در رابطه با محدودیت‌های گفتاردرمانگران، مطالعات مختلف به کمبود و لزوم آموزش به درمانگران و آمادگی برای خدمات از راه دور اشاره داشته‌اند [۲۴، ۳۰، ۳۲]. مطالعه‌ای در هند نشان داد تنها حدود ۱۶ درصد از گفتاردرمانگران برای درمان از راه دور آموزش رسمی دیده بودند [۳۰]. علاوه‌براین، همان‌طور که مشارکت‌کنندگان این مطالعه مطرح کردند، در خدمات از راه دور مشارکت خانواده اهمیت بیشتری از خدمات حضوری دارد. بنابراین جلب مشارکت خانواده به‌دلیل نداشتن تعامل مستقیم، عدم پذیرش و آگاهی و مهارت پایین خانواده، سخت‌تر و پرچالش‌تر است [۳۱].

از طرف دیگر، با توجه به مطالعات در کشورهای مختلف، خانواده‌هایی که به دلایل اقتصادی دسترسی مناسبی به ابزارها و امکانات مجازی نداشتند [۱۶، ۳۳] یا از سطح پایین سواد دیجیتال برخوردار بودند [۳۳]، کمتر امکان استفاده از خدمات از راه دور را داشته‌اند. در رابطه با خود کودکان نیز با توجه به تجارب خانواده‌ها و درمانگران در مطالعات مختلف، کودکانی که قدرت تحمل و تاب‌آوری بالایی برای فعالیت‌های درمانی نداشته، از حالات روانی پایدار و از قدرت کافی برای تمرکز بر روی صفحه موبایل یا لپ‌تاپ برخوردار نبودند، سن پایین داشتند [۳۱] و همچنین کودکانی مانند کودکان سندرم داون که وابستگی زیادی به تعاملات مستقیم اجتماعی دارند [۲۳]، کمتر توانستند از خدمات از راه دور استفاده کنند که این نتایج مطالعه حاضر نیز هم‌راستا با نتایج مطالعات ذکر شده است.

یکی از طبقات اصلی حاصل از مصاحبه‌ها «عوامل تعدیل‌کننده کاهش دسترسی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹» بود. در واقع با توجه به یافته‌ها، عواملی نیز به افزایش دسترسی کودکان به خدمات منجر شده بودند. در رابطه با عوامل مرتبط با خانواده، مطالعه‌ای در هند نشان داد آگاهی و انگیزه بالای والدین نسبت به مداخلات تخصصی از جمله مواردی بود که باعث شد خانواده‌ها بتوانند با چالش‌های همه‌گیری به‌ویژه در دوران قرنطینه کنار بیایند و در نتیجه مداخلات کودک تداوم یابد [۲۱]. در رابطه با خدمات از راه دور، مشابه با تجارب مشارکت‌کنندگان این مطالعه، کاهش خطر عفونت، هم برای درمانگر و هم کودک و همچنین امکان ارائه خدمات به بیماران مبتلا به کرونا [۳۴]، عدم نیاز

مشابه سیاست‌ها و اقداماتی برای تعدیل عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی و تقویت عوامل تسهیل‌کننده دسترسی به کار گیرند. به‌ویژه در رابطه با تداوم و استقبال از خدمات از راه دور در نظام توانبخشی باید خاطر نشان کرد که گفتاردرمانی از راه دور در ایران در ابتدای راه قرار دارد و نیازمند زیرساخت‌ها و سیاست‌های تقویت‌کننده و توسعه‌دهنده است. اما یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد برای دسترسی عادلانه به خدمات گفتاردرمانی و سایر خدمات توانبخشی از راه دور، باید از دسترسی همه کودکان و خانواده‌های آن‌ها به‌ویژه خانواده‌های کم‌درآمد اطمینان حاصل کرد و بستر لازم را برای خدمات عادلانه فراهم ساخت.

این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله اینکه تلاش زیادی صورت گرفت تا فردی غیر از مادر نیز به‌عنوان مراقب اصلی، در این مطالعه مشارکت کند، اما دسترسی به چنین نمونه‌هایی با توجه به معیار ورود، میسر نشد.

در رابطه با پیشنهادات پژوهشی منتج از این مطالعه، می‌توان عنوان کرد که در وهله اول چالش‌ها و مشکلات ارائه خدمات گفتاردرمانی در شرایط همه‌گیری را می‌توان با کمک پیمایش در جامعه آماری بزرگ‌تری بررسی کرد. همچنین بررسی وضعیت دسترسی به خدمات گفتاردرمانی از راه دور برای گروه‌های مختلف کودکان و چالش‌های آن برای خود گفتاردرمانگران نیز می‌تواند موضوع یک مطالعه در یک جامعه آماری بزرگ‌تر و حتی در سطح ملی باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با کد IR.USWR.REC.1401.090 تصویب شد. تمام مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه و مکتوب صورت گرفتند و اطلاعات مشارکت‌کنندگان به‌صورت کدگذاری شده و بی‌نام نگهداری و گزارش شد.

حامی مالی

این مقاله منتج از طرح پژوهشی به شماره ۲۸۶۱ است که با حمایت مالی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی انجام شده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی: مرضیه تکفلی، مروئه وامقی، فاطمه حسناتی؛ تحلیل: مرضیه تکفلی، مروئه وامقی، هدی موزون؛ تحقیق و بررسی: مرضیه تکفلی، هدی موزون، مریم آشور؛ روش‌شناسی: مرضیه تکفلی، مریم آشور؛ ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته: مرضیه تکفلی، مروئه وامقی؛ نظارت و مدیریت: مرضیه تکفلی،

این مطالعات، وقفه در خدمات توانبخشی، فقدان درمان منظم کودک، نگرانی از تشدید مشکلات کودکان، چگونگی انجام مداخلات توانبخشی در منزل و کاهش حمایت اجتماعی در این دوران بوده است [۱۷، ۲۰-۲۲، ۳۳].

در مطالعه‌ای در کشور چین، ۵۰/۷ درصد از والدین دارای کودک اوتیسم استرس سطحی و ۳۶/۵ درصد استرس بالایی را گزارش کردند. ۹۰ درصد این والدین عنوان کردند که عدم همکاری کودک، به‌دلیل حواس‌پرتی و کنترل هیجانی سخت این کودکان برای مداخلات و تمرین‌هایی که باید در منزل انجام دهند، عامل اصلی استرس است [۲۲]. در مطالعه‌ای دیگر، والدین دارای کودک با فلج مغزی، وقفه در خدمات توانبخشی را از علل اضطراب خود عنوان کردند و اضطراب مراقبانی که برای فرزندان خود تمرین خانگی انجام نمی‌دادند به‌طور معنی‌داری بیشتر از افرادی بود که تمرین انجام می‌دادند. همچنین مراقبان کودکان مبتلا به فلج مغزی که دارای اختلال گفتاری، مشکلات رفتاری و عقب‌ماندگی ذهنی بودند، نسبت به مراقبان کودکان بدون این مشکلات، دارای سطوح بالاتری از اضطراب بودند [۲۰]. در مطالعه‌ای در کشور فرانسه در مورد کودکان دارای معلولیت جسمانی، ۷۲ درصد والدین نگرانی اصلی خود را توانبخشی کودکان عنوان کردند و ۶۰ درصد از نبود حمایت و کمک در این دوران شکایت داشتند [۱۷].

نتیجه‌گیری

مطالعه موجود از محدود مطالعاتی است که در ایران به موضوع دسترسی کودکان به خدمات توانبخشی در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ پرداخته است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد همه‌گیری کووید-۱۹ به‌ویژه در ماه‌های آغاز آن، دسترسی کودکان نیازمند به خدمات گفتاردرمانی را هم در تشخیص اولیه و هم در کمیت و انواع مداخله موردنیاز به‌شدت کاهش داده و به پیامدهای منفی برای کودک و خانواده منجر شده است. این مطالعه با نگاهی جامع و از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی نشان داد عوامل تشدیدکننده کاهش دسترسی به خدمات حضوری و غیرحضوری در سطوح مختلف زیرساختی، مراکز، کودک و خانواده قابل‌بررسی و تأمل هستند.

باتوجه به یافته‌ها، سیاست‌های کلان سلامت و مراکز درمانی از یک طرف و ویژگی‌های کودک و خانواده از طرف دیگر می‌توانند نقش قابل‌توجهی در تسهیل دسترسی داشته باشند. علاوه بر این، جایگزینی انواع مداخلات درمانی از راه دور توانست، برای گروه‌های مختلف کودکان و نه همه کودکان، محدودیت را به درجات مختلف جبران کند. این مطالعه نشان‌دهنده نابرابری تجربه‌شده توسط گروه‌های مختلف کودکان در دسترسی به خدمات حضوری و غیرحضوری در بحران همه‌گیری کووید-۱۹ بود. بنابراین می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت و توانبخشی و مدیران و کارشناسان مراکز گفتاردرمانی کمک کند تا در موارد

فرین سلیمانی؛ اعتبار و تأیید: مروئه وامقی، فاطمه حسناتی، فرین سلیمانی؛ جذب بودجه: فاطمه حسناتی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از مدیران مراکز گفتاردرمانی، گفتاردرمانگران و مادرانی که در این پژوهش همراهی کردند، قدردانی می‌شود.

References

- [1] United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Protecting the most vulnerable children from the impact of coronavirus: An agenda for action [Internet]. 2020 [Updated 2020 September 21]. Available from: [\[Link\]](#)
- [2] Human Rights Watch. COVID-19 and children's rights. New York: Human Rights Watch; 2020.
- [3] United Nations. Policy brief: The impact of COVID-19 on children [Internet]. 2020 [Updated 2020 April 1]. Available from: [\[Link\]](#)
- [4] The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Minimum standards for child protection in humanitarian action. Warwickshire: Practical Action Publishing; 2020. [\[Link\]](#)
- [5] Hendricks CL, Green RJ. COVID-19 in children: Should we be worried? *South African Medical Journal*. 2020; 110(9):864-8. [\[DOI:10.7196/SAMJ.2020.v110i9.15023\]](#) [\[PMID\]](#)
- [6] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Scope of practice in speech-language pathology [Internet]. 2016 [Updated 2024 October 26]. Available from: [\[Link\]](#)
- [7] World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: Interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. [\[Link\]](#)
- [8] Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981; 19(2):127-40. [\[DOI:10.1097/00005650-198102000-00001\]](#)
- [9] Rezapour A, Mahmoudi M, Gorji H, Faradonbeh SB, Asadi S, Zadeh NY, et al. A survey of unmet health needs and the related barriers to access them. *Journal of Health Administration*. 2014; 17(57):87-98. [\[Link\]](#)
- [10] Barandak F. Evaluation of equity in health with the aim of achieving citizens' equal access to health care centers (case study: Ardebil city). *Journal of Studies of Human Settlements Planning*. 2018; 12(41):973-83. [\[Link\]](#)
- [11] Al Awaji NN, Almudaiheem AA, Mortada EM. Assessment of caregivers' perspectives regarding speech-language services in Saudi Arabia during COVID-19. *Plos One*. 2021; 16(6):e0253441. [\[DOI:10.1371/journal.pone.0253441\]](#)
- [12] Ayas M, Al Amadi AMHA, Khaled D, Alwaa AM. Impact of COVID-19 on the access to hearing health care services for children with cochlear implants: A survey of parents. *F1000Research*. 2020; 9:690. [\[DOI:10.12688/f1000research.24915.1\]](#)
- [13] Bhat A. Analysis of the SPARK study COVID-19 parent survey: Early impact of the pandemic on access to services, child/parent mental health, and benefits of online services. *Autism Research*. 2021; 14(11):2454-70. [\[DOI:10.1002/aur.2618\]](#)
- [14] Jeste S, Hyde C, Distefano C, Halladay A, Ray S, Porath M, et al. Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020; 64(11):825-33. [\[DOI:10.1111/jir.12776\]](#)
- [15] Tohidast SA, Mansuri B, Bagheri R, Azimi H. Provision of speech-language pathology services for the treatment of speech and language disorders in children during the COVID-19 pandemic: Problems, concerns, and solutions. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2020; 138:110262. [\[DOI:10.1016/j.ijporl.2020.110262\]](#)
- [16] Nakarmi KK, Mehta K, Shakya P, Rai SK, Bhattarai Gurung K, Koirala R, et al. Online speech therapy for cleft palate patients in rural Nepal: Innovations in providing essential care during COVID-19 pandemic. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2022; 20(1):154-9. [\[DOI:10.33314/jnhrc.v20i01.3781\]](#) [\[PMID\]](#)
- [17] Cacioppo M, Bouvier S, Bailly R, Houx L, Lempereur M, Mensah-Gourmel J, et al. Emerging health challenges for children with physical disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic: The ECHO French survey. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2021; 64(3):101429. [\[DOI:10.1016/j.rehab.2020.08.001\]](#)
- [18] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2):105-12. [\[DOI:10.1016/j.nedt.2003.10.001\]](#)
- [19] Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic inquiry*: Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1985, 416 pp., \$25.00 (Cloth). *International Journal of Intercultural Relations*. 1985; 9(4):438-9. [\[DOI:10.1016/0147-1767\(85\)90062-8\]](#)
- [20] Akpinar P, Aktas I, Unlu Ozkan F, Atici A, Yilmaz Kaysin M, Cambekli K. Rehabilitation status of children with cerebral palsy and anxiety of their caregivers during the COVID-19 pandemic. *Northern Clinics of Istanbul*. 2021; 8(6):545-53. [\[DOI:10.14744/nci.2021.32068\]](#)
- [21] Goswami JN, Sondhi V, Simalti AK, Bamal M, Roy S. Effects of lockdown during corona pandemic on children with neurodevelopmental disorders-A questionnaire-based survey. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2021; 63(4):648-59. [\[DOI:10.24953/turkijped.2021.04.012\]](#)
- [22] Huang S, Sun T, Zhu Y, Song S, Zhang J, Huang L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on children with ASD and their families: An online survey in China. *Psychology Research and Behavior Management*. 2021; 14:289-97. [\[DOI:10.2147/PRBM.S293426\]](#)
- [23] Meguid NA, Nashaat NH, Abdallah HR, Hemimi M, Elnahry A, El-Hariri HM, et al. Influence of COVID-19 pandemic lockdown on a sample of Egyptian children with Down syndrome. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*. 2022; 23(1):68-76. [\[DOI:10.1186/s43042-022-00280-2\]](#)
- [24] Ansari R, Loraine E, Gréaux M. Impact of COVID-19 on digital practice in UK paediatric speech and language therapy and implications for the future: A national survey. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2022; 57(5):1112-29. [\[DOI:10.1111/1460-6984.12750\]](#)
- [25] Dhiman S, Sahu PK, Reed WR, Ganesh GS, Goyal RK, Jain S. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Research in Developmental Disabilities*. 2020; 107:103790. [\[DOI:10.1016/j.ridd.2020.103790\]](#)

- [26] Sprianu C, Krpalek D, Kugel JD, Bains G, Gharibvand L. COVID-19 and telehealth use among occupational therapy, physical therapy, and speech-language pathology practitioners in the United States. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. 2022; 20(2):20. [DOI:10.46743/1540-580X/2022.2129]
- [27] Rabanifar N, Abdi K. Letter to editor: Telerehabilitation: A useful and appropriate approach for people with disability in Covid-19 pandemic. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2021; 35(1):125-6. [DOI:10.47176/mjiri.35.18]
- [28] Pamplona MDC, Ysunza PA. Speech pathology telepractice for children with cleft palate in the times of COVID-19 pandemic. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2020; 138:110318. [DOI:10.1016/j.ijporl.2020.110318]
- [29] Lam JHY, Lee SMK, Tong X. Parents' and students' perceptions of telepractice services for speech-language therapy during the COVID-19 pandemic: Survey study. *JMIR Pediatrics and Parenting*. 2021; 4(1):e25675. [DOI:10.2196/25675]
- [30] Bhattarai B, Sanghavi T, Abhishek BP. Challenges in delivering tele-practice services for communication disorders among audiologists and speech language pathologists. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2022; 74(3):4360-5. [DOI:10.1007/s12070-021-03032-7]
- [31] Kwok EYL, Pozniak K, Cunningham BJ, Rosenbaum P. Factors influencing the success of telepractice during the COVID-19 pandemic and preferences for post-pandemic services: An interview study with clinicians and parents. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2022; 57(6):1354-67. [DOI:10.1111/1460-6984.12760]
- [32] Rabanifar N, Hoseini MA, Abdi K. Exploring barriers to implementing telerehabilitation from experiences of managers, policy-makers, and providers of rehabilitation services in Iran: A qualitative study. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*. 2022; 36(1):1213-20. [DOI:10.47176/mjiri.36.157]
- [33] Choi KR, Becerra-Culqui TA, Tejada G, Coleman KJ, Bhakta B, Knight EA, et al. Habilitative teletherapy for children with autism spectrum disorder: A survey of parents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2022; 43(8):454-60. [DOI:10.1097/DBP.0000000000001106]
- [34] Campbell DR, Goldstein H. Genesis of a new generation of telepractitioners: The COVID-19 pandemic and pediatric speech-language pathology services. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2021; 30(5):2143-54. [DOI:10.1044/2021_AJSLP-21-00013]