

آوانامه

فصلنامه تخصصی گفتاردرمانی
دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم توانبخشی ایران
انجمن علمی-دانشجویی گفتاردرمانی

اختلالات صدای گفتار در کودکان (۱۲)

اختلال بلع و تغذیه در کودکان (۲۰)

دکتر ریحانه محمدی، متخصصی برای گفتار و زبان کودکان (۲۴)



شماره دوم - تیر ماه ۱۴۰۱

۶.....	نگاهی به مداخله بهنگام.....
۱۰.....	اختلالات زبانی در کودکان.....
۱۲.....	اختلالات صدای گفتار در کودکان.....
۱۶.....	شکاف لب و کام.....
۲۰.....	اختلال بلع و تغذیه در کودکان.....
۲۴.....	دکتر ریحانه محمدی، متخصصی برای گفتار و زبان کودکان.....

سردبیر و مدیر مسئول : امیرعلی حبیبی
طراحی و صفحه آرایی : علیرضا عباسی
هیئت تحریریه : سکینه محمدزمانی، الهه فرمانی، مینا فتوحی، پریسا رضائی،
احسان نادری فر، امیرعلی حبیبی، زینب هدایتی
هیئت ویراستاری : سکینه محمدزمانی، مینا فتوحی، امیرعلی حبیبی،
علیرضا عباسی

سخن سردبیر

عموما سخن سردبیر را به چشم تکمله‌ای برا تمام نشریه و یک خوش آمد گویی به مخاطب می‌بینند. زمانی که مطالب یک نشریه از حد استاندارد بالاتر می‌رود و یا نویسندگان آن مطلب در جایگاه خاصی چه از لحاظ علمی و چه از لحاظ اجتماعی قرار می‌گیرند، کار سردبیر برای نوشتن یادداشت سخت‌تر می‌شود. دقیقا این اتفاق برای دومین شماره از فصل نامه علمی - دانشجویی آوانامه افتاد. سطح بالای مطالب نشریه در کنار شان علمی بالا نویسندگان آن باعث می‌شود حین نوشتن سخن سردبیر قلم کمی بیش از اندازه سنگینی کند. به هر حال، هر چه حرف برای حیظه رشدی بود در ادامه نشریه آمده است و هر چه در این رابطه بگویم اضافه کاری است. امیدوارم با این نشریه گام اندکی در راه کاهش درد و آلام کودکان دارای اختلال و خانواده آن‌ها برداشته باشیم و با مطالبی که توسط اعضا تحریریه نشریه آماده شده است بر علم درمانگران و دانشجویان این حیظه افزوده شود. در این میان لازم می‌دانم از دکتر لیلا قلیچی عزیز که بدون حمایت و زحمات او نشریه به اتمام نمی‌رسید، اعضا تحریریه‌ای که بدون چشم داشت برای ما قلم زدند، دوستان گرافیست که با تمام فشار کاری پای نشریه ایستادند تشکر کنم.

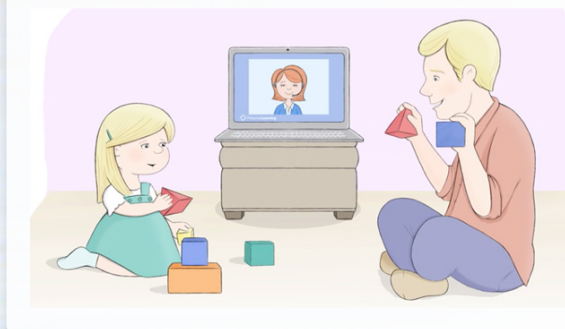
ارادتمند شما، امیرعلی حبیبی
سردبیر نشریه علمی - دانشجویی آوانامه

مداخله بهنگام چیست؟

مداخله بهنگام به معنای شناسایی و ارائه حمایت موثر از نوزادان، نوپایان، کودکان و نوجوانانی است که در معرض خطر مشکلات جسمی، رفتاری، شناختی و عاطفی - اجتماعی هستند.

مداخله بهنگام موثر برای جلوگیری از بروز مشکلات، یا مقابله مستقیم با آن‌ها در زمان وقوع، قبل از بدتر شدن مشکلات، صورت می‌گیرد. همچنین با پرورش مجموعه‌ی کاملی از توانایی‌ها و مهارت‌های فردی کودک را برای زندگی در دوران بزرگسالی آماده می‌کند.

مداخله بهنگام می‌تواند اشکال مختلفی داشته باشد، از برنامه‌های بازدید از منزل برای حمایت از والدین آسیب‌پذیر، برنامه‌های مبتنی بر مدرسه برای بهبود مهارت‌های اجتماعی و عاطفی کودکان، تا طرح‌های مشاوره برای نوجوانانی که در معرض جرم و جنایت هستند. در حالی که برخی موافق هستند که مداخله بهنگام ممکن است قوی‌ترین تأثیر خود را در چند سال اول زندگی داشته باشد، اما شواهد نشان می‌دهد که مداخلات موثر می‌تواند شانس زندگی کودکان را در هر مقطعی از دوران کودکی و نوجوانی بهبود بخشد.



مداخله بهنگام چگونه انجام می‌شود؟

مداخله بهنگام برای کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظتی و پیشگیرانه در زندگی کودک انجام می‌شود.

ما درک خوبی از عوامل خطری داریم که می‌توانند رشد

کودکان را به خطر اندازند، فرصت‌های اجتماعی و اقتصادی آینده‌ی وی را محدود کنند، و احتمال مشکلات سلامت روانی، ذهنی و جسمی، مشارکت در جرم، مصرف مواد مخدر، یا سوء استفاده را در زندگی بعدی افزایش دهند. این عوامل در سطوح مختلف در محیط کودک - در سطح فردی، خانواده، اجتماع و جامعه - وجود دارند و به روش‌های پیچیده‌ای با هم تعامل دارند.

عوامل حفاظتی و پیشگیرانه، ویژگی‌ها یا شرایط افراد، خانواده‌ها، اجتماع و جامعه هستند که می‌توانند این خطرات را کاهش داده و سلامت و رفاه کودکان و خانواده‌ها را افزایش دهند. در بسیاری از موارد، عوامل خطر و عوامل محافظتی دو روی یک سکه هستند: به عنوان مثال، سلامت روانی ضعیف والدین ممکن است رشد کودک را به خطر بیندازد، در حالی که سلامت روانی خوب والدین عامل محافظتی در برابر سایر پیامدهای منفی مانند مشکلات رفتاری یا پیشرفت تحصیلی ضعیف باشد.

این عوامل خطر در سطح فردی تعیین‌کننده یا پیش‌بینی‌کننده نیستند: این عوامل نمی‌توانند دقیقاً به ما بگویند که کدام کودک یا نوجوان به کمک نیاز دارد. اما می‌توانند به ما کمک کنند تا کودکانی را که آسیب‌پذیر هستند و ممکن است نیاز به حمایت بیشتری داشته باشند شناسایی کنیم. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخله بهنگام زمانی بهترین نتیجه را دارد که بر اساس خطرات از پیش شناسایی شده، در دسترس کودکان قرار گیرد.

مداخله بهنگام چه دستاوردی خواهد داشت؟

رویکردهای مداخله بهنگام اغلب بر حمایت از چهار جنبه کلیدی رشد کودک - رشد جسمی، شناختی، رفتاری و اجتماعی و عاطفی - تمرکز می‌کنند، این چهار حوزه جایی است که پتانسیل ایجاد بیشترین تفاوت و فواید را در طول زندگی فرد دارد.

رشد جسمی شامل سلامت جسمی کودکان، بلوغ و وجود یا عدم وجود کم‌توانی جسمی است و زمینه را برای رشد مثبت در سایر حوزه‌ها فراهم می‌کند. پیامدهای جسمی هدفمند در فعالیت‌های مداخله بهنگام شامل بهبود نتایج زایمان، کاهش بروز بیماری‌های عفونی و کاهش چاقی کودکان است.

رشد شناختی شامل کسب مهارت‌های گفتار و زبان، توانایی خواندن و نوشتن، توانایی‌های شمارش و درک آن‌ها

از حل مسئله است. رشد شناختی مثبت به طور چشمگیری با موفقیت کودک در مدرسه و ورود به موقعیت شغلی مرتبط است. پیامدهای شناختی که معمولاً با مداخله بهنگام مورد هدف قرار می‌گیرند شامل عملکرد در آزمون‌های استاندارد، پیشرفت تحصیلی، و فرصت‌های آموزش عالی و اشتغال پس از اتمام مدرسه است.

رشد رفتاری شامل توانایی کودکان برای نظارت و تنظیم رفتار، توجه و تکانشگری‌های خود است. مهارت‌های خودتنظیمی کودکان به شدت با توانایی آن‌ها در ایجاد روابط مثبت با دیگران و همچنین موفقیت آن‌ها در مدرسه مرتبط است. مشکل در خودتنظیمی رفتار در دوران کودکی به شدت پیش‌بینی‌کننده مشارکت کودکان در فعالیت‌های مجرمانه در دوران نوجوانی و بزرگسالی است. پیامدهای رفتاری که اغلب توسط مداخله بهنگام هدف قرار می‌گیرند شامل کاهش رفتار ضد اجتماعی و جنایت، خشونت و پرخاشگری در مدرسه، و وابستگی به همسالان ضد اجتماعی است.

رشد اجتماعی و عاطفی شامل آگاهی کودکان از نیازهای عاطفی خود و نیازهای عاطفی دیگران است. رشد اجتماعی و عاطفی همچنین شامل رشد عزت نفس کودکان و توانایی آن‌ها برای مدیریت احساسات منفی است. رشد اجتماعی و عاطفی به شدت با توانایی کودک در ایجاد روابط مثبت با دیگران و کاهش خطر افسردگی و سایر پیامدهای سلامت روان مرتبط است. پیامدهای مداخله بهنگام مرتبط با رشد اجتماعی و عاطفی کودکان شامل افزایش رفتار مطلوب جامعه، بهبود عزت نفس و کاهش بروز مشکلات سلامت روان با تشخیص بالینی است.

مداخله بهنگام همچنین سه «تهدید» کلیدی دیگر برای رشد کودک را هدف قرار می‌دهد که به شدت با پیامدهای نامطلوب در دوران نوجوانی و بزرگسالی مرتبط است: بدرفتاری با کودک، سوء مصرف مواد و رفتار جنسی پرخطر...

مداخله بهنگام ارتباط چیست؟

مداخله بهنگام ارتباط، فرآیند یا برنامه ارائه خدمات درمانی، توانبخشی و آموزشی به نوزادان، کودکان نوپا و خانواده‌هایی است که نوزاد یا نوپایی دارند که دارای شرایط خاصی است و معمولاً در مراکز درمانی دولتی، خصوصی، بیمارستان یا در خانه یا هر ترکیبی از این‌ها ارائه می‌شود.

چند نکته در این تعریف وجود دارد: نوزادان و نوپایان، خانواده‌هایشان و بهنگام بودند.

چه نوزادان و نوپایانی باید مداخله بهنگام دریافت کنند؟

نوزادان و نوپایانی که با یک اختلال رشدی متولد می‌شوند که قطعاً وجود آن اختلال می‌تواند به ما بگوید که اختلال می‌تواند بر رشد ارتباط و فراگیری زبان و سایر جنبه‌های رشد در آینده‌ی نزدیک تأثیر بگذارد و رشد ارتباطی و زبانی و گفتاری کودک را نسبت به کودکان همسن خودش با تأخیر مواجه کند. مثل کودکی که با یک ناهنجاری مشخص جسمی یا ذهنی یا یک سندرم خاصی مثل سندرم داون متولد می‌شود یا کودک شکاف کام یا کودکی که زودرس به دنیا آمده و یک آسیب مغزی همچون خونریزی داخل بطنی داشته است. گاهی هم کودک در غربالگری‌های اولیه مشکوک به کم‌شنوایی خواهد بود.

اما گروه دیگری از کودکان هستند که به آن‌ها کودکان در معرض خطر ارتباط گفته می‌شود. این خطر ممکن است تا چند ماه اول تولد کودک، هیچ علائم ظاهری جسمانی مشخص مبنی بر یک اختلال را نداشته باشد یا حداقل اصلاً مشخص نباشد یا به چشم خانواده نیاید. ولی از حدود ۴، ۵ ماهگی، ۱۰ ماهگی یا کمی بعدتر که خصوصاً نشانه‌های اولیه ارتباط‌گیری در کودک باید ظاهر شود؛ مادر، اطرافیان، پزشک و مراقبان سلامت ممکن است؛ برخی نشانه‌ها را مانند عدم تمایل به برقراری تماس چشمی یا کاهش بازی با صداها شناسایی کنند یا بعد از یک سالگی متوجه شوند که کودک به اندازه کافی به گفتار مادر و دیگران واکنش نشان نمی‌دهد. این علائم ممکن است باعث تأخیر رشدی در کودکان شود. به این کودکان، کودکان در معرض خطر می‌گویند. مثل کودکی که علائمی که نشان می‌دهد به نفع اختلال طیف اتیسم است.

یک گروه سوم از کودکان هم هستند که؛ نه اختلال رشدی دارند در بدو تولد، و نه اینکه در معرض خطر ارتباطی هستند؛ اما در ۳ سال اول تولد به هر دلیلی (بیماری‌ها یا تصادف، عوارض پس از عمل و داروها) ممکن است دچار آسیب‌های مغزی شوند که می‌تواند اثرات ماندگاری بر رشد مهارت‌های ارتباطی آن‌ها بگذارد یا حتی مهارت‌های ارتباطی و زبانی را که داشتند، از دست بدهند.



فواید مداخله بهنگام در تاخیر گفتار و زبان چیست؟

هیچ سنی «خیلی زود» نیست.

آیا کودک شما دیرگفتار است؟ آیا کودکتان در پیروی از دستورات یا پاسخ دادن به سؤالات مشکل دارد؟ آیا او در تلفظ برخی از صداهای گفتار مشکل دارد؟ آیا از خود می‌پرسید که ممکن است فرزندتان در مقایسه با سایر کودکان هم سن و سال خود در مهارت‌های گفتار یا زبان خود تاخیر داشته باشد؟ اگر پاسخ شما به هر یک از سؤالات بالا «بله» است، بهتر است برای ارزیابی مهارت‌های گفتار و زبان کودک خود با یک آسیب‌شناس گفتار و زبان (SLP) مشورت کنید. هیچ سنی برای ملاقات با SLP و ارزیابی برای تصمیم‌گیری در مورد نیاز به درمان خیلی زود نیست.

رویکرد - صبر کن و مشاهده کن -

خانواده، دوستان یا پزشک خانواده به بسیاری از والدین دارای فرزندی با رشد طبیعی در هر حوزه (مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های بازی، مهارت‌های حرکتی ظریف / درشت)، گفته اند که «نگران نباشند». اغلب به والدین گفته می‌شود که «صبر کنید و مشاهده کنید» که آیا تاخیر گفتاری یا زبانی فرزندتان بیشتر می‌شود یا نه. همانطور که کودکان به سرعت رشد می‌کنند، SLP نقاط عطف (مایلستون‌های) خاصی را می‌شناسد که کودک باید در یک سن خاص به آن‌ها دست یابد. وقتی به این مایلستون‌ها نرسید، این امر می‌تواند باعث نگرانی شود و بدون انجام مداخله بهنگام، می‌تواند باعث ایجاد چالش‌هایی در مسیر شود.

پژوهش‌ها در مورد مداخله بهنگام چه می‌گویند؟

تحقیقات نشان داده است که ۷۰ تا ۸۰ درصد از کودکان نوپا که دیر صحبت می‌کنند، در صورتی که تاخیر زبانی فقط یک تاخیر بیانی باشد، به مرور زمان این تاخیر را جبران خواهند کرد، به این معنی که نسبت قابل توجهی (۲۰ تا ۳۰ درصد) به همسالان خود نمی‌رسند. تحقیقات نشان می‌دهد که وقتی کودکان به مهارت‌های زبانی متناسب با سن خود نمی‌رسند، ممکن است مشکلات زبانی پایدار داشته باشند، و همچنین در مدرسه در خواندن و نوشتن مشکل دارند. درک این موضوع سخت است که بدانیم کدام یک از این کودکان دیرگفتار بدون مداخله تاخیر زبانی خود را جبران خواهند کرد و

کدامیک در گروهی قرار می‌گیرند که بدون درمان به مهارت‌های زبانی متناسب با سن‌شان نمی‌رسند. آسیب‌شناسان گفتار-زبان، ذکر کرده اند که «رویکرد صبرکن و مشاهده کن» در مورد رشد زبان توصیه نمی‌شود.

دلایل انجام مداخله بهنگام چیست؟

مداخله بهنگام فقط شامل «درمان» خود کودک نیست، بلکه آموزش‌ها، حمایت‌ها و راهنمایی‌هایی را برای والدین فراهم می‌کند. مداخله بهنگام می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر رشد کودک داشته باشد و می‌تواند به بهبود توانایی برقراری ارتباط، تعامل با دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی و رشد عاطفی آن‌ها کمک کند. دلایل زیادی برای انجام مداخله بهنگام وجود دارد. پنج مورد از دلایل مهم در ادامه بیان شده است:

۱. رشد مغز

کودکان خردسال اکثر مهارت‌های گفتار و زبان خود را در سه سال اول زندگی کسب می‌کنند. در این مدت، این یادگیری بر نحوه رشد مغز تأثیر می‌گذارد. مداخله بهنگام بسیار مهم است زیرا مغز در حال رشد نوزادان، کودکان نوپا و کودکان پیش‌دستانی برای یادگیری مهارت‌های ارتباطی طراحی شده است. اگر مشکلی در رشد وجود دارد، درمان باید در اسرع وقت شروع شود تا از این دوره رشد طبیعی مغز استفاده شود.

۲. حذف

یک کودک ممکن است بتواند به گفتار یا زبان طبیعی دست یابد، اگرچه پیش‌بینی این امر برای اکثر کودکان خردسال دشوار است. ما اغلب دلیل «دیرگفتاری» را نمی‌دانیم و نمی‌توانیم سیر رشد را پیش‌بینی کنیم، اما با مداخله بهنگام، بسیاری از کودکان زبان را فرا می‌گیرند و قبل از شروع مدرسه به سطح رشدی همسالان خود می‌رسند. در مورد تاخیر صداها، SLP می‌تواند این اختلالات صدای گفتار را ارزیابی و درمان کند که می‌تواند با مداخله بهنگام به سرعت برطرف شود.

۳. اصلاح

شامل بهبود مهارت‌های ارتباطی در طول بازی و کارهای روزمره با کودک است. این کار، شایع‌ترین نتیجه مورد انتظار از مداخله گفتار و زبان برای کودکان خردسال با مشکل تاخیر در ارتباط است. تبدیل شدن به یک برقرارکننده ارتباط موثرتر به کودک کمک می‌کند تا با بزرگسالان و

همسالان ارتباط برقرار کند و همچنین می‌تواند ناامیدی و رفتارهای منفی را کاهش دهد.

۴. راهبردهای جبرانی

راهبردهایی هستند که برای ایجاد یک ابزار ارتباطی کاربردی برای کودکی که از هیچ زبان کلامی استفاده نمی‌کند استفاده می‌شود. راهبردهای جبرانی را می‌توان برای کمک به کاهش ناامیدی کودک با مشکلات ارتباطی آموزش داد. به عنوان مثال، به کودک آموزش داده می‌شود که از «تصاویر» یا «نشانه‌های پایه» استفاده کند تا بتواند آنچه می‌خواهد بخورد یا اسباب‌بازی که دوست دارد با آن بازی کند را بدست بیاورد. این راهبردها می‌توانند به کودک کمک کنند تا یک راه فوری برای برقراری ارتباط پیدا کند و در عین حال روی راهبردهای بلندمدت بیشتری برای رشد سایر مهارت‌های گفتار و زبان کار کند.

۵. والدین نقش مهمی دارند

در طول مداخله بهنگام، به والدین شیوه‌هایی که برای تسهیل رشد گفتار و زبان کودکشان نیاز دارند، آموزش داده می‌شود. والدین و/یا مراقبان عضو کلیدی مداخله بهنگام هستند زیرا آنها مدل‌های زبانی لازم را به صورت روزانه ارائه می‌کنند که کودکان برای رشد زبان و برقراری ارتباط موثرتر به آن‌ها نیاز دارند. با انجام مداخله بهنگام، می‌توان به والدین راهبردهای ارزشمند و پایه زبان را آموزش داد تا بتوانند به تسهیل رشد گفتار و زبان کودک خود در حین بازی، کتاب خواندن و در طول برنامه‌های روزمره مانند زمان صرف غذا و زمان حمام کمک کنند.



منابع:

<https://www.eif.org.uk/why-it-matters/what-is-early-intervention>

<https://www.slhunterspeechworks.com/Resources/Blog/May-2019/BENEFITS-OF-TACKLING-SPEECH-AND-LANGUAGE-DELAYS-EA>

اختلالات زبانی در کودکان

البه فرماني (دانشجوی دکتری تخصصی گفتاردرمانی)



تکنیک‌های درمانی پیشنهادی برای اختلالات زبانی

رویکردها و راهبردهای مختلفی برای درمان افراد دارای اختلالات زبانی وجود دارد. آسیب‌شناسان گفتار و زبان با توجه به شرایط زندگی، شدت اختلال، نیازهای ارتباطی کودک، اختلالات همراه و سبک یادگیری کودک؛ رویکرد درمانی مناسبی را انتخاب و اجرا می‌کنند. درمان‌های پیشنهادی شامل درمان متمرکز بر مهارت‌های زبانی، درمان مهارت روایت‌گری، درمان‌های مبتنی بر ارتباط و تعامل و درمان‌های متمرکز بر حواس کودک هستند که در جلسات درمانی کودک-محور، درمانگر-محور و یا جلسات با دیدگاه ترکیبی توسط آسیب‌شناسان گفتار و زبان اجرا می‌شوند.

درمان مستقیم مهارت‌های زبانی

برخی از رویکردهای درمانی، مهارت‌های زبانی خاصی را هدف قرار می‌دهند (مانند واج‌شناسی، معناشناسی، نحو). رویکردهای مداخله زبانی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

رویکردهای درمانگر-محور: درمانگر اهداف درمان و محرک‌های مورد استفاده برای دریافت پاسخ‌های هدف را تعیین می‌کند و اغلب برای آموزش صورت زبان (مانند صرف و نحو) استفاده می‌شوند.

رویکردهای کودک-محور: از تکنیک‌های غیرمستقیم برای تحریک زبانی استفاده می‌شود و برای تحریک رشد زبان کودک، از محیط طبیعی، بازی‌ها و فعالیت‌های روزمره استفاده می‌کند. این رویکردها معمولاً برای کودکان خردسال به کار می‌روند، اما می‌توانند با اعمال تغییراتی برای کودکان بزرگ‌تر نیز به کار گرفته شوند. نمونه این رویکردها بسط کلامی، قالب‌بندی مجدد و تجزیه و ترکیب گفته‌های کودک است.

رویکردهای ترکیبی (کودک و درمانگر محور): از فعالیت‌های بسیار طبیعی استفاده می‌کند، اما در عین حال فرصت‌هایی را برای استفاده خودبه‌خودی کودک از گفته‌های حاوی صورت‌های زبانی هدفمند فراهم می‌کند. از رویکردهای مهم این گروه می‌توان به تکنیک تحریک متمرکز، آموزش ضمنی و ساختاردهی و بسط اشاره نمود.

درمان گفتمان

این رویکردهای درمانی بر مهارت‌های بازگویی داستان، محاوره و گفتمان کودک متمرکز است. افزایش توانمندی کودک در روایت‌گری از طریق آموزش رعایت سازماندهی رویدادها، توجه به روابط علی و معلولی در جریان داستان، و همچنین درک و بیان جزئیات دستوری و زمانی در جهت افزایش محتوای گفتمان در این گروه قرار دارند.

درمان‌های مبتنی بر ارتباط و تعامل

هدف این درمان‌ها افزایش مهارت ارتباطی و بهبود تعامل اجتماعی کودکان می‌باشد و ممکن است در جلسات گروهی و حین تعامل در محیط طبیعی با سایر همسالان اجرا شود.

درمان‌های متمرکز بر حواس کودک

این درمان‌ها به منظور رفع اختلالات عملکردی در پردازش‌های حسی و مشکلات یکپارچگی حسی معرفی شده‌اند. نمونه این موارد، درمان یکپارچگی حس شنوایی و برنامه‌های مبتنی بر رایانه به منظور بهبود فراخوانی حافظه، توجه و سرعت پردازش کودکان دچار آسیب زبانی است.

منابع:

ASHA News. ASHA Adopts AIT Policy. ASHA Lead 2003; 8-

Curtis PR, Frey JR, Watson CD, Hampton LH, Roberts MY. Language disorders and problem behaviors: A meta-analysis. Pediatrics. 2018 Aug 1;142(2).

McKean C, Reilly S, Bavin EL, et al. Language Outcomes at 7 Years: Early Predictors and Co-Occurring Difficulties. Pediatrics 2017; 139.

Strong GK, Torgerson CJ, Torgerson D, Hulme C. A systematic meta-analytic review of evidence for the effectiveness of the 'Fast ForWord' language intervention program. J Child Psychol Psychiatry 2011; 52:224

اختلالات زبانی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی کودکان در سنین پیش‌دبستانی است. اختلالات زبانی به دلیل نقص در هر یک از حوزه‌های زبان ایجاد می‌شود و ممکن است به صورت: (۱) اختلال در صورت زبان (نقص در واج‌شناسی، تکواژشناسی و نحو)، (۲) آسیب محتوای زبان (معناشناسی و واژگان)، و (۳) نقص کاربرد زبان (کاربردشناسی) تظاهر یابد. براساس اطلاعات موجود ۱۱ تا ۱۸ درصد کودکان سنین ۱۸ تا ۳۶ ماهه دچار تاخیر در اکتساب زبان بیانی می‌شوند که در موارد شدیدتر، این اختلال می‌تواند با اختلالات درکی نیز همراه شود. اختلالات زبانی ممکن است اثرات ماندگاری بر زندگی فرد داشته باشند و علائم آن ممکن است در طول زمان تغییر کند. این اختلالات ممکن است به صورت خاص و در غیاب سایر بیماری‌های همراه و علل زمینه‌ای ظاهر شوند و یا در حضور سایر شرایط مانند اختلالات طیف اتیسم، کم‌توانی‌های ذهنی، اختلالات رشدی، نقص توجه- بیش‌فعالی، آسیب‌های تروماتیک مغزی، آسیب شنوایی و ... رخ دهند.

برخی از کودکان مبتلا به اختلالات زبانی ممکن است در برقراری ارتباط اجتماعی مشکل داشته باشند. ناتوانی‌های یادگیری و اختلالات زبانی نیز ارتباط نزدیکی با هم دارند، اگرچه رابطه‌ی دقیق بین این دو به طور کامل مورد توافق پژوهشگران نیست، اما اختلالات زبان معمولاً قبل از ناتوانی‌های یادگیری تشخیص داده می‌شوند و اغلب بر عملکرد تحصیلی کودک تأثیر می‌گذارند. بنابراین تشخیص و مداخله بهنگام در مورد این اختلالات بسیار مهم است و می‌تواند منجر به کاهش پیامدهای منفی بروز اختلال زبانی در زندگی کودک شود.

علائم و نشانه‌ها

علائم و نشانه‌های اختلالات زبانی در افراد مختلف متفاوت است. علائم و نشانه‌های رایج به صورت زیر است:

واجشناسی	تکواژشناسی و نحو	معناشناسی	کاربردشناسی
• تأخیر در کسب مهارت‌های واج‌شناختی،	• اکتساب دیر هنگام ساخت‌های دستوری و ترکیبات کلمه	• سرعت کمتر رشد واژگان نسبت به کودکان دارای رشد طبیعی	• ضعف در شروع بازی با همسالان، ممکن است به تنهایی بازی کند.
• مشکل در یادگیری سیستم صوتی گفتار و زبان،	• میانگین طول گفته (MLU) محدود	• فراگیری دیر هنگام اولین کلمات و ترکیب کلمات	• مشکل در درک دیگران
• آگاهی واج‌شناختی محدود	• استفاده از صورت‌های نادرست افعال	• تأخیر در فراگیری فعل	• ضعف در بیان ایده‌ها، احساسات، و تجربیات شخصی
	• نقص در دانش صرفی (مثلاً تکواژهای اشتقاقی، مانند پیشوندها و پسوندها، نشانگرهای جمع و زمان گذشته).	• مشکلات واژه‌یابی	• مشکل در شروع و حفظ مکالمات و رعایت نوبت در محاوره
	• مشکل در قضاوت دستوری.	• مشکل در درک سوالات و پیروی از دستورات	• مشکل در رعایت نوبت در محاوره
	• اختلال در درک و کاربرد ساختارهای نحوی پیچیده.	• سازمان‌دهی ضعیف محاوره و گفتمان	• آسیب در استفاده از زبان برای توالی وقایع یک داستان، روایت‌ها فاقد انسجام هستند.
		• تمایل به حذف برخی از اجزای داستان	

شناسایی، ارزیابی، طراحی و اجرای برنامه درمانی اختلالات زبانی به عهده آسیب‌شناسان گفتار و زبان است. اقدامات ارزیابی در برخورد با کودکان دچار آسیب زبانی شامل مصاحبه با والدین و بررسی تاریخچه پزشکی و رشدی، دریافت نمونه زبانی و تحلیل نمونه دریافت‌شده و مشاهده مستقیم رفتار زبانی کودک در موقعیت و بافت می‌باشد و منجر به شناسایی و تشخیص ماهیت اختلال زبانی می‌گردد.

اختلالات صدای گفتار در کودکان

مینا فتوحی (دانشجوی دکتری تخصصی گفتاردرمانی)

تعریف:

اصطلاح «اختلالات صدای گفتار» جمعیت گسترده و ناهمگنی را در بر می‌گیرد. این جمعیت شامل کودکانی است که دارای لیسپ (همچون بیان نادرست /s/) هستند، اما گفتارشان قابل فهم است، همچنین کودکانی که گفتارشان به دلیل حذف‌ها و جانشینی‌های متعدد صداهای گفتاری نامفهوم است، اما همه صداهای را بطور مجزا می‌توانند بیان کنند، کسانی که با ناهنجاری‌های آناتومیکی مانند شکاف کام متولد شده‌اند، که علیرغم جراحی دچار اختلال در صداهای گفتار می‌شوند، کودکانی که آسیب شنوایی داشته‌اند اما در حال حاضر کم‌شنوایی ندارند، کودکان دارای اختلالات حرکتی گفتار، کودکانی که متحمل آسیب‌های عاطفی شده‌اند و کودکانی که محیط‌های فقیری به لحاظ یادگیری زبان دارند.

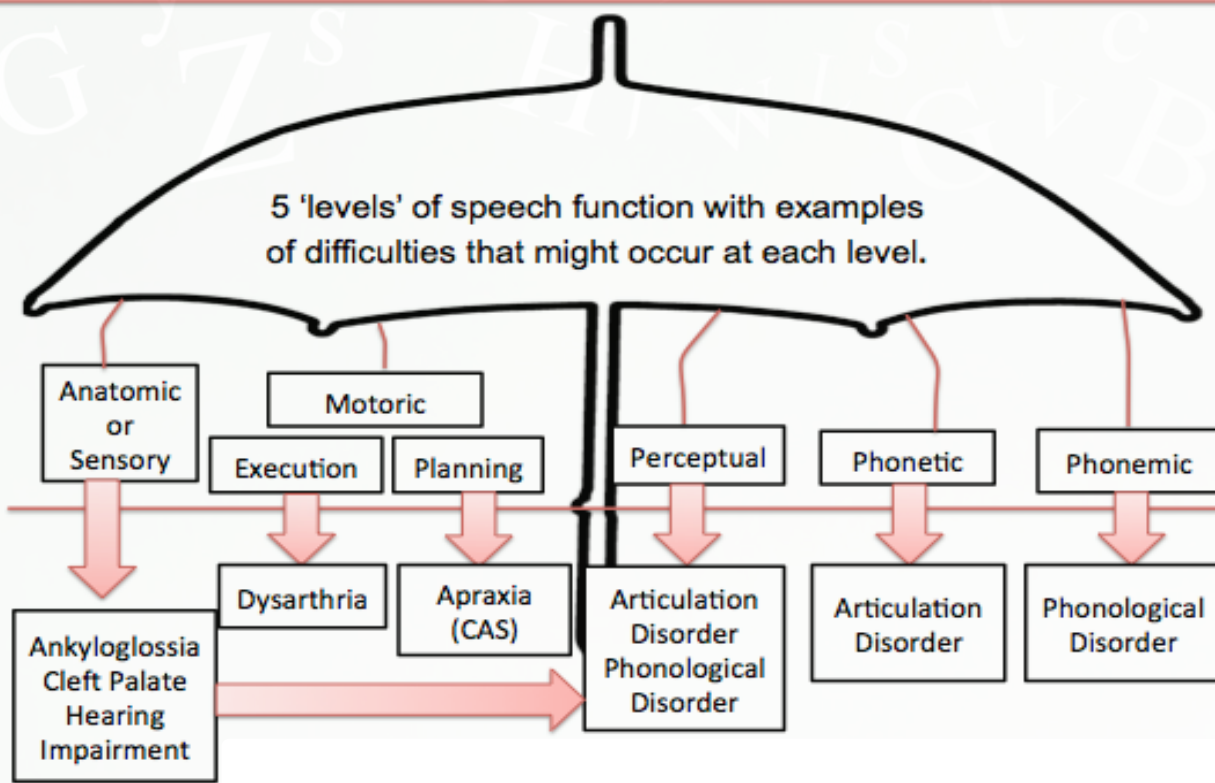
همانگونه که اشاره شد، نکته‌ای که در اختلالات صدای گفتار حائز اهمیت است، ناهمگنی این گروه و گستردگی طیفی است که زیر چتر آن قرار می‌گیرد. در یک سر این طیف کودکانی قرار می‌گیرند که تنها در یک یا دو صدا اختلال دارند و در سوی دیگر طیف، افرادی قرار دارند که به دلیل اختلال در چندین صدا، گفتارشان از وضوح بسیار پایینی برخوردار است. آنچه به عنوان پیامد چنین اختلالی قابل توجه است تأثیری است که عدم شناسایی و مداخلات به موقع بر فراگیری و یادگیری مهارت‌های ارتباطی، تحصیلی و اجتماعی می‌گذارد.

طبقه‌بندی:

رویکردهای مختلفی برای طبقه‌بندی اختلالات صدای گفتار وجود دارد: سن اکتساب، شدت اختلال و اتیولوژی. باربارا داد (۲۰۰۵) طبقه‌بندی اختلالات صدای گفتار را به اینگونه مطرح می‌کند: اختلال آوایی، تاخیر واجی، اختلال واجی باثبات، اختلال واجی بی‌ثبات و آپراکسی گفتار دوران کودکی... اختلال تولید: کودک خطاهای باثبات جانشینی و خرابگویی را در تعداد محدودی از واج‌ها (معمولاً /س، ش، ر/) نشان می‌دهد. خطاهای تولیدی که منشا حرکتی دارند، در تقلید یا در گفتار خودانگیزه تغییر نمی‌کنند و بهتر نمی‌شوند. تاخیر واجی: خطاهای کودک شامل فرایندهای واجی است که در دوران رشد بطور طبیعی مشاهده می‌شود. در حقیقت، فرایندهای واجی که در گفتار این کودکان ملاحظه می‌شوند، فرایندهایی هستند که بطور طبیعی در کودکان سنین پایین‌تر دیده می‌شوند و نه در گروه سنی که کودک در آن قرار دارد. فرایندهایی مانند حذف همخوان پایانی که در آن کودک همخوان پایانی اکثر کلمات را حذف می‌کند مثالی از نوع است. اختلال واجی با ثبات: در این اختلال، کودک خطاهای غیررشدی و غیرمعمول و فرایندهای واجی رشدی را همزمان دارد. بنا به تعریف، کودکانی که فرایندهای واجی غیرمعمول مانند حذف همخوان آغازی و پسین‌شدگی را نشان می‌دهند،

به لحاظ فراگیری قواعد زبانی و سایر توانایی‌های مرتبط با نظام واجی با آسیب مواجهند. اختلال واجی باثبات: این کودکان الگوهای خطای واجی رشدی یا غیررشدی را به صورت بی‌ثبات نشان می‌دهند. به این معنا که در هر بار تولید یک واژه، کودک آن را به شکل متفاوتی تلفظ می‌کند. در این حالت برون‌داد تلفظی کودک نه تنها در تغییر از یک بافت به بافت دیگر، بلکه درون یک بافت یکسان (در غیاب مشکلات حرکتی - دهانی) نیز بی‌ثبات است. بی‌ثباتی می‌تواند به شکل‌های زیر دیده شود: بی‌ثباتی در تلفظ یک صدای گفتاری یا یک طبقه صدایی در جایگاه‌های مختلف کلمات، بی‌ثباتی در جایگاه یکسان واژه و تولید متغیری از یک صدا یا طبقه صدایی خاص در جایگاه یکسان، تولید بی‌ثبات از یک واژه در هر بار تکرار آن... آپراکسی گفتار دوران کودکی: نشانه‌های اختلال در این کودکان بسیار شبیه گروه بی‌ثبات است و تشخیص افتراقی آن با گروه بی‌ثبات نقص در مهارت‌های حرکتی - دهانی و بهتر نشدن نشانه‌های اختلال به دنبال تقلید، بروز اختلال در نوای گفتار و تاریخچه اختلالات تغذیه‌ای در دوران نوزادی است.

Children's Speech Sound Disorders



سبب‌شناسی:

اختلالات آوایی و واجی می‌توانند در پی دلایل شناخته شده عضوی مانند ناهنجاری‌های چهره‌ای-دهانی، آسیب شنوایی، کم‌توانی ذهنی، اختلالات عصبی-حرکتی مانند دیزتری و

غربالگری:

یکی از دلایلی که نمی‌توان به سرعت به ارزیابی کامل یا جامع شامل تحلیل و تفسیر نتایج دست یافت، زمان زیادی است که درمانگران برای ارزیابی کامل صداهای گفتاری نیاز دارند. به این منظور درمانگران اغلب برای تعیین ارزیابی‌های جامع‌تر واجی مورد نیاز، از آزمون‌های غربالگری استفاده می‌کنند. روش‌های غربالگری نیاز یا جهت‌دهی درمان را تعیین نمی‌کنند، بلکه از آن جهت به کار گرفته می‌شود تا تعیین کنند آیا ارزیابی‌های تشخیصی دقیق‌تر لازم است یا خیر. آزمون غربالگری ممکن است در موارد زیر استفاده شود: ۱- در کودکان پیش‌دستانی، برای تعیین اینکه آیا سطح تولید گفتاری‌شان متناسب با سن آن‌ها است، ۲- در کودکانی که در مرحله تکمیل صداهای گفتاری خود هستند، ۳- در افرادی

تعریف:

شیوه‌های نمونه‌گیری در ارزیابی‌های جامع صداهای گفتاری در مقایسه با غربالگری، بسیار عمیق‌تر و دقیق‌تر هستند. به این دلیل که هیچ‌یک از آزمون‌ها تمام نیاز درمانگر را برای تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی درمان فراهم نمی‌کند، درمانگر معمولاً در زمان تحلیل واجی، چندین ابزار ارزیابی و شیوه نمونه‌گیری را به کار می‌برد.

یک ارزیابی واجی معمولاً شامل این موارد است: تولید صداهای گفتاری در نمونه‌های گفتاری مختلف به لحاظ پیچیدگی گوینده و بافت‌های آوایی پاسخ به شیوه‌های مختلف (مانند نامگذاری تصاویر تقلید مکالمه). استوتل گامون در تعریف شاخص پیچیدگی واژه بر این اعتقاد است که عواملی همچون بافت هجایی، نوع صدا، وجود خوشه، تعداد هجا، بر پیچیدگی واژه می‌افزایند. مجموعه این نمونه‌ها اغلب همان بسته یا مجموعه ارزیابی هستند.

همانطور که تاکنون گفته شده است دو هدف اصلی ارزیابی صداهای گفتاری؛ تعیین ضرورت درمان و همچنین جهت‌گیری درمان می‌باشد. بیشتر ابزارهای ارزیابی آزمون‌ها نیز بدین منظور تهیه شده‌اند.

آیراکسی و یا به دلایل ناشناخته مانند اختلالات تولیدی/واجی کارکردی به وجود بیایند.

مانند روزنامه‌نگاران، مجریان و گویندگان خبر که حرفه آن‌ها ایجاب می‌کند از گفتاری استاندارد برخوردار باشند، ۴- افرادی که مشکوک به اختلالات گفتار و زبان هستند و برای تعیین وضعیت واجی گفتارشان ارجاع داده شده‌اند. ابزارهای غربالگری، نمونه‌گیری محدودی از تولیدات صدای گفتاری را شامل می‌شوند که معمولاً در طی زمان ۵ دقیقه یا حتی کمتر گرفته می‌شود. شاخص‌های غربالگری به دو دسته رسمی و غیررسمی تقسیم می‌شوند. شاخص‌های غیررسمی اغلب برای کسانی که نیازهای خاص دارند به کار می‌روند، در حالی که شاخص‌های رسمی اغلب برای کسانی که کار می‌روند که نیاز به هنجارها و ارزیابی‌های ساختارمند دارند.

در سال‌های اخیر ابزارهایی برای ارزیابی برخی جنبه‌های مهارت‌های آوایی و واجی در زبان فارسی معرفی شده است. آزمون‌هایی که در زبان فارسی تهیه و اعتباریابی شدند شامل این موارد هستند: آزمون اطلاعات آوایی توسط قسیسین و همکاران (۱۳۹۲)، آزمون بررسی رشد خوشه‌های همخوانی در واژه‌های تک هجایی توسط جلیله وند و همکاران (۱۳۹۲) و مجموعه آزمون ارزیابی تشخیصی آوایی و واجی (دیپ) که به منظور ارزیابی و تحلیل همه جنبه‌های آوایی و واجی در گفتار کودکان و گردآوری اطلاعات پایه به عنوان معیاری برای تصمیم‌گیری در امور بالینی متناسب با زبان فارسی و فرهنگ ایرانی توسط ظریفیان و همکاران (۱۳۹۲) ساخته شد. با آزمون ارزیابی تشخیصی آوایی و واجی می‌توان علاوه بر تشخیص موارد طبیعی از غیرطبیعی، زیرگروه‌های دارای اختلال را نیز شناسایی نمود. چنین ابزاری که بر اساس نمونه‌گیری از گفتار کودک تهیه شده است، می‌تواند در مطالعه هنجارهای رشدی گفتار، تهیه فهرست آوایی و الگوی فرایندهای واجی نیز به کار گرفته شود.

فهرست منابع:

ظریفیان، ط.، فتوحی، م.، شهریاری، م. و قربانی، ع. (۱۳۹۷). نشر نویسه پارسی.

Dodd, B. (2005). Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder. Whurr Publishers. Second edition.

Stoel-Gammon, C. The word complexity measure: Description and application to developmental phonology and disorders. Clinical Linguistics and Phonetics. 2010, 24(482-271 :5-

شکاف لب و کام

شکاف لب و یا کام، بدشکلی مادرزادی است که نتیجه‌ی اختلال در رشد جنینی صورت است. شکاف لب و کام چهارمین نقص شایع هنگام تولد و شایع‌ترین نقص مادرزادی صورت، هنگام تولد است. شیوع شکاف‌ها معمولاً ۱ در هر ۶۰۰ تولد زنده در ایالات متحده تخمین زده شده است (۱).

حدود ۳۰۰ سندرم شناخته شده نیز وجود دارد که شکاف کام یکی از ویژگی‌های آن‌ها محسوب می‌شود.

شکاف کام و یا لب در طی سه ماهه‌ی اول بارداری اتفاق می‌افتد. زمانی که یک گسیختگی در محل اتصال کام و لب در دوره جنینی اتفاق بیفتد، شکاف ایجاد می‌شود و این ناهنجاری در حفره‌ی دهان ممکن است با بدشکلی‌های بینی، چشم‌ها و دیگر ساختارهای صورت همراه باشد. نگرانی عمده در خصوص شکاف لب، مشکلات زیبایی‌شناختی است، اما در شکاف کام مشکلات عملکردی به‌ویژه در حیطه‌ی گفتار بیشتر دیده می‌شود (۱).

مشکلات همراه در شکاف لب و کام

کودکان دارای شکاف لب و کام از مشکلات متعددی رنج می‌برند که بالطبع ناشی از شکاف و ساختار ناهنجار قسمت‌های مربوطه می‌باشد. این مشکلات عبارتند از:

۱. مشکلات تغذیه‌ای، که شامل مشکلاتی مانند جویدن، بلع، مکیدن دهانی ضعیف، حجم ناکافی مکش، طولانی شدن زمان تغذیه، خروج مواد غذایی از بینی، مکش بیش از اندازه هوا و سرفه و خفگی است.

۲. مشکلات ارتباطی، که شامل مشکلاتی در زبان درکی و زبان بیانی کودک است.

۳. اختلالات تشدید و بدعملکردی در ریچه‌ی کامی-حلقی که مشکلات تشدید شامل کم‌خیشومی، پرخیشومی، تشدید بن‌بست و تشدید مختلط است و سایر تأثیرات بدعملکردی در ریچه‌ی کامی-حلقی شامل خروج خیشومی، شکک بینی، تولید ضعیف یا حذف همخوان‌ها، طول گفته کوتاه، خطای تولید جبرانی (ویژگی‌های تولید غیردهانی در شکاف کام) و خطاهای الزامی (اجباری) و بدصدایی است.

۴. بدشکلی‌های گوش و بینی و دهان که بر گفتار و تشدید موثر است.

۵. اختلالات دندانی وابسته به شکاف لب و کام که بر گفتار موثر است (۱).

در اینجا به ارائه توضیحاتی در خصوص مشکلات گفتار و زبان و نیز اختلالات تشدید و تولید می‌پردازیم.

مشکلات گفتار و زبان

به طور کلی وقتی تاریخچه‌ای از شکاف کام وجود داشته باشد

ممکن است در رشد اولیه‌ی زبان تاخیر ایجاد شود، به‌ویژه در زبان بیانی چون وابسته به تولید گفتار است. در واقع یکی از مشکلات اساسی کودکان با شکاف کام، مشکل بارز و محسوس در رشد اولیه گفتار می‌باشد. بدلیل اینکه ترمیم شکاف کام تا پیش از نیمه دوم اولین سال زندگی کودک صورت نمی‌گیرد و گاهی تا نیمه اول دومین سال زندگی کودک به تعویق می‌افتد، کودک مجبور است صداسازی‌هایش را در حالی انجام دهد که جداسازی طبیعی بین حفرات دهان و بینی به وسیله نرم‌کام و سخت‌کام صورت نگرفته است. این محدودیت‌های آناتومیکی بر صداسازی‌های کودک تأثیر می‌گذارد. در نتیجه کودکان با شکاف کام علاوه بر آنکه تعداد همخوان‌های کمتری تولید می‌کنند در مقایسه با کودکان طبیعی تنوع همخوانی کمتری نیز دارند و همچنین از ساختارهایی استفاده می‌کنند که تعداد هجای کمتری داشته باشند. اگر کودک، شکافی در کام اولیه داشته باشد این خطر به علت امکان ناهنجاری دندانی است. اگر شکاف در کام ثانویه باشد، این خطر به علت احتمال افت شنوایی نوسان‌داری است که ممکن است همراه با بدعملکردی شیپور استاش و بدعملکردی در ریچه کامی-حلقی باشد. ممکن است مشکلات دیگری مانند ناتوانی‌های ذهنی یا بدعملکردی نورولوژیک نیز وجود داشته باشد، به‌ویژه اگر کودک یک سندرم جمجمه‌ای-صورتی دارد. مشکلات عملکردی و ساختاری که جزء عوارض سندرم جمجمه‌ای-صورتی و شکاف هستند موجب مشکلاتی در حیطه‌های تولید، زبان، آواسازی و تشدید در دوره‌های مختلف رشد می‌شود. بنابراین ارزیابی‌های دوره‌ای لازم است.

سال اول زندگی کودک معمولاً زمانی است که والدین از حضور فرزند خود لذت بسیاری می‌برند. گرچه هنگامی که نوزاد یک بدشکلی مادرزادی دارد، اضطراب زیادی درباره آنچه که در آینده رخ می‌دهد و نتایج نهایی درمان وجود دارد. بنابراین والدین باید توسط متخصصین مختلف که معمولاً اعضای تیم شکاف هستند بلافاصله پس از تولد و در اوایل سال اول مشاوره داده شوند.

این متخصصین باید تشخیص، اثرات بدشکلی‌ها روی عملکرد، آنچه که در آینده رخ می‌دهد و آنچه درباره این عارضه انجام خواهد شد و پیش‌آگهی نهایی را توضیح دهند. طی سال اول مشاورات آسیب‌شناس گفتار و زبان به پیش‌نیازهای ارتباط شفاهی و غذا دادن مرتبط می‌شود. به خانواده باید درباره تغییرات لازم در غذا دادن، کمک کرد. به علاوه، رشد نوزاد باید از طریق گزارش والدین و مشاهده مستقیم بازبینی شود. اگر مشکلاتی در رشد ذکر شود باید بلافاصله ارزیابی و مداخله بیشتر آغاز شود. طی سال اول، آسیب‌شناس گفتار و زبان باید به خانواده درباره روش‌های تحریک گفتار و زبان مشاوره دهد. باید تأکید شود که تا قبل از سه سالگی، تمرکز اولیه بر رشد زبان باشد، به عبارتی طی این سال‌ها کمیت گفتار مهم‌تر از کیفیت آن است. کودکانی با تاریخچه‌ای از شکاف کام یا لب یا ناهنجاری‌های جمجمه‌ای-صورتی باید تا ۴ سالگی، هر سال حداقل یک ارزیابی غربالگری سالانه از مهارت‌های گفتار و زبان را دریافت کنند (۱).

مشکلات تشدید و تولید

تشدید، اصلاح صدایی است که به وسیله‌ی حنجره و از طریق افزایش انتخابی فرکانس‌های خاصی تولید می‌شود. این مختصه به وسیله‌ی اندازه و شکل حفرات مسیر صوتی (حلق، حفره‌ی دهان و حفره‌ی بینی) و عملکرد دریچه‌ی کامی-حلقی، تعیین می‌شود. اندازه و شکل حفرات مسیر صوتی، تأثیر مشخصی روی گفتار فرد، تشدید و کیفیت کلی گفتار دارند. به علاوه، مسیر صوتی که از چاکنای به سمت بالا، امتداد می‌یابد، یک لوله‌ی تشدید سه بعدی است که قابلیت تعدیل بالایی دارد. شکل و اندازه این مسیر صوتی به دلیل عملکرد گروه عضلات هایونید، در طول گفتار تغییر می‌یابد. از آنجائی که حنجره، حلق، فک تحتانی، زبان و نرم‌کام، همگی در تعامل با این عضلات هستند، حرکت یکی از این ساختارها ممکن است به حرکات سایر ساختارها منجر شود. در نتیجه، ارتفاع نرم‌کام و شکل حلق از موقعیت زبان در طول تولید واج‌های مختلف گفتاری، تأثیر می‌پذیرد. این مسئله، کیفیت تشدید در مسیر صوتی را تغییر می‌دهد و روی این مسئله که چگونه یک صدا دریافت می‌شود، تأثیر دارد (۱).

خطاهای تولید جبرانی مرتبط با شکاف کام نیز انحرافات

تولیدی آموخته شده‌ای هستند که در بیشتر موارد، خطا در جایگاه تولید، به صورت جانشینی یک جایگاه تولید با جایگاه دیگر، می‌باشد. خطاهای تولید جبرانی به زودی در طی فرآیند فراگیری گفتار، آموخته می‌شوند و اعتقاد بر آن است که این خطاها ناشی از راهکارهایی هستند که کودک دچار شکاف کام، برای جبران عملکرد مشکلات ساختاری به وجود آمده به علت شکاف، آن‌ها را بکار می‌گیرد. کودک از جایگاهی غیرمعمول استفاده می‌کند تا به تماس پرفشار دریچه‌ای مورد نیاز برای گفتار دست یابد. خطاهای تولید جبرانی در نهایت، در مجموعه‌ی واجی کودک باقی می‌مانند و قسمتی از مجموعه‌ی آوایی کودک می‌شوند، به همین علت معمولاً حتی بعد از درمان موفقیت‌آمیز جراحی یا درمان با استفاده از وسایل کمکی همچنان باقی می‌مانند. بنابراین، این خطاها می‌توانند با یک مکانیسم انسداد با کفایت از نظر فیزیولوژیکی نیز همراه باشند. خطاهای تولید جبرانی بیشترین تأثیر را روی قابلیت وضوح گفتار دارند. این خطاها شامل انسدادی-چاکنایی، انسدادی-حلقی، سایشی-حلقی، مرکب-حلقی، سایشی-خیشومی خلفی (سایشی کامی-حلقی)، سایشی-خیشومی و انسدادی-خلفی میانی کام هستند (۲).

منابع:

Kummer AW. Cleft palate & craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance. New York: Cengage Learning; 2021.

Peterson-Falzone SJ, TrostCardamon JE, Karnell Mp, Hardin- Jones MA. The clinician's guide to treating cleft palate speech. United States of America: Mosby Elsevier; 2019.



ارزیابی بالینی تغذیه و بلع در کودک

ارزیابی بالینی نوزاد یا کودک مبتلا به اختلال تغذیه شامل موارد زیر است: کسب اطلاعات از طریق مرور تاریخچه پزشکی و فرم‌های تاریخچه موردی، مصاحبه جامع با مراقب کودک یا افرادی که در ارائه وعده‌های غذایی به او نقش دارند (مثلاً مربی)، مشاهده کودک هنگام تغذیه، ارزیابی کودک توسط آسیب‌شناس گفتار-زبان...

انجام ارزیابی تغذیه در وعده غذایی معمول کودک، می‌تواند بهترین اطلاعات را فراهم سازد. برای کسب تصویر کاملی از نقاط ضعف و قوت کودک، بهتر است چندین وعده غذایی مورد مشاهده قرار گیرد. پیش از انجام ارزیابی بهتر است مراقب و کودک طی یک وعده غذایی مورد مشاهده قرار گیرند، زیرا این کار می‌تواند تصویر دقیق‌تری از تغذیه معمول کودک ارائه کند. به عبارت دیگر، زمانی که پیشنهادی درباره تغییر در روش‌های تغذیه ارائه می‌شود، ممکن است مراقب دیگر از روش معمول غذا دادن به کودک استفاده نکند.

رشته‌های مختلف مراقبت بهداشتی در امر سنجش نوزاد یا کودک مبتلا به اختلال تغذیه دخیل هستند. پزشک کودک یا نوزاد معمولاً اولین متخصصی است که متوجه مشکل می‌شود یا مشکل به او گزارش می‌گردد. متخصصین مختلف می‌توانند در قالب یک تیم غیررسمی عمل کنند. متخصصین باید یافته‌هایشان را با یکدیگر در میان بگذارند و برای داشتن رویکردی هماهنگ نسبت به درمان، به بحث و تبادل اطلاعات بپردازند. برخی از متخصصینی که می‌توانند در این تیم قرار گیرند عبارتند از: پزشک عمومی یا پزشک کودکان، آسیب‌شناس گفتار و زبان، کاردرمانگر، فیزیوتراپیست، پرستار و متخصص تغذیه. سایر متخصصین پزشکی که می‌توانند در این تیم مشارکت داشته باشند عبارتند از رادیولوژیست کودکان، متخصص گوارش کودکان، متخصص ریه کودکان، متخصص گوش و حلق و بینی کودکان و متخصص تغذیه کودکان. مراقب، نیز بخشی از این تیم است.

آسیب‌شناس گفتار و زبان با ارزیابی ناهنجاری‌های ساختاری، تون بدنی، مهارت‌های حسی-حرکتی دهانی، تعامل میان مراقب و کودک، مراحل دهانی و حلقی بلع و غیره، توانایی عملکردی کودک در زمینه خوردن ایمن را مورد سنجش قرار می‌دهد.

یکی از موارد مهم برای تمایز اختلال بلع نوزادان و کودکان بزرگسالان، درک ارتباط بین مکیدن، بلعیدن و تنفس می‌باشد. این سه فرایند بسیار به هم وابسته هستند زیرا ساختارهای مربوط به عملکرد آن‌ها از نظر آناتومیکی و عصب‌شناسی به هم نزدیکند. به علت وجود ارتباط بین این فرایندها، باید ساختارهای مرتبط با لوله مسیروایی گوارشی فوقانی و تحتانی درک شوند. مسیروایی گوارشی فوقانی شامل حفره دهان و بینی، حلق، حنجره، نای و مری است. مسیروایی تحتانی شامل ریه‌ها است. مسیروایی گوارش تحتانی معده، روده بزرگ و کوچک را شامل می‌شود.

در طول چهار سال اول زندگی، پایه زبان و حنجره به سمت پایین حرکت می‌کند، پایه زبان به اندازه‌ای پایین می‌آید تا دیواره قدامی حلق دهانی را شکل دهد. این تغییرات در دوران کودکی ادامه یافته و در بلوغ سریع‌تر می‌شود. نوزادان پدهای مکیدن (بافت چربی در گونه‌ها) دارند که باعث ایجاد ثبات حین مکیدن می‌شود. معمولاً این پدها بین چهار تا شش ماهگی از بین می‌روند. زبان نوزاد تقریباً حفره دهان را پر کرده و نسبت به زبان بزرگسال در موقعیت جلوتر قرار دارد. در نوزادان فک پایین کوچک‌تر است به گونه‌ای که زبان بزرگ‌تر از اندازه معمول به نظر می‌رسد. قرارگیری زبان، نرمکام، حلق و حنجره در موقعیت بالاتر درگردن نوزاد باعث تسهیل تنفس از راه بینی و حفاظت بیشتر از مسیروایی می‌شود. نرمکام و اپی‌گلوت در حالت استراحت با هم در تماس هستند و دریچه‌ای اضافی در عقب حفره دهان ایجاد می‌کنند. این عملکرد تا سه چهار ماه اول زندگی تداوم می‌یابد تا زمانی که نوزاد شروع به انجام تنفس دهانی همانند تنفس بینی کند.

مراحل بلع

بلع چهار مرحله آمادگی دهانی، دهانی، حلقی و مروی دارد. مراحل آمادگی دهانی و دهانی کاملاً ارادی هستند. مرحله حلقی دارای یک جز ارادی و یک جز غیرارادی و مرحله مروی کاملاً غیرارادی است. در مرحله آمادگی دهانی، کودک غذا یا مایعات را در دهان دستکاری می‌کند تا آن را به شکل یک بولوس درآورد. مرحله دهانی به محض آغاز حرکت رو به عقب بولوس توسط کودک شروع می‌شود و زمانی پایان می‌یابد که بولوس حفره دهان را ترک می‌کند. به این دلیل که قبل از شروع این مرحله، بولوس تشکیل شده و روی زبان قرار می‌گیرد، زمان این مرحله خیلی وابسته به بافت نیست. مرحله حلقی با شروع بلع حلقی آغاز می‌شود. در طول مرحله مروی، موج دودی در طول مری بولوس را به سمت معده می‌راند.

تشخیص افتراقی اختلالات تغذیه

هنگام ارزیابی و سنجش تغذیه، نوع اختلال تغذیه کودک باید تعیین شود. اوانز موریس و کلین (۲۰۰۰) چهار "دسته اختلال تغذیه‌ای عمده" را شرح می‌دهند.

۱. مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر حرکت

این کودکان در تون و حرکت مرتبط با وضعیت بدنی مشکل دارند. آن‌ها معمولاً با هماهنگی و زمان‌بندی حرکات مشکل دارند. گرچه در این کودکان، مشکلات با مبنای حرکتی نقش غالب دارد، اما ممکن است در سیستم‌های حسی خود نیز مشکل داشته باشند، چراکه ممکن است مهارت‌های حرکتی آن‌ها، توانایی تعامل با محیط و در نتیجه رشد واکنش‌های حسی طبیعی را محدود کرده باشد. همچنین این کودکان ممکن است پاسخ‌های هیجانی را به دلیل فقدان کنترل، نشان دهند. کودکان مبتلا به فلج مغزی یا سندرم داون ممکن است این مشکلات را نشان دهند.

۲. مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر حس

این کودکان دارای سیستم‌های حسی مختلفی هستند که پردازش اطلاعات موردنیاز برای خوردن و نوشیدن را حمایت نمی‌کند. آن‌ها ممکن است آسیب خاصی در اعصاب کراتیال داشته باشند (مانند آسیب بینایی، بدعملکردی عصب جمجمه‌ای)، با این حال، اکثر آن‌ها در یکپارچه‌سازی دروندادهای حسی دریافت شده، مشکل دارند. همچنین این کودکان ممکن است در تون و هماهنگی عضلانی مشکل داشته باشند. غالباً کودکان دارای اختلالات طیف اتیسم، این نوع مشکلات را نشان می‌دهند.

۳. مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر ساختار

کودکان دارای مشکلات ساختاری در صورت و دهان (مانند شکاف لب و کام) و نیز کودکان دارای مشکلات گوارشی (GI) با مبنای فیزیولوژیک (مانند اختلالات حرکتی) در این گروه قرار دارند. این کودکان ممکن است تحت جراحی یا روش‌های درمانی چندگانه قرار گرفته باشند و حتی ممکن است وقتی مشکل ساختاری یا فیزیولوژیک حل شود، کماکان مشکلات تغذیه‌ای با مبنای تجربی یا حسی را نشان دهند. این مشکلات ممکن است ناشی از نخوردن غذاهای معمول طی رشد و در یک دوره زمانی معین باشد.

۴. مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر تجربه

این گروه عموماً به‌عنوان کودکان دارای اختلال تغذیه‌ای رفتاری یا انتخاب‌گزینشی مواد غذایی یا اجتناب غذایی توصیف می‌شوند. آن‌ها ممکن است دارای اختلالات زیربنایی در مهارت‌های جسمی، حسی یا ساختاری باشند، ولی دلیل اصلی برای اختلال تغذیه‌ای آن‌ها، انتخاب رفتاری آن‌هاست.

برخی کودکان ترکیبی از مشکلات تغذیه‌ای را نشان می‌دهند. برای مثال کودکی ممکن است مشکل حسی داشته باشد که منجر به احساس ناراحتی در او، هنگام مواجهه با بافت‌های غذایی معین می‌شود. او در پاسخ به این مشکل، رفتارهایی را برای اجتناب از بافت‌های غذایی موردنظر انجام می‌دهد. کودکی دیگر ممکن است مشکلی با مبنای حرکتی داشته باشد که مانع تجربه غذاهای متنوع توسط کودک می‌شود. مشکلات رفتاری مرتبط با خوردن در کودک، ممکن است با برطرف شدن مشکل حرکتی، نیز ادامه پیدا کند.

درمان اختلالات تغذیه و بلع

مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر حس و حرکت

برخی از تکنیک‌های درمانی در کودکان مستقیماً مهارت‌های حرکتی دهانی را بهبود می‌بخشد و برخی دیگر عملکرد آسیب‌دیده را جبران می‌کند (مثل تغییر پوزیشن، حمایت از پوسچر). در کودکان به دلیل اینکه وضعیت و تون کلی با عملکرد مکانیسم دهانی مرتبط می‌باشد، برخی شیوه‌های جبرانی عملکرد را بهتر تسهیل می‌کنند. برای مثال قرار دادن کودک در وضعیت خوابیده به شکم برای جبران دندان قروچه مرتبط با تون پایین، به خوردن بهتر کمک می‌کند. علاوه بر این، چنین پوزیشن‌های تکامل عضلات اصلی برای بهبود تون در تنه را تسهیل می‌کند که احتمالاً به دنبال آن کنترل تنه و شانه‌ها بهتر شده و بیرون‌زدگی فک را کمتر می‌کند. روش دیگر برای بررسی ارتباط بین شیوه‌های جبرانی و تسهیلی در کودکان، قرار دادن کودک در پوزیشن برای مهار پاسخ غیرطبیعی است (مثل بیرون‌زدگی فک) که ممکن است منجر به تسهیل پاسخ مناسب‌تر (مثل باز شدن تدریجی فک) شود.

تکنیک‌های درمانی که برای جبران و یا بهبود عملکرد ساختارهای دهانی خاص طراحی شده‌اند و برای تغذیه و بلع ضروری هستند شامل:

- فک: وجود فک باثبات برای دستکاری، شکل‌دهی و انتقال غذا ضروری می‌باشد.
- لب‌ها: بسته بودن لب‌ها موجب نگه داشتن غذا در دهان می‌شود.
- گونه‌ها: تون گونه‌ها به بسته شدن لب‌ها کمک کرده و از ریزش غذا به سولکوس‌های طرفی جلوگیری می‌کند. گونه‌ها موجب نگه داشتن غذا روی سطح زبان می‌شوند.
- زبان: حرکت زبان برای دستکاری، حفظ و انتقال بولوس مهم می‌باشد.

مشکلات تغذیه‌ای مبتنی بر تجربه

با استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی تغذیه، باید مشخص شود که کدام مؤلفه‌های اختلال تغذیه، مبنای تجربی (ماهیت رفتاری) دارند و سپس اهداف بر اساس آن‌ها تعیین شود. همچنین باید توجه داشت که بیشتر مشکلات تغذیه‌ای دارای علل ترکیبی هستند (مثلاً پزشکی-رفتاری). شدت اختلال نیز باید تعیین شود. مشکلات تغذیه‌ای رفتاری می‌توانند خفیف (مثلاً کودک به جای غذا با آب‌میوه سیر می‌شود) یا شدید (مثلاً کودک آنقدر کم غذا می‌خورد که استفاده از لوله تغذیه مکمل ضروری می‌شود) باشند. در این دسته از اختلالات تغذیه مداخله رفتاری باید استفاده گردد که شامل استفاده از انواع مختلفی از تکنیک‌های رفتاری برای تغییر رفتار است (کاهش یا افزایش رفتار).

منابع:

نادری فر، ا؛ رکن آبادی، ب؛ شبانی، ق؛ رحیمی لولونی، م؛ ۱۳۹۸، راهنمای بالینی اختلال در بلع برای نوزادان و کودکان، نشر ستایش هستی.

Wolf LS, Glass RP, Carr AB. Feeding and swallowing disorders in infancy: Assessment and management. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders; 1992.

Arvedson JC, Brodsky L, Lefton-Greif MA, editors. Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management. Plural Publishing; 2019 Jul 26.

ریحانه محمدی، کسی که با عمر خود را برای آموزش، پژوهش و درمان اختلالات رشدی وقف کرده است تا زندگی کودکان را متحول کند.

دکتر ریحانه محمدی، متخصصی برای گفتار و زبان کودکان

کار کردن با کودکان علاوه بر جرات و جسارت نیاز به دانش و مهارت بالایی دارد. در این شماره از آوانامه به سراغ دکتر ریحانه محمدی رفتیم. دکتر محمدی یکی از اساتید برجسته دپارتمان گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران است که به صورت تخصصی در حوزه‌های رشدی و اختلالات مربوط به زبان کار می‌کند. دانشجویان و دیگر اعضا هیئت علمی این دانشگاه ریحانه محمدی را به مهارت و دانش بالا در اختلالات تکاملی زبان می‌شناسند. وی با سابقه ۲۰ ساله در کار با کودکان در کنار علم و مهارت بالا توانسته است برند معتبری برای علوم پزشکی ایران در این حوزه باشد.

زبان
پیشگام
توانمند

علتی برای استاد شدن

برای متخصص شدن در یک حوزه، فرد باید علت‌ها و انگیزه‌های گوناگونی داشته باشد. در واکاوی این علل و انگیزه‌ها میتوان کودکی تا بزرگسالی فرد را مورد بررسی قرار داد. انتخاب حیظه تخصصی در حوزه‌های پزشکی نیز از این قائده مستثنی نیست. دکتر ریحانه محمدی در رابطه با این موضوع گفت: «من از بدو ورود به رشته گفتاردرمانی در سال ۱۳۸۷ و آشنایی با بیماری‌ها و اختلالات گوناگون، به حوزه‌های متفاوت آن علاقه مند شدم. همچنین در زمینه‌های گوناگون این رشته کارهای بالینی و تحقیقاتی متعددی را انجام دادم. اما در نهایت به علت علاقه‌ای که به کار با کودک داشتم این حوزه را به عنوان حوزه تخصصی خود انتخاب کردم. البته این که در سال‌های ابتدایی آغاز کار حرفه‌ای خود در کلینیک‌هایی که بیشتر مراجعین آن کودکان بودند فعالیت کردم بی تاثیر نبوده است. در مجموع علل گوناگونی باعث شد که بیشتر فعالیت‌های آموزشی، بالینی و پژوهشی بنده، حول محور اختلالات تکاملی زبان یا اختلالات رشدی زبان باشد.»

درمان‌هایی برای دردها...

حوزه‌های تخصصی در مسائل پزشکی با بیماری‌های آن حیظه شناسایی می‌شوند. در رابطه با بیماری‌های گفتار و زبان نیز این مسئله وجود دارد. یکی از مسائل مهم برای حرفه‌ای شدن در یک حوزه، شناسایی درست و دقیق بیماری‌های مربوط به آن حوزه است. دکتر محمدی در رابطه با اختلالات رشدی بیان کرد: «بیماری‌های این حیظه به دو دسته بیماری‌هایی با علائم و نشانه‌های آشکار و بیماری‌هایی بدون داشتن علائم و نشانه‌های آشکار تقسیم می‌شود. تعداد زیادی از بیماری‌ها در بدو تولد، نمود پزشکی دارند. به بیانی دیگر، ظاهر جسمانی

کودک بیانگر احتمال ابتلای نوزاد به مشکلات زبانی و گفتاری بعدی خواهد بود. برای مثال در سندروم‌های رشدی مانند سندروم داون و یا نوزادان دارای شکاف کام و لب ابتلا به بیماری‌های زبان و گفتار پیش بینی می‌شود. در این دسته از کودکان، هم در بدو تولد و هم در ادامه زندگی، نیاز به مداخله آسیب شناس گفتار و زبان برای رفع مشکلات احتمالی زبانی، گفتاری و بلع دیده می‌شود.» ریحانه محمدی ادامه داد: «گروه دیگری از بیماران در بدو تولد، علائم آشکاری ندارند، اما ممکن است به مرور و تا قبل از یک سالگی، نشانه‌هایی از عدم برقراری ارتباط موثر را بروز دهند. در این دسته از کودکان این امکان وجود دارد که در ادامه زندگی تشخیص اختلال طیف اتیسم را دریافت کنند. از طرفی دسته دیگری از کودکان، علی‌رغم طبیعی بودن در تمام جنبه‌های رشدی، در فراگیری گفتار و زبان تاخیر را نشان می‌دهند. در رابطه با این دسته از کودکان نیز باید با ارزیابی دقیق و موثر صورت بگیرد و در مورد درمان آن‌ها تصمیم گیری شود. این دسته از کودکان به عنوان کودکان دارای اختلال تکاملی زبان شناخته می‌شوند.»

چاله‌های رشدی

چالش‌های متعدد در حوزه‌های متفاوت علمی و به خصوص پزشکی را می‌توان به چاله‌هایی تشبیه کرد که در یک راه وجود دارد. این چالش‌ها می‌توانند سرعت رشد و پیشرفت یک حیظه به خصوص را کاهش دهند و یا حتی آن را متوقف کنند. متخصصین این حوزه‌ها با شناسایی این حوزه‌ها می‌توانند برای رفع و تسهیل این مسیر به خود و دیگر افراد متخصص کمک زیادی کنند. دکتر محمدی در این باره گفت: «شاید بتوان چالش‌های این حوزه را با چند سوال که متخصصین دائما با آن رو به رو هستند نمایان کنیم. چه کسی واجد شرایط گفتاردرمانی در



سنین پایین است؟ آیا همه مراجعین نیازمند درمان مستقیم اند؟ چه کسانی نیازمند درمان زود هنگام و بهنگام برای پیشگیری از ابتلا به اختلالات ارتباطی و رشدی اند؟ این سوال‌ها مواردی هستند که ما بعد از مشاهده، معاینه و ارزیابی هر بیمار با آن رو به رو هستیم. موارد پیچیده و متعدد باعث می‌شود که متخصصین به چالش کشیده شوند، نتوانند با قاطعیت در رابطه با بیمار تصمیم بگیرند و دائم این دغدغه را داشته باشند که آیا تصمیم درست را گرفته‌اند یا نه.» دکتر محمدی در رابطه با علت این چالش‌ها بیان کرد: «این چالش‌ها خود از یک چالش بزرگ‌تر نشات می‌گیرند. چالش بزرگ حوزه رشدی برای درمانگران رشدی، کمبود آزمون‌های ارزیابی رسمی مناسب در زبان فارسی است. این کمبود باعث می‌شود که افراد برای بررسی ارتباط و تصمیم گیری در مورد اینکه کودک علائم خطر را دارد یا نه و چه نقاط قوت یا ضعفی در حیظه‌های مختلف زبانی، گفتاری و ارتباطی دارد دچار مشکل شوند. علاوه بر این علی‌رغم توصیه مکرر منابع بر مداخلات تیمی در اختلالات رشدی، در ایران همچنان teamwork بین متخصصین وجود ندارد. این مورد باعث ایجاد سرگردانی خانواده در بین متخصصین مختلف با تشخیص‌های مختلف می‌شود و در نهایت این سرگردانی بین متخصصین و تشخیص‌های متفاوت انگیزه‌ی خانواده را کاهش می‌دهد و علاوه بر هدر رفتن هزینه باعث می‌شود که زمان طلایی مربوط به درمان و آغاز مداخله ناپود شود. عدم وجود درمانگران کاملا تخصصی کافی نیز از دیگر نگرانی‌هایی است که با آن مواجه هستیم.»

نمای خاکستری برای دنیای رشدی

وجه دیگر تمام مزیت‌ها، چالش‌ها هست که وجود دارد. حیظه‌های تخصصی در رشته‌های متفاوت نیز دارای جنبه‌های مثبت و جنبه‌های چالشی گوناگونی هستند. دانستن این چالش‌ها و این مزایا در کنار هم باعث می‌شود که فرد بتواند انتخاب درست‌تری داشته باشد. دانستن این نکات در حیظه‌های متفاوت نقشه راه را به تازه فارغ التحصیلان و دانشجویان در جهت انتخاب حیظه تخصصی نشان می‌دهد. دکتر محمدی در رابطه با نکات مثبت و منفی این حوزه گفت: «کار کردن در حوزه رشدی می‌تواند مزایای متفاوت و گوناگونی داشته باشد. اما در کنار آن، این حیظه چالش‌هایی دارد که لازم است درمانگر با آن‌ها کنار بیاید. این چالش‌ها را نمیتوان هم عرض با عیب قرار داد. زیرا خود این چالش‌ها باعث رشد و توسعه درمانگر می‌شود. اما به طور کلی در مورد مزایای این حیظه می‌توان به موارد متعددی اشاره کرد. برای اولین مورد می‌توان به این نکته اشاره کرد که در حال حاضر فعال‌ترین کلینیک‌های تخصصی گفتاردرمانی مربوط به کلینیک‌های رشدی می‌باشد. این عامل و تعداد بالای بیماران می‌تواند بستر مناسبی را برای کسب تجربه، به خصوص برای تازه فارغ التحصیلان ایجاد کند. از طرف دیگر کار کردن با این دسته از بیماران می‌تواند تاثیر بسیار زیادی بر زندگی آن‌ها بگذارد و زندگی این افراد را دچار تحول عظیمی بکند. از طرفی



درمان‌های این حیظه می‌تواند باعث افزایش ارتباط بین سلولی در مغز و رشد آن شود. اما در کنار تمام این مزایا، کار کردن در این زمینه دارای چالش‌هایی نیز می‌باشد. از جمله این چالش‌ها می‌توان به سختی کار کردن با کودکان اشاره کرد. کار کردن با کودکان دشواری‌های خاص خودش را دارد که قطعا هر درمانگری با آن‌ها مواجه می‌شود. عدم همکاری کودک، سخت بودن ارتباط گیری با کودکان و گاهی پیشرفت کند در ابتدای مسیر باعث می‌شود که درمانگر با سرخوردگی و کاهش انگیزه و اعتماد به نفس رو به رو شود.»

متخصصی با ویژگی‌های تخصصی

ورود به یک حوزه علاوه بر مهارت، علم و علاقه نیازمند ویژگی‌های خاص و مناسب آن حیظه است. این ویژگی‌ها می‌تواند به افراد کمک کند تا در مسیر متخصص شدن با سختی‌های کمتری مواجه باشند و علاوه بر این بتوانند با انگیزه و امید بیشتری ادامه دهند و احتمال موفقیت را در آن‌ها افزایش می‌دهد. ریحانه محمدی در رابطه با ویژگی‌های لازم برای ورود به حیظه رشدی گفت: «برای ورود به این حیظه افراد باید ویژگی‌های تخصصی و ویژگی‌های شخصیتی خاصی داشته باشند. در رابطه با ویژگی‌های شخصیتی این افراد باید به دو ویژگی بسیار مهم اشاره کرد. مهم‌ترین پیش نیاز شخصیتی مورد نیاز در این حیظه داشتن علاقه به کار با کودک است. در صورتی که فرد از کار با کودک لذت ببرد و نسبت به آن علاقه داشته باشد می‌تواند با چالش‌ها و مشکلات این مسیر راحت‌تر کنار بیاید.



امام محمد باقر علیه السلام:

قُولُوا لِلنَّاسِ أَحْسَنَ مَا تُحِبُّونَ أَنْ يُقَالَ لَكُمْ؛

بهترین چیزی را که دوست دارید درباره شما بگویند، درباره مردم بگویید.

تحف العقول ص ۳۰۰

می خورد و عواقب گوناگونی را برای بیمار و درمانگر گفتار و زبان ایجاد می کند.»

تلاش هایی برای رشد بیماری های رشدی

یکی از مهم ترین رسالت ها و هدف های یک متخصص رشدی حیطه تخصصی اش می باشد. متخصصان با ایجاد رویکردهای نوین و گسترش رشته خود می توانند رد پای خود را در تاریخ آن علم عمیق تر و ماندگارتر کنند. ریحانه محمدی در رابطه با برنامه خود برای رشد دادن این حیطه گفت: «در سال های اخیر و تمام سال هایی که به عنوان یک آسیب شناس گفتار و زبان فعالیت کرده ام تمام سعی خود را کرده ام تا خلاهای موجود را شناسایی و این خلاها را پر کنم. در حال حاضر نیز مانند سال های قبل در حال تلاش بر روی شناسایی چالش های موجود و کارکردن روی آن ها هستم. بزرگترین چالش حال حاضر از نظر من عدم وجود ابزار و آزمون های رشدی است. بنابراین تمام تلاش خود را در راستای ساخت ابزارها و آزمون های رسمی در حوزه رشدی می کنم. علاوه بر آزمون های رشدی در حال تلاش برای گام برداشتن در زمینه درمان های مبتنی بر شواهد هستم. برای تحقق این هدف گام های تحقیقاتی متعددی برداشتیم و همچنان سعی می کنیم کارهای بیشتری انجام دهیم. امیدوارم بتوانیم در رویکردهای درمانی شاهد محور، رشد خوبی را مشاهده کنیم.»

به زبان دیگر می توان گفت علاقه به کار به کودکان خود می تواند مامنی برای متخصصین باشد تا در برابر مشکلات و چالش ها به آن پناه ببرند. ویژگی شخصیتی دومی که از اهمیت بالایی نیز برخوردار است داشتن شکیبایی کافی برای رسیدن به نتیجه مد نظر در نوزادان و کودکان است. این شکیبایی نیز می تواند از علاقه نشات بگیرد و به خوبی به درمانگر کمک کند تا از این مسیر آسان تر عبور کند اما قبل از علاقه به صبوری ذاتی و یا صبوری آموخته شده نیز نیاز است.» دکتر محمدی در رابطه با ویژگی های تخصصی این حیطه گفت: «حیطه رشدی مانند دیگر حیطه ها شامل ارزیابی و درمان می شود. بنابراین افراد برای ورود به این حوزه باید ویژگی های علمی مناسب و کافی را داشته باشند. اولین درجه ورود افراد به این حوزه، دانش تخصصی است. متخصص باید پیش نیازهای ارتباط در نوزاد و کودک را داشته باشد و به خوبی روند رشد طبیعی گفتار و زبان را بداند. در صورتی که کمیت فرد در این پایه های علمی لنگ بزند، فرد نمی تواند از دروازه های این حیطه عبور کند. معیار دوم این است که فرد به خوبی از انواع مختلف ارزیابی ها و نحوه اجرای آن ها آگاه باشد. این مورد پیش نیاز اصلی برای درمان بیماران دارای اختلالات رشدی است. در صورتی که فرد به خوبی از انواع ارزیابی ها آگاه نباشد. نمی تواند از پس درمان بیماران بر بیاید. در مرحله سوم لازم است فرد رویکردهای درمانی این حوزه را به خوبی بشناسد و بتواند آن ها را اجرا کند. هسته اصلی درمان را همین رویکردها و نحوه انتخاب آن ها تشکیل می دهد. در صورتی که فرد نتواند رویکرد مناسبی را اتخاذ کند درمان شکست



