

What is the average age for receiving occupational therapy for children with motor problems and what factors can affect it?

Somaye Kavousipor *¹, Alireza Derakhshan Rad ², Syed Ali Hosseini³

1. Instructor, Faculty Member of Occupational Therapy Department, Rehabilitation School, Shiraz University of Medical Science .PhD Student ,University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran (Corresponding author) kavousipor@sums.ac.ir
2. Instructor, Faculty Member of Occupational Therapy Department, Rehabilitation School, Shiraz University of Medical Science. PhD Student, University of Social Welfare and Rehabilitation Science.Tehran, Iran
3. PhD of Occupational Therapy, Assistant Professor, Occupational Therapy Department, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Article Received on: 2015.3.7

Article Accepted on: 2015.6.3

ABSTRACT

Background and Aim: Early diagnosis of motor problems and initiation of occupational therapy services helps children with motor problems to achieve better results. Because the developing brain has a high potential for improving in the first months after birth. Therefore, in this study, the mean age of onset of occupational therapy (OT) services and the factors that affects it has been investigated.

Materials and Methods: This cross-sectional study was done in a comprehensive rehabilitation clinic in the city of Shiraz. 65 children with motor problems was recruited by convenience sampling method, using a researcher-designed questionnaire and Family Empowerment Assessment Questionnaire.

Result: the age of motor problems diagnosis in the clients of this clinic was 9.1 ± 8.5 months and the age of commencing the rehabilitation service was 17.9 ± 13.9 months. There was a 11 month period difference between age of diagnose and age of services onset ($p=0/001$). Children who have been diagnosed by a physician have benefited of OT services sooner than those whom their parents have expressed concern about their motor problems ($p=0/041$). Other factors such as gender, educational and societal status of parents, the economic level of families, birth weight, and the child's birth status was not significantly effective in initiating the OT services ($p < 0.05$).

Conclusion: Diagnosis of motor problems by physicians and their recommendation to seek OT services has an essential role in the early launch of OT in children with motor problems.

Key Words: age, referral, occupational therapy, early intervention

Cite this article as: Somaye Kavousipor , Alireza Derakhshan Rad, Syed ali hosseini. What is the average of age for receiving occupational therapy for children with motor problems and what are the factors that can affect it? J Rehab Med. 2015; 4(2): 11-18.

متوسط سن شروع خدمات کاردرمانی در کودکان دارای مشکلات حرکتی چیست و تحت تأثیر چه فاکتورهایی است؟

سمیه کاووسی پور*^۱، سید علیرضا درخشان راد^۲، دکترسید علی حسینی^۳

۱. مربی عضو هیئت علمی دانشکده علوم توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشجوی دکتری کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، ایران
۲. مربی عضو هیئت علمی دانشکده علوم توانبخشی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشجوی دکتری کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، ایران
۳. دانشیار، دکترای تخصصی کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و اهداف

تشخیص بهنگام مشکلات حرکتی و شروع بهنگام خدمات کاردرمانی به کسب نتایج بهتر در کودکان کمک می کند. چرا که مغز در حال رشد در ماههای ابتدای تولد از پتانسیل بهبود بالایی برخوردار است. لذا در این مطالعه به بررسی میانگین سن شروع خدمات کاردرمانی در کودکان دارای مشکلات حرکتی و فاکتورهای موثر بر آن پرداخته شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخت و پرسشنامه ارزیابی سطح توانمندی خانواده، به روش توصیفی مقطعی و با کمک نمونه گیری در دسترس در یکی از کلینیک های جامع توانبخشی شهر شیراز بر روی ۶۵ کودک دارای مشکلات حرکتی انجام شد.

یافته ها

در نهایت ملاحظه گردید سن تشخیص مشکل حرکتی در کودکان در این مرکز $9/1 \pm 8/5$ ماهگی و سن شروع خدمات توانبخشی، $17/9 \pm 13/9$ ماهگی می باشد. بنابراین یک تاخیر تقریباً ۱۱ ماهه از زمان تشخیص مشکل کودک تا زمان دریافت خدمات کاردرمانی وجود دارد $P=0/001$. همچنین کودکانی که مشکل آنها توسط پزشک تشخیص داده شده است زودتر از کودکانی که والدین آنها نسبت به وضعیت حرکتیشان ابراز نگرانی کرده اند از خدمات کاردرمانی بهره گرفته اند $P=0/041$. سایر فاکتورها نظیر جنسیت کودک، وضعیت اجتماعی تحصیلی والدین، سطح توانمندی خانواده، وزن هنگام تولد و وضعیت کودک هنگام تولد تأثیر بسزایی در زمان شروع خدمات کاردرمانی نداشته است.

نتیجه گیری

به نظر می رسد تشخیص مشکل توسط پزشک و توصیه آنان به پیگیری درمان کاردرمانی کودکان نقش مهمی در شروع بهنگام کاردرمانی در کودکان دارای مشکل حرکتی و تداوم پیگیری درمان توسط والدین دارد.

واژگان کلیدی

سن ارجاع، سن آغاز کاردرمانی، مداخلات بهنگام

پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۳/۱۳ *

* دریافت مقاله ۱۳۹۳/۱۲/۱۷

نویسنده مسئول: سمیه کاووسی پور. شیراز، بلوار چمران، خیابان ایبوردی ۱، دانشکده علوم توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۰۷۱۱-۶۲۷۱۵۵۱

آدرس الکترونیکی: kavousiPor@sums.ac.ir

مقدمه و اهداف

تکامل در گونه انسان پدیده ای است که از زمان لقاح و قبل از زایمان آغاز شده و تا پایان عمر ادامه دارد. در این میان اوج تکامل حرکتی محدود به فرصت های طلایی، حساس و حیاتی ۵ تا ۶ سال اول زندگی است که شبکه عصبی بر اساس تحریکات محیطی در حد نهایت کارکرد خود می باشد. این فرایند تکاملی در برخی از کودکان مختل می شود به طوری که ۵-۱۰ درصد آنان به ناتوانی عصبی تکاملی مبتلا می شوند^[۱]. برخی از این ناتوانی ها در طول ماه ها یا سال های اول زندگی بروز می کنند، اما برخی دیگر تا مدت ها بدون علامت مخفی می مانند؛ برای مثال فلج مغزی یکی از علت های ناتوانی کودکان با شیوع ۱ در هر ۵۰۰ تولد می باشد^[۲]. این ضایعه معمولاً در سنین زیر ۴ ماهگی قابل تشخیص نمی باشد به خصوص در مورد کودکان با نقص خفیف و برای شروع درمان توانبخشی تا زمان بروز علائم صبر می کنند، عبارتی این کودکان یک دوره خاموش را می گذرانند که در آن هیچ گونه علامتی از نقص حرکتی ندارند. بنابراین انتظار می رود که شروع توانبخشی با تاخیر روبه رو باشد. پس از تشخیص، درمان بر ترمیم مجدد سلول های مغزی آسیب دیده متمرکز است و درمان های متنوع با رویکردهای متفاوتی نظیر Bobath، voyjta، یکپارچه سازی حسی و... وجود دارد که بدون در نظر گرفتن نوع درمان مداخلات باید تا قبل از شکل گیری و ثبات الگوهای حرکتی غیر طبیعی ارائه شود^[۳-۴]. در سال ۲۰۰۸ کانون حمایت از افراد ناتوان، اهمیت مداخلات بهنگام در کودکان ناتوان را هم مرتبه با اهمیت سیستم آموزشی بهنگام معرفی کرد. در این سیاست گذاری، مراقبت ها و آموزش های اولیه دوران نوزادی ابزار قدرتمندی در جهت پرورش توانمندی ها و غلبه بر ناتوانی های نوزاد می باشد چرا که ماه ها و سال های اولیه زندگی فرصتی استثنایی برای کسب مهارت های تکاملی می باشد چرا که ۸۰٪ از توانمندی های مغز آنان تا قبل از ۳ سالگی شکل می گیرد^[۵]. مداخلات زودهنگام در حدود ۱-۴ ماهگی به علت حداکثر پتانسیل و سازگاری مغز نوزاد بسیار ارزشمند است در طول ۱۸ ماه اول زندگی تکامل بسیار گسترده و سریع است؛ در نتیجه مداخلات در این سنین موثر خواهد بود هرچه کودک خدمات مورد نیاز خود را زودتر دریافت کند؛ موثرتر خواهد بود^[۶]. مداخلات بهنگام نه تنها پتانسیل بهبود نتایج عملکردی را افزایش می دهد، بلکه می تواند رفاه عاطفی و روانشناختی نوزاد و خانواده را نیز متاثر سازد. از طرفی خانواده ها بهتر می توانند خود را با نیازهای کودک تطبیق داده و انتظارات بجا و متناسب داشته باشند^[۷،۸] بر این اساس سن توانبخشی بهنگام و مفید در این کودکان را سنین زیر ۱۸ ماهگی تعریف می کنند. اما در تحقیقی که در ایران در سال ۱۳۷۲ انجام شد متوسط سن دریافت خدمات کاردرمانی که یکی از رایج ترین خدمات توانبخشی در این کودکان است؛ سن ۵ سالگی اعلام شد^[۸]. در تحقیقات متعدد در این رابطه الگوی ارجاع کودکان به توانبخشی و عوامل موثر بر ارجاع و دریافت بهنگام خدمات بررسی شده است و مشخص شده که عوامل متعددی در ارجاع کودکان دارای مشکل حرکتی به مراکز توانبخشی دخیل است؛ یکی از فاکتورهایی که در تحقیقات ذکر شده است تشخیص پزشک می باشد^[۹-۱۱]. به طور کلی تشخیص ضایعات حرکتی پیچیده و دشوار می باشد و در ۳ حالت ممکن است کودکان تشخیص گرفته و نیاز به خدمات توانبخشی بخصوص کاردرمانی در آنان احساس شود:

۱. نوزادان نارس با وزن کم
 ۲. نوزادان کامل با وزن طبیعی که در طول دوران نوزادی دارای مشکلات نورولوژیک می باشند
 ۳. دسته سوم نوزادانی با وزن طبیعی، دوره بارداری طبیعی و کامل و بدون مشکلات نورولوژیک در دوران نوزادی می باشند که در این حالت تست ها و غربالگری های اختصاصی پزشک و مشاهدات کاردرمانگر نقش حیاتی ایفا می کند^[۱].
- در ۲ حالت اول تشخیص راحت است و مشخصاً این نوزادان در معرض خطر هستند. در اهمیت ابتلا نوزادان پر خطر به نقایص حرکتی Johnson و همکاران دریافته اند که ۵۶٪ نوزادان پرخطر که تا سن ۱۸ ماهگی راه نرفته اند؛ تا قبل از ۳ سالگی بیماری آنها مشخص شده است. شدت ضایعه که توسط معیار Functional independent measure سنجیده می شود یکی دیگر از فاکتورهایی است که با ارجاع کودک ارتباط داشته است. عوامل وابسته به خانواده شامل وضعیت اقتصادی - اجتماعی، فرهنگ زبان، شهری و روستایی بودن) محل سکونت، اطلاعات و آگاهی والدین و آموزش به آنان در زمینه تعامل با کودک مشکل دار خود سهم بسزایی خواهد داشت^[۹-۱۱]
- همچنین از آنجایی که در سنین آغازین زندگی، کودکان بیشترین تماس و ارتباط را با والدین خود دارند، والدین توانایی تشخیص مشکلات حرکتی کودکان را دارند؛ بطوریکه در مطالعات مشخص شده است حساسیت "توانایی والدین در رابطه با تکامل کودک خود" به عنوان یک معیار ۸۰٪ و ویژگی آن ۹۴٪ است. اگر چه دانش والدین در رابطه با تکامل کودک با سن و درآمد بیشتر و سطح تحصیلی بالاتر آنان ارتباط

دارد، با این وجود Glasco و همکاران بین حساسیت والدین و ویژگی های دموگرافیک آنان ارتباطی معنادار نیافته اند. در تحقیقات ارتباطی بین سن اولین احساس نگرانی نسبت به کودک، اولین فردی که این نگرانی را احساس کرد (پزشک یا والدین)، نارس بودن نوزاد و ویژگی های خانوادگی وی با سن شروع توانبخشی سنجیده شده است [۷]. در ایران در سال ۱۳۷۲ سن متوسط ارجاع به کاردرمانی در کودکان ۵ سالگی بوده است و شروع زود هنگام و بهنگام خدمات توانبخشی در حفظ حداکثر پتانسیل کودک برای بهبود تاثیر شگرف دارد. این تحقیق به منظور تعیین میانگین سن ارجاع به کاردرمانی و عوامل تاثیرگذار در آن طرح ریزی شده است تا بدین ترتیب میانگین سن آغاز خدمات کاردرمانی را با میانگین سنی ۱۸ ماه که در منابع به عنوان سن شروع بهنگام کاردرمانی ذکر شده است مقایسه کرده، همچنین با بررسی عواملی که ممکن است در اختلاف احتمالی حاصل از این مقایسه تاثیرگذار باشد بتوان در امر ارجاع بیماران و حضور به موقع در مراکز کاردرمانی تمهیداتی ارائه کرد.

مواد و روش ها

این مقاله حاصل یک مطالعه توصیفی - مقطعی می باشد که در مرکز جامع توانبخشی فروغ عصر شهر شیراز بر روی ۶۵ کودک زیر ۱۴ سال دارای مشکلات حرکتی انجام گردید. یکی از ابزارهای انجام مطالعه یک پرسشنامه محقق ساخت جمع آوری اطلاعات بود که با استفاده از آن اطلاعات اولیه شامل اطلاعات دموگرافیک نوزاد و خانواده، سن اخذ تشخیص توسط پزشک، سن دریافت خدمات کاردرمانی به دست آمد. پرسشنامه دیگر با استفاده از سوالات رتبه ای سطح توانمندی والدین در غلبه بر شرایط موجود حاصل از وجود کودک کم توان در خانواده را بررسی و نمره دهی می کند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک نیازی به بررسی پایایی و روایی نداشت اما در روایی پرسشنامه توانمندی خانواده در ابتدا در یک مطالعه ی مقدماتی با استفاده از نظر مشاور آماری ۲۵ کودک به روش نمونه گیری تصادفی ساده از میان کودکان مرکز جامع توانبخشی بررسی شد و با آلفای کرونباخ ۰/۷ تایید گردید. پرسشنامه توانمندی خانواده که جهت بررسی توانایی های خانواده در تعامل با کودک و مشکلات وی می باشد در سال ۱۹۹۲ توسط کورن و همکارانی ساخته شده است. این پرسشنامه توانایی های والدین در تعامل با کودک را در ۳۴ سوال و در ۳ دسته بندی کلی "سوالات مربوط به زندگی والدین و خانواده"، "سوالات مربوط به سرویس های خدمات دهی به کودک" و "سوالات مربوط به میزان مشارکت خانواده در فعالیت های اجتماعی" مورد بررسی قرار می دهد. بر اساس مقیاس لیکرت هر سوال از ۱ تا ۵ نمره دهی می شود (هرگز، به ندرت، گاهی، غالباً و همیشه) به طوریکه اگر پاسخ فرد به سوال، "هرگز" باشد نمره ۱ می گیرد و اگر پاسخ وی "همیشه" باشد، نمره ۵ می گیرد. در نهایت میانگین نمرات ۳۴ سوال، از طریق جمع نمرات و تقسیم آن به مجموع سوالات پاسخ داده شده نمره نهایی به دست می آید. [۱۲]

حجم نمونه بر اساس نظر مشاور آماری استفاده از نرم افزار SPSS با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ و درجه آزادی ۱۲ معادل ۷۰ نفر تعیین گردید (n=70). شایان ذکر است که پس از جمع آوری ۷۲ پرسشنامه تعداد ۷ پرسشنامه به علت عدم پاسخ دهی به سوالات اساسی از مطالعه خارج شدند و بررسی ها بر روی ۶۵ پرسشنامه انجام شد. برای انجام نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات، آزمونگر (دانشجوی کاردرمانی) به مرکز توانبخشی فروغ عصر مراجعه نموده و کودکان دارای مشکلات حرکتی که دارای پرونده ثبت اطلاعات بودند؛ به صورت تصادفی با کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. پرسش نامه های جمع آوری اطلاعات توسط والدین یا مسولین مراکز با راهنمایی آزمونگر تکمیل شدند و از آنجایی که مرکز فروغ عصر بعنوان یک مرکز محوری و اصلی در جذب و پذیرش کودکان دارای مشکلات حرکتی در شیراز می باشد؛ این مرکز بعنوان نماینده مراکز توانبخشی دارای بخش کاردرمانی انتخاب گردید. شایان ذکر است هدف مطالعه، چگونگی انجام کار و محفوظ ماندن تمامی اطلاعات کسب شده، به صورت ساده و قابل فهم برای والدین و مدیریت مرکز توضیح داده شد و مشارکت کنندگان با آگاهی و رضایت کامل در پژوهش شرکت کردند.

شرایط ورود به تحقیق:

- ۱- ارجاع اولیه ی کودک بعلت مشکلات حرکتی و یا تاخیر حرکتی باشد.
- ۲- پرونده ی کودک به همراه اطلاعات تشخیصی وی در مرکز وجود داشته باشد.
- ۳- دسترسی به والدین در مرکز به سهولت انجام گیرد.
- ۴- سن کودک کمتر از ۱۴ سال باشد.

شرایط خروج از تحقیق:

- ۱- عدم دسترسی به اطلاعات کافی جهت تکمیل پرسش نامه
- ارجاع مستقیم کودک به مرکز بعلت مشکلاتی غیر از مشکلات حرکتی نظیر اختلالات یادگیری و ذهنی و گفتاری باشد.

جهت بررسی ارتباط سن تشخیص و سن شروع خدمات کاردرمانی از آزمون t زوجی، جهت بررسی ارتباط نمره پرسشنامه توانمندی خانواده و سن شروع خدمات کاردرمانی از آزمون آنالیز واریانس، جهت بررسی وزن کودک هنگام تولد و سن شروع خدمات کاردرمانی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی ارتباط سن شروع خدمات کاردرمانی با متغیرهای کیفی میزان تحصیلات مادر- جنسیت نوزاد - وضعیت اشتغال مادر- اولین شخص تشخیص دهنده از آزمون آماری یو منویتنی استفاده شده است.

در بررسی چگونگی تاثیر متغیرهای جنسیت، وزن کودک هنگام تولد، وضعیت کودک هنگام تولد، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال مادر و نمره پرسشنامه توانمندی خانواده بر سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی، مشخص گردید که متغیرهای جنسیت، وزن و وضعیت کودک هنگام تولد اثر معناداری بر زمان آغاز خدمات نداشتند.

یافته ها

این مطالعه با هدف بررسی عوامل مؤثر بر زمان آغاز دریافت خدمات کاردرمانی با استفاده از اطلاعات ۶۵ کودک با میانگین سنی ۶/۵۴ ماه و انحراف معیار ۹/۲۷ ماه صورت گرفت. جدول ۱ ویژگی های دموگرافیک و اطلاعات درمانی مربوطه را نشان می دهد. در بررسی اطلاعات دموگرافیک مشخص شد که ۱۰/۸٪ کودکان (۷ نفر) به علت مشکلات ژنتیک، ۸۰٪ (۵۷ نفر) کودکان با تشخیص فلج مغزی و ۱ نفر هم بدون تشخیص بوده است. لذا با توجه به اینکه تعداد افراد در این ۲ گروه تشخیصی قابل مقایسه نبوده است؛ محققین با نظر مشاور آمار، هر دو گروه کودکان با تشخیص بیماری نورولوژیک فلج مغزی و بیماریهای ژنتیک را به عنوان یک گروه مورد بررسی قرار دادند. به عبارتی تشخیص بیماریهای ژنتیک نادیده گرفته شد.

جدول ۱: ویژگی های دموگرافیک و اطلاعات درمانی کودکان مورد مطالعه (n=۶۵)

متغیر	شاخص
جنسیت (درصد)	پسر ۵۳/۸٪
	دختر ۴۶/۲٪
وزن هنگام تولد (گرم)	۲۷۴۳±۸۵۳
وضعیت کودک هنگام تولد (درصد)	کامل ۸۰٪
	نارس ۲۰٪
سن تشخیص مشکل کودک (ماه)	۹/۱±۸/۵
سن ارجاع به کاردرمانی (ماه)	۱۷/۹±۱۳/۹
سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی (ماه)	۱۹/۵±۱۵/۶
وضعیت اشتغال مادر (درصد)	دارد ۱۲/۳٪
	ندارد ۸۷/۷٪
سطح تحصیلات مادر (درصد)	دیپلم وزیر دیپلم ۷۱/۴٪
	بالتر از دیپلم ۲۸/۶٪
نمره ی سطح توانمندی خانواده (از ۵۰)	صدک اول ۴۲
	صدک دوم ۴۷
	صدک سوم ۵۰
	صدک چهارم ۵۵

در تجزیه و تحلیل آماری به بررسی تفاوت مابین سنی که اختلال کودک توسط پزشک تشخیص داده شده بود و سنی که ارائه ی خدمات کاردرمانی به کودک مورد نظر آغاز شده است، از آزمون T زوجی استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که میانگین سن تشخیص (۹/۱ ماهگی) و میانگین سن شروع خدمات کاردرمانی (۱۹/۵ ماهگی) تفاوت معناداری دارد ($P= ۰/۰۰۱$). نتایج این آزمون در جدول ۲ گزارش شده است. طبق اطلاعات جدول ۲ مشخص است که اختلافی حدود ۱۰ ماه با فاصله ی اطمینان ۷ تا ۱۳ ماه بین متغیرهای مذکور وجود دارد.

جدول ۲: بررسی تفاوت سن تشخیص و سن دریافت خدمات کاردرمانی (n=۶۵)

متغیر	میانگین و انحراف معیار	مقدار احتمال P در آزمون T زوجی	فاصله اطمینان ۹۵٪
سن تشخیص	۹/۱±۸/۵	۰/۰۰۱	۱۳/۸ تا ۷/۲
سن آغاز دریافت خدمات	۱۹/۵±۱۵/۶		

به منظور بررسی تأثیر عامل سطح توانمندی خانواده بر سن تشخیص اختلال کودک و سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی، داده های مربوط به سطح توانمندی خانواده در قالب صدک های اول تا چهارم تفکیک گردید و سپس معنی داری تفاوت ارقام سن تشخیص و سن آغاز دریافت خدمات در صدک های مختلف سطح توانمندی خانواده به کمک آزمون آنالیز واریانس ANOVA بررسی گردید. نتایج این بررسی نشان داد که هیچ کدام از متغیرهای سن تشخیص ($P=۰/۲۶۵$) و سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی ($P=۰/۲۲۶$) متأثر از سطح توانمندی خانواده نمی باشند. به منظور بررسی تأثیر عوامل سطح تحصیلات، وضعیت شغلی مادر، جنسیت کودک بر سن آغاز خدمات کاردرمانی، وضعیت کودک هنگام تولد و همچنین بررسی تفاوت احتمالی در سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی در کودکانی که اختلال آنها در ابتدا توسط پزشک تشخیص داده شده است با کودکانی که تشخیص اختلال در آنها توسط والدین یا شخص دیگری غیر از پزشک بوده است از آزمون T مستقل استفاده شد. به این ترتیب مشخص گردید که دو عامل سطح تحصیلات مادر و اولین فرد تشخیص دهنده مشکل کودک، می تواند در سن آغاز خدمات کاردرمانی اثر گذار باشد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ذکر شده است. نتایج این جدول نشان می دهد در مواردی که سطح تحصیلات مادر بیشتر از دیپلم بوده است سن دریافت خدمات به طور معناداری پایین تر است ($P=۰/۰۲۸$). مشابه این یافته در مواردی که اولین تشخیص دهنده ی اختلال کودک پزشک معالجش بوده است ($P=۰/۰۴۱$). با توجه با اطلاعات جدول ۳ میانگین سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی در کودکان این مطالعه، تفاوت معناداری در حالات مختلف اشتغال مادرشان، جنسیت آنها و وضعیت هنگام تولدشان نداشته است.

جدول ۳: بررسی تأثیر عوامل سطح تحصیلات مادر، وضعیت شغلی مادر، جنسیت کودک و اولین شخص تشخیص دهنده اختلال کودک بر سن آغاز دریافت خدمات (n=۶۵)

متغیر	میانگین سن آغاز دریافت خدمات	T	P
سطح تحصیلات مادر	دیپلم و زیر بالا تر از دیپلم	۲/۲۵۷	۰/۰۲۸
وضعیت اشتغال	دارد ندارد	-۱/۳۱۹	۰/۱۹۲
جنسیت کودک	دختر پسر	-۰/۳	۰/۷۶۵
اولین شخص تشخیص دهنده	پزشک معالج غیر از پزشک	-۲/۰۹۱	۰/۰۴۱
وضعیت کودک هنگام تولد	کامل نارس	۰/۷۸۸	۰/۴۳۴

در بررسی ارتباط بین وزن کودک هنگام تولد و سن آغاز خدمات کاردرمانی به کمک ضریب همبستگی پیرسون، مقدار احتمال $P=۰/۴۵$ و ضریب همبستگی $۰/۰۹۷$ حاکی از فقدان ارتباط معنی دار بود.

بحث:

همانگونه که در قسمت نتایج ملاحظه گردید میانگین سن شروع خدمات کاردرمانی در مرکز جامع توانبخشی ۱۹/۵±۱۵/۶ ماهگی می باشد که نسبت به سن ۱۸ ماهگی که در منابع به عنوان سن شروع بهنگام توانبخشی می باشد یک ونیم ماه تاخیر وجود دارد. همچنین درمقایسه با به سن طلایی آغاز خدمات توانبخشی که ۴-۵ ماهگی می باشد حدود ۱۴-۱۵ ماه تاخیر وجود دارد اما اگر بخواهیم این نتایج را با میانگین سن آغاز توانبخشی در سال ۱۳۷۲ مقایسه کنیم ملاحظه می شود که در مقایسه با آن زمان که سن شروع توانبخشی ۵ سالگی بوده است؛ پیشرفت قابل ملاحظه ای صورت گرفته است.

تحقیقات قبلی نشان داده است که نوزادان در معرض خطر که سن جنینی زیر ۳۷ هفته دارند و با وزن کم دنیا می آیند، زودتر تشخیص مشکلات تکاملی گرفته و در نتیجه زودتر نیز از خدمات کاردرمانی بهره می برند [۱۳، ۱۴]. در مطالعه حاضر اکثر کودکان بر اساس وزن هنگام تولد و سن جنینی در طیف تشخیصی نوزادان در معرض خطر قرار نگرفتند و به طبع نتایج این مطالعه نمی تواند در زمینه تاثیر فاکتور "پر خطر بودن نوزاد"، بر سن تشخیص، سن ارجاع و سن آغاز خدمات کاردرمانی ارائه نظر کند.

در بررسی مطالعات قبلی مشخص گردید که یکی از فاکتورهایی که می تواند منجر به شروع بهنگام خدمات کاردرمانی شود و به نوعی بر سن آغاز خدمات کاردرمانی تاثیر داشته باشد، نگرانی والدین در مورد تاخیر در رشد حرکتی نوزاد در حال رشد می باشد که خود می تواند برگرفته از میزان آگاهی والدین در رابطه با مراحل رشد حرکتی و سن ایجاد هر کدام از مراحل رشدی باشد. به طوری که درک والدین از مشکل کودک و ابراز نگرانی در این زمینه یکی از معیارهای مهم است که می تواند به روند تشخیص کمک می کند و از حساسیت و ویژگی ۸۰٪ و ۹۴٪ برخوردار است [۱۶-۱۷]. اما در مطالعه حاضر با مقایسه میانگین سن آغاز دریافت خدمات کاردرمانی در دو گروه کودکانی که تشخیص اولیه توسط پزشک بوده است و گروهی که تشخیص اولیه و ابراز اولیه مشکل کودک توسط والدین بوده است؛ مشاهده می گردد که گروهی که پزشک مشکلات تکاملی آنان را تشخیص داده است سریعتر از خدمات بهنگام استفاده نموده اند (۱۵/۷ ماهگی) و تفاوت معناداری در این دو گروه وجود دارد $P=0/04$. این نتیجه متفاوت شاید به این دلیل باشد که تحقیق حاضر در مرکزی انجام شده است که مسئول فنی آن پزشک متخصص مغز و اعصاب کودکان می باشد و بیماران را در همان مرکز معاینه کرده و تشخیص می دهند، لذا حضور ایشان فرایند تشخیص اولیه را تسریع نموده است. همچنین با توجه به نظارت ایشان کودکانی که توسط پزشک ذکر شده تشخیص گرفته اند سریعتر وارد مراحل نوبت گیری و آغاز خدمات کاردرمانی شده اند. به این ترتیب شاید بتوان این گونه نتیجه گیری کرد با توجه به اعتمادی که والدین به پزشک دارند، نسبت به پیشنهاد پزشک در مراجعه به کاردرمانی جهت ادامه درمان فرزند خود حساس تر عمل خواهند کرد.

اطلاعات قبلی در رابطه با تاثیر جنسیت بر سن آغاز خدمات کاردرمانی و توانبخشی متناقض می باشد؛ برخی مطالعات این تاثیر را نقض و برخی دیگر این تاثیر را تایید می کنند. نتایج این مقاله نشان داد که جنسیت نوزاد در این نمونه مورد مطالعه بر سن ارجاع و سن آغاز خدمات کاردرمانی تاثیری نداشته است. بنابراین به نظر می رسد سلامتی کودک در فرهنگ ایرانی جدای از جنسیت نوزاد حائز اهمیت است. از آنجایی که سطح سواد مادر تعیین کننده میزان اطلاعات او می باشد و یکی از فاکتورهای تعیین کننده سطح اجتماعی خانواده است می تواند تعیین کننده میزان در دسترس بودن خدمات مورد نیاز کودک و میزان زمانی که برای کودک خود وقت می گذارد و به طبع، مشابه تحقیقات قبل در این تحقیق نیز سطح سواد مادر توانسته است بر سن آغاز خدمات کاردرمانی تاثیر گذار باشد، اما ارتباطی بین نمره معیار توانمندی خانواده و سن آغاز خدمات کاردرمانی یافت نشد. یکی از علت های این عدم ارتباط می تواند خودپنداره ضعیف مادران از توانمندی های خود باشد، چرا که با وجود تنوع در سطح سواد و وضعیت اشتغال مادران، اکثر آنها در پرسشنامه نمره بالایی کسب نموده اند و نمرات آنها تفاوت زیادی با هم نداشت، که این موضوع دور از ذهن است. لذا شاید بتوان گفت همانگونه که در تحقیقات دیگر نیز به آن اشاره شده است اکثر والدین درک صحیحی از خود در رابطه با چگونگی تعاملشان با کودک خود ندارند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از این تحقیق که در یک مرکز جامع توانبخشی صورت گرفته است به نظر می رسد پزشکان و چگونگی عملکرد آنان و آگاه کردن والدین جهت ادامه درمان پس از تشخیص نقش مهمی در شروع بهنگام خدمات کاردرمانی دارد. محدودیت ها: از محدودیت های این طرح، انجام آن در یک مرکز با شرایط ایده آل حضور پزشک متخصص و سایر اعضا تیم توانبخشی بود، ممکن بود اگر تحقیق در مراکزی که این گونه شرایط را ندارند انجام می شد نتایج متفاوت می بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی است که با شماره ۵۱۳۳ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز تصویب گردیده است. نویسندگان از پرسنل و مدیریت محترم مرکز فروغ عصر جهت همکاری در تکمیل پرسشنامه ها کمال سپاسگزاری را دارند.

منابع

1. Norberg S. Early Signs of Impaired Motor Development in Infants and Toddlers. A Pediatric Perspective. 2001; 10(5) P1-3
2. Boyd RN, Sakzewski L. A randomised trial comparing constraint induced movement therapy and bimanual training in children with congenital hemiplegia. *BioMedCentral neurology* 2010;10(4)P1-15
3. Dimitrijević L, Jakubi BJ. the importance of early diagnosis and early Physical treatment of cerebral Palsy. *Medicine and Biology* 2005;12(3): P11- 22.
4. Baniel A, Feldenkrais M. Anat Baniel Method for Childrens. *Cerebral Palsy Magazine*.2003;P1-2
5. Betts J, Lata D. Inclusion of Children with Disabilities: The Early Childhood Imperative. United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation. 2009.P1-2
6. grilli I, Feldman de. wait time for Pediatric rehabilitation. *health care Policy*. [online exclusive] 2007;2(3)P171-189
7. Andayani P, Soetjningsih. Role of mother's Perceptions on their child development on early detection of developmental deviation. *Paediatrica Indonesiana* 2001; 41P264-267
8. Rassafiani M. recent status of treatment and rehabilitation within cerebral Palsy children and revisions required. *National Welfare Organization*.1372(in Persian).
9. Feldman DE, Couture M. When and by Whom Is Concern First Expressed for Children With Neuromotor Problems? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2005;159 P882-886
10. Maulden SA, Gassaway J, Horn SD. Timing of Initiation of Rehabilitation After Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2005;86(12) P34-40.
11. Bhrolchain CN. Referral Patterns to a district Child Development Centre: 25 years experience. *Public Health* 116. 2002;116 P 300-303.
12. Koren, PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 1992; 37(4) 305-321
13. Lai FY, Serraglio C, Martin JA. Examining Potential barriers to early intervention access in Australian hearing impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2014 Mar;78(3)P 507-12.
14. Benz M, Sidor A. Early intervention in Germany and in the USA: A comparison of supporting health services. An overview article. *Mental Health & Prevention*(2013) 1, P 44-50
15. Synthesis of Recent Research, Condition of Children Birth to Age Five and Status of Early Childhood Services in California, American Institutes for Research, national survey. 2012.P5-11
16. PoPaa M, Gligab F, Michelc T. The Perception of Parents on the issue of early intervention in child development, *edia - Social and Behavioral Sciences* (2011);33 P303-307