Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 8/ No. 4/ 2021
Page: 1-10

Mental health status of children with cleft palate and lip referred to Shiraz Orthodontic Research Center

Maryam Ghorbanzadeh[1], Fatemeh Nasimi[2], Mohammad Norouzitabar[3], Raha Habib Agahi[4], Zeynab Zarei[5], Zahra Kalkate[6]

1-Lecturer, Department of Anesthesiology, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
2- Lecturer, Department of Nursing, Kazerun Branch, Islamic Azad University, Kazeron, Iran (Corresponding Author). E-mail: Nasimif@yahoo.com
3- Master of Information Technology, Payame Noor University of Assaluyeh, Assaluyeh International University, Bushehr, Iran.
4- Dentist, Orthodontic Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
5- Nurse, Orthodontic Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.
6- Speech Therapist, Orthodontic Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Received: 15/05/2021 **Accepted:** 28/08/2021

Abstract

Introduction: Children with cleft lip and palate have a wide range of emotional and social problems and low self-esteem from birth these problems affect the child's mental function.

Aim: The aim of this study was to assessment the psychological and social status of children with cleft lip and palate referred to orthodontic research center in Shiraz.

Method: This descriptive-analytical study was performed on 60 children with cleft lip and palate referred to Shiraz Orthodontic Research Center in 2018. Samples were selected easily and non-randomly from those referred to the Orthodontic Research Center. Strengths and Difficulties Questionnaire Which evaluates children's problems and abilities; Completed by parents. Finally, data analysis was performed with SPSS software version 21. Descriptive indices (central and dispersion) and one-way analysis of variance were used to analyze the data.

Results: The mean total score of problems (Hyperactivity and behavioral problems, emotional symptoms, altruistic behavior) of children with cleft lip and palate was 7.61± 1.50; Which was average in mental health. All indicators of ability and problems are significant difference between the groups of cleft palate, cleft lip and cleft palate ($P<0.001$).

Conclusion: Early evaluations and timely intervention in cleft lip and palate children increase families awareness of the rehabilitation process.

Keywords: Cleft palate, Cleft lip, Mental health

How to cite this article: Ghorbanzadeh M, Nasimi F, Norouzitabar M, Habib Agahi R, Zarei Z, Kalkate Z. Mental health status of children with cleft palate and lip referred to Shiraz Orthodontic Research Center. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 8 (4): 1-10 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-879-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال هشتم، شماره ۴، ۱۴۰۰
صفحات: ۱۰-۱

بررسی وضعیت سلامت روانی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شیراز

مریم قربان زاده[۱]، فاطمه نسیمی[۲]، محمد نوروزی تبار[۳]، رها حبیب آگهی[۴]، زینب زارعی[۵]، زهرا کلکته[۶]

۱.مربی، گروه هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲. مربی، گروه پرستاری، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Nasimif@yahoo.com

۳. کارشناسی ارشد فناوری اطلاعات، دانشگاه پیام نور عسلویه، دانشگاه بین المللی عسلویه، بوشهر، ایران.

۴. دندانپزشک، مرکز تحقیقات ارتودنسی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۵. پرستار، مرکز تحقیقات ارتودنسی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۶. گفتاردرمانگر، مرکز تحقیقات ارتودنسی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۰/۰۶/۰۶

چکیده

مقدمه: کودکان با شکاف کام و لب از بدو تولد طیف وسیعی از مشکلات عاطفی، اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس دارند که این مشکلات بر عملکرد روانی کودک تأثیر می‌گذارد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی وضعیت روانی و اجتماعی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شیراز بود.

روش: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۶۰ کودک مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شیراز در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌ها به روش آسان و غیر تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز تحقیقات ارتودنسی انتخاب شدند. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات که توانایی‌های کودکان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ توسط والدین تکمیل شد. در پایان تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. از شاخص‌های توصیفی (مرکزی و پراکندگی) و آنالیز واریانس یک‌طرفه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل مشکلات (بیش‌فعالی و مشکلات سلوکی، نشانه‌های عاطفی، رفتار نوع‌دوستی) کودکان مبتلا به شکاف کام و لب ۱/۵۰±۷/۶۱ بود؛ که از نظر سلامت روانی در حد متوسط بود. تمام شاخص‌های توانایی و مشکلات در بین گروه‌های شکاف کام، شکاف لب و شکاف کام و لب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: ارزیابی‌های زود هنگام و مداخله به موقع در کودکان شکاف کام و لب موجب افزایش آگاهی خانواده‌ها از روند توانبخشی می‌شود.

کلید واژه‌ها: شکاف کام، شکاف لب، سلامت روانی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

بزرگ‌ترین سرمایه هر کشور نسل آینده سالم، دانا، باهوش و خلاق است. ناهنجاری‌های مادرزادی عامل مهمی در ناکارآمد سازی این سرمایه عظیم هستند. شکاف لب و شکاف کام[1] یکی از ناهنجاری‌ها می‌باشند که باعث مشکلات عدیده‌ای در تغذیه (به ویژه در دوره دندانی شیری)، تکلم، زیبایی و ردیف دندانی همچنین عوارض روحی – روانی دائمی در افراد می‌شود (میدلینهال[2]، ۲۰۱۳؛ بسل[3]، ۲۰۱۲). میزان شیوع حین تولد شکاف کام یا لب و یا هر دو از ۱ در ۱۰۰۰ تا ۲/۶۹ در ۱۰۰۰ در بخش‌های مختلف دنیا، متفاوت است. شیوع این عارضه در پسران بیشتر از دختران بوده و نوع و شدت شکاف، با توجه به درگیری کام یا لب و یا هر دو متفاوت است (المومحمد[4]، ۲۰۱۱). شکاف لب و کام در طی چهارمین دوره تکامل جنین و بین روزهای ۱۹ تا ۵۵ زندگی رویان ایجاد می‌شود. شکاف لب به علت نقص در جوش خوردن زائده ماگزیلاری و شکاف کام به علت اشکال در پیوستن طاقچه‌های کامی به یکدیگر رخ می‌دهد (میدلینهال، ۲۰۱۳).

بیماری شکاف یک بیماری مولتی فاکتوریال است، یعنی علل محیطی در حضور عوامل ارثی باعث شکاف می‌شوند. از علل محیطی شناخته شده مصرف برخی داروها توسط مادر، مصرف سیگار، الکل، سوءتغذیه، کمبود ویتامین‌ها، مشکلات روحی و روانی مادر، مواجهه با برخی سموم یا مواد شیمیایی را می‌توان نام برد (سوین[5]، ۲۰۱۰؛ به نقل از دلفی و همکاران، ۱۳۹۲).

شایع‌ترین و عمومی‌ترین وضعیت همراه با شکاف کام و لب، ناشنوایی و بیماری‌های گوش میانی است. این کم شنوایی ناشی از عفونت گوش میانی در ۴۰ تا ۵۰ درصد کودکان دارای شکاف کام و لب به طور دائم باقی خواهد ماند. مشکلات گوش میانی در بیشتر نوزادان دارای شکاف کام و لب، به احتمال زیاد در ماه‌های نخست تولد رخ می‌دهد. کودکان دچار شکاف کام برای مشکلات رشدی مشابهی که ممکن است در هر کودکی اتفاق بیافتد، مستعدتر هستند و شرایط ویژه این کودکان خطرات بیشتری را ایجاد می‌کند که نباید نادیده گرفته شود (سوین، ۲۰۱۰؛ به نقل از دلفی و همکاران، ۱۳۹۲).

از میان مشکلات رشدی این کودکان می‌توان به اختلالات گفتاری، زبانی و شناختی اشاره کرد. لازمه داشتن یک گفتار طبیعی، وجود یک ساختار منظم و عملکرد هماهنگ آن است. در شکاف کام و لب به دلیل درگیری اندام‌های گفتاری، مشکلات گفتاری به فراوانی دیده می‌شود (سوین، ۲۰۱۰؛ به نقل از دلفی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی دیگر از جنبه‌های رشدی، حیطه زبانی است. تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان دارای شکاف کام و لب در هر دو مؤلفه زبان یعنی زبان دریافتی و زبان بیانی نسبت به همسالان خود دارای مشکلاتی در درک و تولید زبان هستند. در این حیطه نیز گزارش شده است؛ که طول جمله معنی‌دار در این کودکان نسبت به همسالان غیر شکافی کوتاه‌تر است. به طور کلی مشخص شده است که رشد زبان در کودکان دارای شکاف کام و لب دچار تأخیر است؛ اما این تأخیرها در بیشتر کودکان با بالا رفتن سن بهبود می‌یابد (کومر[6]، ۲۰۱۱؛ به نقل از ماتوس[1] و همکاران، ۲۰۱۹).

1- Cleft palate, Cleft lip
2- Mildinhall
3- Bessell
4- Almu Muhamad
5- Sevin
6- Kummer

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

براساس مطالعات انجام شده کودکان با شکاف کام و لب از بدو تولد طیف وسیعی از مشکلات عاطفی، اجتماعی و کاهش اعتماد به نفس دارند که این مشکلات بر عملکرد روانی کودک تأثیر می‌گذارد. هانت[۲] و همکاران در مطالعه‌ای عملکرد روانی کودکان با شکاف کام و لب را بررسی کردند. نتایج نشان داد کودکان با شکاف کام و لب مضطرب‌تر، اعتماد به نفس پایین‌تر و مشکلات رفتاری بیشتر از بقیه کودکان است (هانت، ۲۰۰۷؛ به نقل از استوک[۳] و همکاران، ۲۰۱۵).

طبق مطالعه اریک برگ[۴] و همکاران میزان مرگ و میر کودکان مبتلا به شکاف کام و لب نسبت به کودکان دیگر بیشتر است و در معرض ناتوانی ذهنی، اختلالات شدید یادگیری و اضطرابی، اوتیسم قرار دارند (اریک برگ، ۲۰۱۶).

اغلب روانشناسان معتقد هستند که پیشرفت‌های شناختی برای رشد زبان اساسی است. کودکان دارای شکاف کام و لب در عملکردهای شناختی مانند استدلال و تصمیم‌گیری نسبت به کودکان هنجار همتای خود سطوح پایین‌تری را نشان می‌دهند (هاردین جونز[۵]، ۲۰۱۱؛ به نقل از یسونزا[۶] و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به مشکلات شناختی، شنیداری، گفتاری و زبانی در کودکان دارای شکاف کام و همچنین شیوع شکاف کام و لب، اهمیت ارزیابی این کودکان توسط آزمونی جامع و غیرتهاجمی بر هیچ‌کس پوشیده نیست. ارزیابی مشکلات روانپزشکی کودکان جامعه و یافتن افراد مبتلا اولین قدم در ارتقای سطح بهداشت روان این گروه سنی است؛ بنابراین طراحی و کاربرد پرسشنامه‌ای که در مدت زمان کوتاهی این ارزیابی را امکان‌پذیر سازد، ضروری است.

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات یک ابزار غربالگری کوتاه است که به طور فزاینده‌ای در تعیین مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و نوجوانان به کار می‌رود. پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات یک پرسشنامه غربالگری برای کودکان و نوجوانان ۲ تا ۱۷ ساله است که توسط والدین و معلم و یا خود فرد (جهت نوجوانان ۱۷-۱۱) تکمیل می‌شود (بوردون[۷]، ۲۰۰۵؛ به نقل از کامینگز[۸] و همکاران، ۲۰۱۵).

شکاف لب و کام بدشکلی چهره را به همراه خود دارد و بیمار اغلب به صورت تو دماغی صحبت می‌کند و اصواتی که از دهانش خارج می‌شود کاملاً نامفهوم است. تلفظ نامفهوم کلمات در بیماران مبتلا به عارضه شکاف لب وکام باعث ایجاد تنش بین کودک با دیگران و حتی خانواده‌اش می‌شود و در نتیجه منجر به کاهش ارتباط کودکان با دیگران و سرخوردگی آن‌ها در جامعه می‌شود. اغلب خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به شکاف کام و لب دارای مشکلات سلامت روان نیز هستند. خود کودک نیز در سن پنج سالگی درمی‌یابد که تفاوت‌هایی با دیگر کودکان دارد که این مسئله بار روانی زیادی ایجاد می‌کند؛ بنابراین بررسی کودکان شکاف کام و لب از نظر سلامت روانی به وسیله پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا می‌تواند برآورد و بازتاب مناسبی از وضعیت سلامت روانی این کودکان باشد؛ تا با شناسایی کودکان علاوه بر بهبود و رفع مشکلات روانی، وضعیت زندگی و آموزشی آن‌ها ارتقاء یابد و از ادامه اختلالات در سنین آتی

[1]- Matos
[2]- Hunt
[3]- Stock
[4]- Erik Berg
[5]- Hardin- Jones
[6]- Ysunza
[7]- Bourdon
[8]- Cummings

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

جلوگیری گردد (هاردین جونز، ۲۰۱۱؛ به نقل از یسونزا و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بنابراین با توجه به اهمیت سلامت این کودکان، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی – اجتماعی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شهر شیراز انجام شد.

روش

این مطالعه توصیفی – تحلیلی بر روی ۶۰ کودک مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس و غیر تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز تحقیقات ارتودنسی بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: کودکان با شکاف لب و کودکان شکاف لب همراه با شکاف کام، عدم ناهنجارهای مادرزادی (قلبی، اسکلتی و ...)، داشتن حداقل سطح تحصیلات خواندن و نوشتن مادر و عدم ابتلا مادر به اختلال خلقی و عاطفی بود. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود.

در این مطالعه پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و گرفتن اجازه از مسئولین مرکز تحقیقات اردتونسی شهر شیراز و رضایت کتبی از بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند؛ گرفته شد و به نمونه‌ها اعلام شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه حفظ می‌شود. افرادی که در طی ۴ ماه به مرکز تحقیقات اردتونسی مراجعه کرده بودند و معیارهای ورود را داشتند؛ پرسشنامه توانایی و مشکلات برای هرکدام از رده‌های سنی پژوهشگر به والدین داده شد و توسط والدین طی پنج دقیقه تکمیل شد. در پایان تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. از شاخص‌های توصیفی (مرکزی و پراکندگی) و آنالیز واریانس یک‌طرفه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

ابزار

پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات[1] (SDQ): پرسشنامه استاندارد توانایی‌ها و مشکلات توسط روبرت گودمن[2] در سال ۱۹۹۷ طراحی شده است. یک ساختار پنج عاملی برای سنجش مشکلات رفتاری، عاطفی و رفتارهای نوع دوستی کودکان ارائه می‌کند و دارای چهار زیر مقیاس مرتبط با مشکلات (نشانه‌های عاطفی، مشکلات سلوکی، بیش فعالی/ کمبود توجه و مشکلات با همسالان) و یک مقیاس توانایی (رفتار نوع دوستی) است. از مجموع نمرات چهار زیر مقیاس مرتبط با مشکلات، نمره کل مشکلات به دست می‌آید. هر پرسش، در دامنه سه درجه‌ای مقیاس لیکرت به صورت صفر (درست نیست)، یک (گاهی درست است) و دو (حتماً درست است) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل بین صفر تا ۴۰ قرار گرفت. گودمن میانگین آلفای کرونباخ پرسشنامه توانایی و مشکلات را ۰/۷۳ گزارش کرده است. وی همچنین ضریب پایایی آن را به روش بازآمازیی با فاصله چهار تا شش ماه ۰/۶۲ گزارش نموده است (گودمن، ۲۰۰۳؛ به نقل از لیوهام[3] و همکاران، ۲۰۱۵). وفایی نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برای مشکلات و ۰/۶۵ را برای توانایی نوع دوستی و اعتبار درونی‌کل مقیاس را ۰/۴۳ و در زیر مقیاس‌ها، به ترتیب در مشکلات سلوک ۰/۵۸، پر فعالیتی ۰/۶۸، علائم هیجانی۰/۷۵و مشکلات با همسالان ۰/۴۹ را

[1]- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
[2]- Robert Goodman
[3]- Livheim

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

گزارش‌کرده‌اند (وفایی، ۱۳۸۵؛ به نقل از اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۳). قره باغی نمره آلفای کرونباخ را برای نمره کلی مشکلات ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند (قره باغی، ۱۳۸۸؛ به نقل از کچویی و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از بین ۶۰ کودک مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه کننده به مرکز ۶۵ درصد پسر و ۳۱ درصد دختر و میانگین سنی کودکان مبتلا ۵/۱±۹ سال بود. کودکان از لحاظ نوع شکاف، شکاف لب ۵ درصد، شکاف کام ۳۸ درصد و شکاف کام و لب ۵۵ درصد داشتند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی نمرات توانایی‌ها و مشکلات در کودکان مبتلا به شکاف کام و لب ارائه شده است.

جدول ۱ داده‌های توصیفی نمرات توانایی‌ها و مشکلات در کودکان مبتلا به شکاف کام و لب

شاخص ها	نقاط برش	میانگین± انحراف معیار
بیش فعالی و مشکلات سلوکی	۴/۷	۴/۰۸±۱/۸۵
نشانه های عاطفی	۴/۹	۳/۶۲±۲/۹۳
رفتار نوع دوستی	۶/۳	۳/۷۷±۲/۲۸
نمره کل مشکلات	۹/۲	۷/۶۱±۱/۵۰

طبق جدول ۱ میانگین نمره کل مشکلات کودکان مبتلا به شکاف کام و لب ۱/۵۰±۷/۶۱ بود؛ که از نظر سلامت روانی در حد متوسط است. نمرات تمام ابعاد مشکلات کودکان مبتلا به شکاف کام و لب پایین‌تر از نقطه برش است. به طوری که از میان ابعاد مشکلات بعد رفتار نوع دوستی نسبت به بقیه ابعاد پایین‌تر از نقطه برش است و همچنین در بعد بیش فعالی و مشکلات سلوکی ۰/۶۲ از نقطه برش پایین‌تر است. جدول ۲ مقایسه شاخص‌های توانایی‌ها و مشکلات در گروه کودکان مبتلا به شکاف کام و لب را نشان می‌دهد.

جدول ۲ مقایسه شاخص‌های توانایی‌ها و مشکلات در گروه کودکان مبتلا به شکاف کام و لب

شاخص‌ها	شکاف کام	شکاف لب	شکاف کام و لب
بیش فعالی و مشکلات سلوکی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
نشانه‌های عاطفی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
رفتار نوع دوستی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
نمره کل مشکلات	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱
بیش فعالی و مشکلات سلوکی	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱

در جدول ۲ طبق آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نتایج نشان می‌دهد تمام شاخص‌های توانایی و مشکلات در بین گروه شکاف کام، شکاف لب و شکاف کام و لب تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۰۱) و در کودکان

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

با شکاف کام و لب نمره توانایی و مشکلات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر (کودکانی که فقط شکاف کام یا لب) داشتند.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت روانی- اجتماعی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ارتودنسی شهر شیراز انجام شد؛ نتایج نشان داد کودکان با شکاف کام و لب، نمره توانایی و مشکلات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر (کودکانی که فقط شکاف کام یا لب) داشتند. همچنین سلامت روانی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب در حد متوسط است. این یافته را می‌توان با مطالعات فداییبی[1]، ۲۰۱۲؛ برودر[2]، ۲۰۱۲؛ داک آلباب[3]، ۲۰۱۳؛ هاچینسون[4]، ۲۰۱۰؛ سوزا[5]، ۲۰۰۹ و هانت[6]، ۲۰۰۶ همسو دانست. این پژوهشگران به اتفاق نشان داده‌اند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به شکاف لب و کام پایین بوده است.

در مطالعه‌ای که توسط موری و همکارانش (۲۰۱۰) با هدف بررسی تأثیر شکاف لب بر عملکرد اجتماعی- عاطفی کودکان سنین مدرسه انجام دادند؛ دریافتند که مشکلات اجتماعی و اضطراب و افسردگی در این کودکان مشاهده شده و مشکلات ارتباطی بیشترین تأثیرپذیری را داشته است (موری[7]، ۲۰۱۰). پیومبینوو همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود در ایتالیا گزارش نمودند که کودکان مبتلا به شکاف کام و لب نسبت به گروه کنترل دارای مشکلاتی از قبیل کمبود اعتماد به نفس و مهارت‌های اجتماعی بیشتری هستند (پیومبینو[8]، ۲۰۱۴). در مطالعه حاضر نیز بعد رفتار نوع دوستی بیشترین مشکلات این کودکان را شامل می‌شد. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت به نظر می‌رسد مشکلات جسمی مانند شکاف کام و لب با مشکلات اجتماعی ارتباط مثبتی دارند؛ زیرا عدم توانایی کودک در درست صحبت کردن موجب ترس وی از برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان می‌شود که می‌تواند در سلامت روان کودک تأثیر منفی بگذارد.

در مطالعه‌ای کوهورت در دانمارک نتایج نشان داد افراد مبتلا به اختلالات دهانی (شکاف کام و لب) بیشتر از افراد غیر مبتلا در خطر اختلالات روانپزشکی بودند (پدروسن[9]، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ای که توسط زراعتکار و همکاران (۲۰۱۹) در ایران انجام شد؛ دریافتند کودکان ۲-۴ ساله مبتلا به شکاف کام و لب از مشکلات عدیده اجتماعی و عاطفی در زمینه‌های تعامل با کودکان همسال خود و داشتن اضطراب و شرم در روابط اجتماعی رنج می‌برند (زراعتکار[10]، ۲۰۱۹). همچنین کودکان از لبخند زدن در محافل خجالت می‌کشند؛ زیرا احساس می‌کنند با لبخند زدن ناهنجاری صورت آن‌ها واضح تر و شدیدتر دیده می‌شود. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همسو بود.

طبق نتایج مطالعات عدم وضوح در گفتار کودک ممکن است او را از برقراری ارتباط با دیگران منصرف کند (پیومبینو، ۲۰۱۴). در مطالعه حاضر ارتباطات کودکان و رفتار نوع دوستی کمترین نمره را داشت؛ که نشان می‌دهد باید به مسائل ارتباطی کودکان مبتلا به شکاف

[1]- Fadeyibi
[2]- Broder
[3]- Dak- Albab
[4]- Hutchinson
[5]- Sousa
[6]- Hunt
[7]- Murray
[8]- Piombino
[9]- Pedersen
[10]- Zeraatkar

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

کام و لب توجه بیشتری نمود و در جهت بهبودی آن‌ها تلاش نمود. در مطالعه زراعتکار گزارش شد که به دلیل ظاهر متفاوت کودک در ناحیه صورت، آن‌ها از شرکت در فعالیت‌های گروهی ممانعت می‌کردند و از تعامل با آن‌ها احساس ناتوانی می‌کردند (زراعتکار و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همسو بود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد کودکان با شکاف کام و لب، نمره توانایی و مشکلات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر داشتند. در مطالعه‌ای که توسط کرپالدی و همکاران (۲۰۱۹) انجام شد، نتایج نشان داد نوجوانانی که شکاف کام و لب داشتند نسبت به افرادی که شکاف کام و یا شکاف لب به تنهایی داشتند؛ نمرات کمتری از نظر سلامت روان و جنبه‌های عاطفی کسب نمودند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان نمود که به علت ناهنجاری کمتر در ناحیه دهان در گروه شکاف کام و یا لب، کودکان در صحبت کردن و داشتن اعتماد به نفس بهتر عمل می‌کنند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند (کرپالدی[1]، ۲۰۱۹). در مطالعه اکتستین و همکاران نتایج نشان داد که در کودکان با شکاف کام و لب کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (اکتستین[2]، ۲۰۱۱). در مطالعه بوسا و همکاران نتایج نشان داد که در کودکان با شکاف کام و لب نمره عملکرد روانی و اجتماعی پایینی دارند (بوسا[3]، ۲۰۱۱) طبق نتیجه مطالعه چاپمن کودکانی با شکاف کام و لب از نظر مهارت‌های گفتاری و خواندن دچار مشکل می‌باشند؛ و نمی‌توانند با همسالان خود ارتباط برقرار کنند (چاپمن[4]، ۲۰۱۰). نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر همسو بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سلامت روانی کودکان مبتلا به شکاف کام و لب در حد متوسط است. همچنین در کودکان با شکاف کام و لب نمره توانایی و مشکلات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر (کودکانی که فقط شکاف کام یا لب) داشتند. به طوری که از میان ابعاد مشکلات بعد رفتار نوع دوستی نسبت به بقیه ابعاد پایین‌تر بود؛ به نظر می‌رسد مشکلات جسمی مانند شکاف کام و لب با مشکلات اجتماعی ارتباط مثبتی دارند؛ زیرا عدم توانایی کودک در درست صحبت کردن موجب ترس وی از برقراری ارتباط صحیح با اطرافیان می‌شود که می‌تواند در سلامت روان کودک تأثیر منفی بگذارد.

ارزیابی‌های زود هنگام و به دنبال آن مداخله به موقع در کودکان شکاف کام و لب موجب افزایش آگاهی خانواده‌ها از روند توانبخشی می‌شود. همچنین اطلاعاتی به والدین در مورد سن مناسب جراحی و عوارض آن داده می‌شود و از این طریق در هزینه و زمان صرفه‌جویی می‌گردد. با توجه به این که مطالعه حاضر، تنها بخشی از بیماران مبتلا به شکاف لب و کام می‌شد، پیشنهاد می‌شود که به منظور تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، مطالعات مشابهی در گروه‌های وسیع‌تری از بیماران مبتلا به شکاف لب و کام انجام پذیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد محدود جامعه آماری در دسترس اشاره کرد.

سپاسگزاری

[1]- Crepaldi
[2]- Eckstein
[3]- Bosa
[4]- Chapman

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]
[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

این مطالعه بخشی از طرح مصوب با کد اخلاق IRJUMS.REC.1395.161 و تحت حمایت مالی معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی جهرم است؛ لذا پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت محترم و کلیه کارکنان مرکز تحقیقات ارتودنسی شیراز به ویژه خانم دکتر حبیب آگهی که در این طرح همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

References

Berg E, Haaland A, Feragen K, Filip Ch, Vindenes H, Moster D, Lie R, Sivertsen A. (2016) . Health Status Among Adults Born With an Oral Cleft in Norway. JAMA Pediatr, 170, 1063-1070.

Bessell A, Sell D, Whiting P, Roulstone S, Albery L, Persson M, et al. (2013). Speech and language therapy interventions for children with cleft palate: a systematic review. Cleft Palate Craniofac J,50,1-17.

Bosa A, Prahlb C. (2011). Oral health–related quality of life in Dutch children with cleft lip and/or palate, 81, Angle Orthodontist.

Bourdon K, Goodman R, Rae D, Simpson G, Koretz D. (2005). The Strengths and Difficulties Questionnaire U.S. normative data and psychometric properties. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,44, 557-564.

Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. (2012). Health disparities among children with cleft. Am J Public Health, 102, 828–830.

Chapman KL. (2010). The relationship between early reading skills and speech and language performance in young children with cleft lip and palate.Cleft Palate Craniofac J, 48, 301-11.

Crepaldi TA, Vitor LL, CF Carrara, Rios D, Cruvinel T, Almeida A, et al. (2019). Do Cleft Lip and Palate Types Affect Health-Related Quality of Life of Adolescents. The Journal of Craniofacial Surgery, 30, 829-33.

Cummings E, Koss K, Davies P. (2015). Prospective Relations between Family Conflict and Adolescent Maladjustment: Security in the Family System as a Mediating Process. Journal of Abnormal Child Psychology, 43, 503–515.

Dak-Albab RJ, Dashash MA. (2013). The influence of socioeconomic status on oral health-related quality of life among Syrian children with cleft lip or palate or both.Saudi Med J, 34, 181–186.

Delphi M, Javadipoor Sh, Delphi V, Azizi Mal Amiri R, Nilforoush MH. (2013). Cognitive, auditory, language and speech skills of children with cleft lip and palate. J Res Rehabil Sci . 9, 11-9. (In Persian)

Eckstein D, Wu R, Akinbiyi T, Silver L, Taub P. (2011). Measuring Quality of Life in Cleft Lip and Palate Patients.Plastic and Reconstructive Surgery,128,518-526.

Fadeyibi IO, Coker OA, Zacchariah MP, et al. (2012). Psychosocial effects of cleft lip and palate on Nigerians: the Ikeja-Lagos experience. Plast Surg and Surg J, 46, 13–18.

Goodman R, Meltzer H, Bailey V. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. International Review Psychiatry, 15, 173-177.

Hardin-Jones M, Chapman KL. (2011). Cognitive and language issues associated with cleft lip and palate. Semin Speech Lang, 32, 127- 40.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnson C. (2007). Parent reports of the psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. Cleft Palate Craniofac J, 44, 304–311.

Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. (2006). Self-reports of psychosocial functioning among children and young adults with cleft lip and palate. The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 43(5), 598-605.

Hutchinson K, Wellman M, Noe D, Kahn A. (2010) The Psychosocial Effects of Cleft Lip and Palate in Non-Anglo Populations: A Cross-Cultural Meta-Analysis. The Cleft Palate-Craniofacial Journal,48,03-13.

Ismaili M, Tavakoli M, Yaqubian F, Ismaili L, Mahdavi S. (2014). The effectiveness of group social skills training on the ability and

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]

behavioral problems of control and self-sacrificing adolescent girls. Knowledge and research in applied psychology,15,86-95. (In Persian)

Kachooei H, Daneshmand R, Dolatshahi B, Samadi R, Samiei M. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Martial Satisfaction: The Preliminary Roles of Employment and Income. Iran J Psychiatry Behav Sci, 10,4012. (In Persian)

Kummer AW. (2011). Communication disorders related to cleft palate, craniofacial anomalies, and velopharyngeal dysfunction. Semin Speech Lang, 32, 81-2.

Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Hogfeldt A, Rowse J, Turner S, Hayes S, Tengstrom A. (2015). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Mental Health: Swedish and Australian Pilot Outcomes. Journal of Child and Family Studies, 24, 1016–1030. (In Persian)

Lynne M, Adriane A, Caroline B, Franc- Oise H, Dorothy VM, Tim G, Jonathan H. (2010). The effect of cleft lip on socio-emotional functioning in school-aged children and the Cleft Lip and Palate Study team. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 94–103.

Matos EC, Rui L, Rui M, Victor F. (2019). A Role of Diced Cartilage in Nasal Base Symmetry - Cleft Rhinoplasty. Adv Plast Reconstr Surg,3, 253 of 255.

Mildinhall S. (2012). Speech and language in the patient with cleft palate. Front Oral Biol, 16, 137- 46.

Muhamad A. (2011). Cleft lips and palates: the roles of specialists. Minerva Pediatr, 63, 227-32.

Pasquale P, Federica R, Giovanni D, Domenico S, Alberto B, Federica D, Nina C, Federica B, Maurizio I, Maria G, Rosanna C, Luigi C. (2014). Development and Validation of the Quality-of-Life Adolescent Cleft Questionnaire in Patients With Cleft Lip and Palate. Journal of Craniofacial Surgery, 25, 1757-61.

Pedersen DA, Wehby GL, Murray JC, Christensen K. (2016). Psychiatric Diagnoses in Individuals with Non-Syndromic Oral Clefts: A Danish Population-Based Cohort Study. PLoS ONE journal, 11, 1-14.

Qarabaghi M, Vafaee M. (2009). The Role of Marital Conflict and Family Emotional Safety in Physical and Psychosocial Health of Children. Iranian Journal of Clinical Psychology and Psychology. 15, 367-359. (In Persian)

Sevin F. (2010). Particularity of otitis media with effusion in cleft palate. Arch Pediatr, 17, 792-3.

Sousa A, Devare SH, Ghanshani J. (2009). Psychological issues in cleft lip and cleft palate. J Indian Assoc Pediatr Surg,14, 55–58.

Stock NM, Feragen KB. (2016). Psychological adjustment to cleft lip and/or palate: A narrative review of the literature. Psychology & Health,31,777-813.

Vafaie M, Roshan M. (2016). Investigating the Relationship between Family Predisposing Risk Factors and Adolescents' Behavioral Emotions and Emotional Disorders. Contemporary Psychology.2,17. (In Persian)

Ysunza P, Repetto G, Pamplona M, Calderon J, Shaheen K, Chaiyasate K, Rontal M. (2015). Current Controversies in Diagnosis and Management of Cleft Palate and Velopharyngeal Insufficiency BioMed Research International,10,11.

Zeraatkar M, Ajami S, Nadjmi N, Faghihi SA, Golkari A. (2019). A qualitative study of children's quality of life in the context of living with cleft lip and palate. Pediatric health, medicine and therapeutics. 10, 13-20. (In Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2025-11-22]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1400.8.4.1.1]

[DOI: 10.32598/shenakht.8.4.1]