



ARTIGO ORIGINAL

Comparison of anxiety and child-care education characteristics of mothers who have children with or without speech delays[☆]



Talih Özdaş^{a,*}, Ayşe Sanem Şahli^b, Behiye Sarıkaya Özdemir^c e Erol Belgin^d

^a Adana Numune Education and Research Hospital, Otolaryngology Clinic, Adana, Turquia

^b Hacettepe University, Vocational School of Health Services, Hearing and Speech Training Center, Ankara, Turquia

^c Ankara Child Health and Disease Hematology, Oncology Educational Research Hospital, Department of Pediatric, Ankara, Turquia

^d Istanbul Medipol University, Faculty of Health Sciences, Audiology Department, Istanbul, Turquia

Recebido em 21 de agosto de 2017; aceito em 11 de dezembro de 2017

Disponível na Internet em 1 de março de 2018

KEYWORDS

Mother;
Anxiety level;
Speech delay;
Beck anxiety scale;
PARI

Abstract

Introduction: Speech delay in a child could be the cause and/or result of the emotional disorder. The child rearing attitude that the parents have accepted could have both positive and negative effects on the personality of the child.

Objective: The current study aimed to investigate the sociodemographic features and the mothers' anxiety of children with speech delay.

Methods: One hundred five mothers with children aged between 3 and 6 years with speech delays were included in the patient group, and 105 mothers who have children aged between 3 and 6 years with normal speech and language development were included in the control group. An information form questionnaire including demographic characteristics, the Family Life and Childrearing Attitude Scale (PARI – Parental Attitude Research Instrument) and Beck anxiety scale were requested from all mothers in the patient and the control groups.

Results: In the current study, there was a significant difference between the groups in terms of gender ($p=0.001$). According to Parental Attitude Research Instrument, the mean of mothers of the children with speech delays was higher than the mean of mothers of normal children in terms of the answers to overprotective mother aspect ($p<0.01$). The mothers of children with speech delays had more overprotective motherhood attitudes; however, the difference in terms of the answers to the aspects of democratic attitude and provision of equality, refusal to be a housewife, husband-wife conflict, and suppression and discipline were not statistically

DOI se refere ao artigo: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.12.004>

[☆] Como citar este artigo: Özdaş T, Şahli AS, Özdemir BS, Belgin E. Comparison of anxiety and child-care education characteristics of mothers who have children with or without speech delays. Braz J Otorhinolaryngol. 2019;85:199–205.

* Autor para correspondência.

E-mail: talih02@gmail.com (T. Özdaş).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.

PALAVRAS-CHAVE

Mãe;
Nível de ansiedade;
Atraso na fala;
Escala de ansiedade
de Beck;
PARI

significant. The Beck anxiety scale, a significant difference was detected between the two groups ($p < 0.01$). It was found that the mothers of children with speech delays had more severe levels of anxiety.

Conclusion: The social structure of the family, the attitudes and the behaviors of the mother, and the anxiety levels of the mothers have important effects on child development. Thus, it is necessary to perform further studies related to speech delays, in which many factors play a role in the etiology.

© 2018 Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Comparação da ansiedade e características da educação infantil em mães com filhos com ou sem atrasos na fala
Resumo

Introdução: O atraso da fala em uma criança pode ser a causa e/ou o resultado de distúrbio emocional. As atitudes tomadas pelos pais na educação da criança podem ter efeitos positivos e negativos sobre a personalidade infantil.

Objetivo: Investigar as características sociodemográficas e a ansiedade das mães de crianças com atraso na fala.

Método: Foram incluídas no grupo de pacientes 105 mães com crianças entre 3 e 6 anos de idade e atrasos na fala e no grupo controle 105 mães com crianças na mesma faixa etária e desenvolvimento normal da fala e da linguagem. Foi solicitado às mães de ambos os grupos o preenchimento de informações em um formulário, incluindo características demográficas, o instrumento *Family Life and Child Rearing Attitude Scale* (PARI – *Parental Attitude Research Instrument*) e o inventário de ansiedade Beck.

Resultados: No estudo atual, houve diferença significativa entre os grupos em relação ao gênero ($p = 0,001$). De acordo com o instrumento *Parental Attitude Research Instrument*, a média das mães das crianças com atrasos na fala foi maior do que a média das mães de crianças normais em relação às respostas sobre superproteção materna ($p < 0,01$). As mães de crianças com atrasos na fala apresentaram mais atitudes de proteção materna excessiva; no entanto, a diferença das respostas sobre atitudes democráticas e igualitarismo, recusa do papel de dona de casa, conflito marital e disciplina rígida não foram estatisticamente significantes. No inventário de ansiedade de Beck foi encontrada uma diferença significativa entre os dois grupos ($p < 0,01$). Verificou-se que as mães de crianças com atrasos na fala apresentavam níveis mais graves de ansiedade.

Conclusão: A estrutura social da família, as atitudes, o comportamento e os níveis de ansiedade das mães têm efeitos importantes no desenvolvimento da criança. Conclui-se, portanto, a necessidade de realizar estudos adicionais relacionados aos atrasos na fala, nos quais diversos fatores desempenham um papel etiológico.

© 2018 Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introdução

O atraso na fala é definido como a incapacidade de demonstrar habilidades de comunicação e linguagem esperadas para a idade. A prevalência de atraso na fala em crianças entre dois e sete anos varia entre 2,3% e 19%. O atraso na fala durante o período escolar, que se estende até mesmo à idade adulta, é observado em 5% a 8% das crianças que já apresentavam atraso durante o período pré-escolar.¹

Existem muitos fatores que podem causar atrasos na fala. Os fatores de risco mais frequentemente relatados são

histórico familiar positivo, sexo masculino, histórico de prematuridade e baixo peso ao nascer. Outros fatores de risco considerados menos associados são o baixo nível de escolaridade dos pais, histórico de doença infantil, seqüência tardia de nascimento, pais mais velhos, baixo nível socioeconômico e a presença de uma grande família.^{2,3}

Os distúrbios de ansiedade e depressão são os distúrbios psicológicos mais comuns na população em geral. A prevalência de transtornos de ansiedade na população urbana é de 9,1% nos homens e 18,1% nas mulheres. O atraso na fala em crianças afeta o estado emocional da mãe e o distúrbio

emocional ou a depressão da mãe também pode afetar negativamente o desenvolvimento da fala nas crianças. Numa criança, esse atraso pode ser a causa e/ou o resultado de distúrbio emocional.⁴ As atitudes tomadas pelos pais na educação da criança podem ter efeitos positivos e negativos sobre a personalidade infantil.

O presente estudo teve como objetivo investigar os fatores etiológicos do atraso na fala em crianças em relação às características sociodemográficas e comparar as atitudes no cuidado da criança e níveis de ansiedade entre as mães de crianças com e sem atraso na fala.

Material e método

Recrutamento dos indivíduos

Os participantes foram informados sobre o estudo e seus consentimentos foram obtidos por escrito. O comitê de ética local aprovou o protocolo do estudo, feito de acordo com os direitos humanos e a ética experimental (número do projeto: KA15/168).

Foram incluídas no estudo 105 crianças atendidas na unidade de distúrbios de comunicação e fala e na policlínica de otorrinolaringologia, com queixas de atraso na fala e confirmação diagnóstica após avaliação da fala e linguagem (os resultados da avaliação foram linguagem receptiva normal e linguagem expressiva atrasada) e 105 crianças com capacidade de fala normal e suas respectivas mães.

Considerou-se que fatores psicossociais fossem a principal causa entre os fatores etiológicos das crianças com atraso na fala incluídas no estudo. Esses fatores incluem falta de estímulos para falar, comunicação social inadequada na família e uso de televisão e computadores por longos períodos. O grupo controle foi selecionado aleatoriamente, foi formado por crianças de três a seis anos que frequentavam uma instituição pré-escolar em uma região com as mesmas características socioeconômicas. Os pesquisadores entrevistaram os pais e professores e obtiveram informações sobre o desenvolvimento da linguagem e fala das crianças. As crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento da linguagem e/ou fala não foram incluídas no estudo.

Para ambos os grupos, paciente e controle, os critérios de inclusão foram crianças de três a seis anos sem risco significativo ou suspeita de atraso no desenvolvimento e os critérios de exclusão foram crianças nascidas prematuramente (idade gestacional < 37 semanas), com baixo peso ao nascer (< 2.500 g) e crianças com outros distúrbios conhecidos que poderiam estar associados ou afetar seu desenvolvimento. Após informar os pais das crianças participantes sobre o processo, a permissão foi obtida por meio da assinatura voluntária do termo de consentimento livre e informado.

Exame físico

Exame otorrinolaringológico e avaliação da audição foram feitos em todas as crianças e aquelas que apresentaram níveis de audição entre (-10) e (+15) dB (decibéis) foram consideradas normais e incluídas no estudo. Não foram incluídas no estudo crianças com atraso mental, perda de audição,

histórico de trauma, complicações relacionadas a doenças infantis prévias e doenças neurológicas.

Avaliação da fala e da linguagem

A avaliação da fala e da linguagem foi feita com o teste *Preschool Language Scale, Fifth Edition* (PLS-5). O PLS-5, amplamente usado em todo o mundo, é um teste de avaliação da linguagem preparado e implantado por Zimmerman, Steiner e Pond em 2011. O teste foi trazido para a Turquia em 2013 e os procedimentos de tradução, adaptação para as crianças turcas e verificação da validade e confiabilidade foram feitos com 1.320 crianças, até sete anos e 11 meses, por Sahli, AS e Belgin, E. O teste é usado para determinar se há atraso no desenvolvimento da linguagem e para avaliar o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva.⁵

Informações demográficas

O formulário de informações demográficas apresenta questões não somente sobre as características demográficas da mãe (idade, ocupação, nível educacional, número de filhos, nível econômico etc.), mas também informações relacionadas à criança (idade, qual é a criança etc.) e aos diversos estados de desenvolvimento, inclusive linguagem e fala.

Instrumentos Parental Attitude Research (Pari)/Family Life and Childrearing Attitude Scale (FLCAS)

O instrumento Pari, desenvolvido por Schaefer e Bell nos Estados Unidos em 1958,⁶ foi adaptado em 1978 por Guney le Complete, Ayhan le Complete e Serap Ozer.⁷ A escala consiste em 60 itens e cinco subitens, inclusive superproteção materna, recusa do papel de dona de casa, abordagem democrática e igualitarismo, conflito e discordância marital e disciplina rígida.^{6,7} Os coeficientes de confiabilidade foram 58 e 88 e o coeficiente de confiabilidade alfa foi de 64. A segunda adaptação foi feita por Kucuk (1990).⁸

Inventário de ansiedade de Beck (BAI)

O inventário de ansiedade de Beck (BAI) foi desenvolvido por Beck et al. em 1988, devido à necessidade de uma escala que diferenciava a ansiedade da depressão.⁹ Ele mede a gravidade dos sintomas de ansiedade que o indivíduo experimenta. O BAI é uma escala que contém 21 itens, quatro dos quais são itens de autoavaliação e classificados de acordo com uma escala Likert (0-3), preenchida pelo paciente. O intervalo de pontuação é 0-63. O escore total alto na escala demonstra que o indivíduo apresenta um grau grave de ansiedade. Uma pontuação de 0-8 indica a ausência de ansiedade, 8-15 um grau leve de ansiedade, 16-25 um grau moderado de ansiedade e 26-63 ansiedade grave. Os estudos de validade-confiabilidade foram feitos por Ulusoy, Sahin e Erkmen.¹⁰

Tabela 1 Características demográficas das mães no grupo de estudo e grupo controle

	Grupo I		Grupo II		<i>p</i> ^a
	n	%	n	%	
<i>Gênero das crianças</i>					
Masculino	75	71,4	50	47,6	0,001
Feminino	30	28,6	55	52,4	
<i>Escolaridade da mãe</i>					
Ensino médio incompleto	43	41,0	56	53,3	0,008
Ensino médio completo	32	30,5	37	35,2	
Ensino superior completo	30	28,6	12	11,4	
<i>Ocupação da mãe</i>					
Dona de casa	83	79	88	83,8	0,478
Trabalha fora	22	21	17	16,2	
<i>Renda familiar</i>					
€/mês < 500	78	38,4	40	38,1	0,000
€/mês 500–1000	–	–	10	9,5	
€/mês 1.000–2.000	83	40,9	43	41,0	
€/mês > 2.000	42	20,7	12	11,4	
<i>Estrutura familiar</i>					
Família nuclear	105	100	68	65	0,000
Família estendida	–	–	32	31	
Família com padrasto/madrasta/enteados/as	–	–	5	4	
<i>Ordem de nascimento</i>					
Primeiro filho/a	22	21	38	36,5	0,000
Segundo/a filho/a	83	79	50	48,1	
Terceiro/a filho/a	–	–	6	5,8	
E após o/a quarto/a filho/a	–	–	10	9,6	

%, percentagem; Grupo I, mães de crianças com atraso na fala (n = 105); Grupo II, mães de crianças com fala normal (n = 105); n, número de indivíduos.

^a valor de *p* = 0,05, considerado significativo. Dados em negrito são estatisticamente significativos.

Análise dos dados

Para análise estatística foi usado o programa SPSS 17.0. Foram usadas estatísticas descritivas para média, desvio-padrão, mediana e valores mínimos e máximos. O teste qui-quadrado foi usado para analisar os dados catalogados. O teste *t* de Student foi usado para comparar a média dos dois grupos e o teste Anova unidirecional foi usado para comparar a média de mais de dois grupos. O valor de *p* < 0,05 foi aceito como estatisticamente significativo.

Resultados

Recrutamento

No estudo atual, mães de 105 crianças com atrasos na fala e mães de 105 crianças sem atraso foram comparadas quanto a atitudes no cuidado da criança e níveis de ansiedade e as causas do atraso na fala foram avaliadas em relação às características sociodemográficas; um estudo caso controle foi feito. As características demográficas das mães e das crianças em ambos os grupos estão resumidas na [tabela 1](#).

Foram consultadas 105 mães de crianças com atrasos na fala, das quais 75 eram do sexo masculino (71,4%) e 30 do

feminino (28,6%), que constituíram o grupo de pacientes. E 105 mães de crianças sem atraso, das quais 50 eram do sexo masculino (47,6%) e 55 do feminino (52,4%), que constituíram o grupo controle. A diferença entre os grupos em relação ao gênero foi estatisticamente significativa com o teste qui-quadrado (*p* = 0,001) (*p* < 0,01).

A idade das crianças no grupo de pacientes variou entre 36 e 72 meses e a média foi de 55,18 ± 17,29 meses. A idade das crianças no grupo controle variou entre 36 e 63 meses e a média foi 45,42 ± 8,51 meses.

Respostas ao BAI no grupo de estudo e no grupo controle

De acordo com as respostas ao BAI, entre as 105 mães do grupo de estudo ansiedade não foi detectada em 46 (43,8%), ansiedade leve foi encontrada em 45 (42,9%), em sete detectou-se uma ansiedade moderada (6,7%) e ansiedade grave foi detectada em sete (6,7%).

Ainda com base nas respostas ao BAI, entre as 105 mães do grupo controle a ansiedade não foi detectada em 57 (54,3%), 32 apresentaram ansiedade leve (30,5%) e ansiedade moderada foi detectada em 16 (15,2%).

Tabela 2 Distribuição dos níveis de ansiedade das mães do grupo controle e no grupo de pacientes de acordo com os escores do BAI

	Grupo I		Grupo II	
	n	%	n	%
Insignificante	46	43,8	57	54,3
Leve	45	42,9	32	30,5
Moderado	7	6,7	16	15,2
Grave	7	6,7	-	-

%, percentagem; Grupo I, mães de crianças com atraso na fala (n = 105); Grupo II, mães de crianças sem atraso de fala (n = 105); n, número de indivíduos.

Tabela 3 Distribuição das mães de acordo com as pontuações nas subdimensões do Pari no grupo de pacientes e grupo controle

	Grupo I	Grupo II	<i>p</i> ^a
Superproteção	42,4 ± 4,69	40,8 ± 3,82	0,008
Atitude democrática e igualitarismo	24,0 ± 5,26	22,9 ± 5,86	0,179
Disciplina rígida	43,30 ± 4,99	42,05 ± 4,85	0,068
Conflito marital	16,19 ± 3,45	15,50 ± 3,90	0,179
Recusa do papel de dona de casa	30,88 ± 9,35	29,94 ± 9,39	0,467

DP, desvio-padrão; Grupo I, mães de crianças com atraso na fala (n = 105); Grupo II, mães de crianças com desenvolvimento normal da fala (n = 105).

Os resultados são apresentados como média ± DP.

^a valor de *p* = 0,05, considerado significativo. **Dados em negrito** são estatisticamente significantes.

Quando as mães de crianças com atrasos na fala e as mães de crianças com desenvolvimento normal foram comparadas estatisticamente, de acordo com as respostas ao BAI, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa no teste de qui-quadrado (*p* < 0,01) (tabela 2).

Respostas ao Pari no grupo de estudo e no grupo controle

A comparação estatística dos resultados das respostas aos subitens da escala Pari entre as mães de crianças com atrasos na fala e mães de crianças com desenvolvimento normal da fala pode ser observada na tabela 3.

O escore médio das mães no grupo de pacientes, de acordo com as respostas em relação à superproteção materna, foi de 42,4 ± 4,69. O escore médio no grupo controle foi de 40,8 ± 3,82. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de acordo com o teste *t* de Student (*p* < 0,01). O escore médio das mães de crianças com atrasos na fala foi maior do que o escore médio das mães de crianças com fala normal. As mães de crianças com atrasos na fala tinham uma atitude materna mais protetora.

O escore médio das mães no grupo de pacientes, de acordo com as respostas à dimensão atitudes democráticas e igualitarismo, foi de 24,0 ± 5,26 e de 22,9 ± 5,86 no grupo controle. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação ao escore médio, de acordo com o teste *t* de Student (*p* > 0,05).

O escore médio das mães no grupo de pacientes, de acordo com as respostas à dimensão recusa do papel de dona de casa, foi de 30,88 ± 9,35. No grupo controle, o escore

foi de 29,94 ± 9,39. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, de acordo com o teste *t* de Student (*p* > 0,05).

O escore médio das mães no grupo de pacientes, de acordo com as respostas à dimensão conflito marital, foi de 16,19 ± 3,45 e no grupo controle, de 15,50 ± 3,90. A diferença entre os dois grupos não foi estatisticamente significativa, de acordo com o teste *t* de Student (*p* > 0,05).

O escore médio das mães no grupo de pacientes, de acordo com as respostas à dimensão disciplina rígida, foi de 43,30 ± 4,99, e no grupo controle, 42,05 ± 4,85. Da mesma forma, a diferença entre dois grupos não foi estatisticamente significativa, conforme resultado do teste *t* de Student (*p* > 0,05).

Discussão

Embora a etiologia do atraso na fala seja atualmente desconhecida, muitas variáveis já foram descritas como possíveis fatores de risco. Os fatores de risco mais importantes para o atraso na fala são: sexo masculino, fatores associados à desvantagem socioeconômica, histórico familiar no desenvolvimento da fala e linguagem e otite média persistente.¹¹ O USPSTF (*US Preventive Services Task Force*) não conseguiu desenvolver uma lista de fatores de risco específicos para orientar os cuidadores primários na triagem seletiva. Os fatores de risco mais consistentemente relatados incluíram histórico familiar de atraso na fala e linguagem, sexo masculino e fatores perinatais, tais como prematuridade e baixo peso ao nascer.¹² O estudo de Horwitz et al.,¹³ que incluiu 1.189 crianças com atrasos na fala em 2003, relatou que 51% das crianças eram do sexo masculino e 49% do sexo. O estudo de Zubrick et al.,¹⁴ feito em 2007 e que incluiu

1.766 crianças, relatou 1.528 crianças com desenvolvimento normal da fala e 238 com atrasos na fala. Esse estudo também relatou que 47,6% das crianças com fala normal e 70,8% das crianças com atrasos na fala eram do sexo masculino e a diferença foi estatisticamente significativa.

No estudo atual, entre as crianças com atrasos na fala, 75 (71,4%) eram do sexo masculino e 30 (28,6%) do feminino, enquanto que entre as crianças com desenvolvimento normal da fala 50 (47,6%) eram do sexo masculino e 55 (52,4%) do feminino. A diferença entre os grupos em termos de gênero foi estatisticamente significativa ($p = 0,001$). Em comparação com a literatura, no presente estudo os atrasos na fala foram mais comuns nas crianças do sexo masculino do que nas do sexo feminino.

No estudo de Sahli,¹⁵ feito em 20 crianças com perda auditiva e seus pais, em 2011, quando o escore médio dos pais foi examinado em função das subdimensões do Pari, os escores da dimensão abordagem superprotetora foram significativamente maiores nos pais de crianças com perda auditiva ($42,76 \pm 5,59$) em comparação com os pais de crianças sem perda auditiva ($40,16 \pm 6,55$) ($p < 0,01$). Enfatizou-se que esse resultado foi um indicador de comportamento mais protetor dos pais de crianças com perda auditiva. Além disso, os pais de crianças com perda auditiva apresentaram escores mais baixos nas dimensões atitude democrática e igualitarismo e disciplina rígida e esses valores foram estatisticamente significativos ($p < 0,01$). Dessa forma, esse resultado foi destacado como um indicador de que os pais de crianças com perda auditiva demonstram comportamento menos democrático e com menos disciplina.

As mães de crianças com atrasos de fala e as mães de crianças com desenvolvimento normal de fala foram comparadas em relação às respostas das subdimensões do PARI. O escore médio das mães de crianças com atrasos na fala foi maior do que o escore médio das mães de crianças com desenvolvimento normal da fala, de acordo com as respostas à dimensão superproteção materna; a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$). As mães de crianças com atrasos na fala demonstraram atitudes maternas mais protetoras.

A diferença no escore médio, de acordo com as respostas às dimensões atitudes democráticas e igualitarismo, recusa do papel de dona de casa, conflito marital e disciplina rígida, não foi estatisticamente significativa em mães de crianças com atrasos na fala e mães de crianças com desenvolvimento normal da fala.

Sabe-se que a atitude da família tem efeitos positivos e negativos em todos os campos de desenvolvimento infantil. O estudo atual revelou que as mães de crianças com atrasos na fala tinham atitudes e comportamentos mais protetores. As mães com esse tipo de comportamento não conseguiam entender que seus filhos eram indivíduos diferentes delas mesmas e que essas crianças precisavam ganhar sua independência. Esses pais sempre se comportavam como se seus filhos fossem mais novos do que efetivamente eram. Eles alimentavam a criança que eventualmente poderia se alimentar sozinha; vestiam a criança que eventualmente poderia se vestir sozinha. Portanto, como todas as necessidades das crianças eram atendidas por seus pais, concluiu-se que essas crianças não tinham necessidade de falar.

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS) foi usada no estudo de Zubrick et al. e foram detectados níveis

de ansiedade normal, leve e moderado-grave em 94,5%, 1,9% e 3,7% das mães de crianças com fala normal, respectivamente. O grau de ansiedade foi normal, leve e moderado-grave em 93,3%, 2,1% e 4,6% das mães de crianças com atrasos na fala, respectivamente. Não foi detectada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.¹⁴

O estudo de Cırpar et al.,¹⁶ feito em 2010, incluiu as mães de 18 crianças com atrasos na fala e mães de 20 crianças saudáveis. O nível de ansiedade foi avaliado através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI). As mães no grupo de pacientes apresentaram escores de STAI-S de $44 \pm 13,5$ e escores de STAI-C de $45,2 \pm 9,4$, enquanto as mães no grupo controle apresentaram escores de STAI-S de $36,9 \pm 9,9$ e escores de STAI-C de $41,0 \pm 5,3$. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os escores médios de STAI-S das mães de crianças com atrasos na fala e mães de crianças saudáveis ($p = 0,046$).

No presente estudo, entre as 105 mães de crianças com atrasos na fala, a ansiedade não foi detectada em 46 mães (43,8%), ansiedade leve foi encontrada em 45 mães (42,9%), ansiedade moderada em sete mães (6,7%) e ansiedade grave em sete mães (6,7%), de acordo com o BAI. Entre as 105 mães de crianças com fala normal, ansiedade foi detectada em 57 mães (54,3%), ansiedade leve em 32 (30,5%) e ansiedade moderada em 16 (15,2%). Quando as respostas ao BAI foram comparadas estatisticamente, foi detectada diferença significativa entre as mães de crianças com atrasos na fala e as mães de crianças sem atraso ($p < 0,01$). Além disso, o estudo atual revelou que a gravidade da ansiedade em mães de crianças com atrasos na fala foi maior. Os atrasos na fala das crianças afeta negativamente o nível de ansiedade das mães e o alto nível de ansiedade das mães também pode afetar negativamente o desenvolvimento da fala em crianças. Considera-se que os atrasos na fala em crianças podem ser tanto a causa como o resultado do transtorno de ansiedade na mãe. O pequeno tamanho da amostra é a limitação deste estudo, a qual deve ser levada em consideração.

Conclusão

Quando os escores médios de mães de crianças com atrasos de fala e de mães de crianças saudáveis foram comparados estatisticamente, com base nas respostas às subdimensões do Pari, as mães de crianças com atrasos na fala demonstraram atitudes e comportamentos mais protetores. Essas mães atendiam aos pedidos de seus filhos sem a necessidade de que falassem; portanto, o desenvolvimento da fala pode ter sido atrasado nas crianças cujas mães apresentavam esse comportamento.

Quando o inventário de ansiedade de Beck das mães de crianças com atrasos de fala foi comparado com o das mães de crianças normais, uma diferença significativa foi detectada entre os dois grupos e as mães de crianças com atrasos na fala apresentaram ansiedade mais grave. A ansiedade pode ser o resultado de atrasos na fala das crianças e o alto nível de ansiedade das mães pode ser o motivo do atraso na fala. São necessários mais estudos para investigar o atraso na fala infantil e sua relação com a estrutura familiar e social em nosso país.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de pesquisa em ciências médicas e de saúde da Baskent University (número do projeto: KA15/168). Não houve envolvimento no desenho ou na condução do estudo; coleta, gerenciamento, análise ou interpretação dos dados; ou preparação, revisão ou aprovação do manuscrito.

Referências

1. Wake M, Tobin S, Girolametto L, Ukoumunne OC, Gold L, Levickis P, et al. Outcomes of population based language promotion for slow to talk toddlers at ages 2 and 3 years: Let's Learn Language cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2011;343:460–503.
2. McLaughlin MR. Speech and language delay in children. *Am Fam Physician*. 2011;83:1183–8.
3. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R, Rockville MD. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US preventive services task force. *Pediatrics*. 2006;117:298–319.
4. Rudolph M, Rosanowski F, Eysholdt U, Kummer P. Anxiety and depression in mothers of speech impaired children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67:1337–41.
5. Sahli AS, Belgin E. Adaptation, validity, and reliability of the Preschool Language Scale-Fifth Edition (PLS-5) in the Turkish context: the Turkish Preschool Language Scale-5 (TPLS-5). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;98:143–9.
6. Schaffer ES, Bell R. Development of a parental attitude research instrument (PARI). *Child Dev*. 1958;29:339–61.
7. Le Compte G, Le Compte A, Sözen S. Childrearing attitudes of the mothers from three socio-economic levels in Ankara: a scale adaptation. *J Psychology*. 1978;1:5–8.
8. Kucuk S. The validity study of the 2nd, 3rd and 4th subscales of the Turkish adaptation of the PARI scale. *V National Psychology Congress Psychology Seminar Journal*, vol. 8. 1990:451–9.
9. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893–7.
10. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12:163–72.
11. Shriberg LD, Kwiatkowski J. Developmental phonological disorders I: a clinical profile. *J Speech Hear Res*. 1994;37:1100–26.
12. Berkman ND, Wallace I, Watson L, Coyne-Beasley T, Cullen K, Wood C, et al. Screening for speech and language delays and disorders in children age 5 years or younger: a systematic review for the U.S. preventive services task force, evidence syntheses No. 120. US: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
13. Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson-Heenan JM, Mendoza J, Carter AS. Language delay in a community cohort of young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:932–8.
14. Zubrick SR, Taylor CL, Rice ML, Slegers DW. Late language emergence at 24 months: an epidemiological study of prevalence, predictors, and covariates. *J Speech Lang Hear Res*. 2007;50:1562–92.
15. Sahli AS. Investigating child raising attitudes of fathers having or not having a child with hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75:681–5.
16. Cirpar OC, Muluk NB, Yalçınkaya F, Arikan OK, Oğuztürk O, Aslan F. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) assessment of mothers with language delayed children. *Clin Invest Med*. 2010;33:30–5.