

تاریخ دریافت مقاله: ۸۲/۷/۵
بررسی مقاله: ۸۲/۴/۱۷
پذیرش مقاله: ۸۴/۷/۱۱

مجله علوم تربیتی و روانشناسی
دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۴
دوره سوم، سال دوازدهم، شماره ۲
صص: ۹۰-۶۵

مقایسه اثربخشی روشهای بالینی و بهبود خود به خودی در درمان لکنت کودکان با ناروانی گفتار

دکتر احمد به پژوه*

شکراله کمالی**

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روشهای بالینی و بهبود خود به خودی برای درمان لکنت زبان و بررسی علل و عوامل آشکارکننده آن نزد کودکان واجد ناروانی گفتار سنین سه تا هفت سال بوده است. نمونه مورد بررسی بیست و دو نفر از کودکان دارای ناروانی گفتار بودند که همراه والدین خود به مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید شهر تهران مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه، در دو گروه همناسازی شدند و بر مبنای روش بالینی و روش بهبود خود به خودی با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزار پژوهشی، شامل مصاحبه با والدین و ارزیابی ناروانی گفتار کودک از طریق ضبط گفتار خود انگیزه بود. در این پژوهش از آزمون غیرپارامتری لآ مان-وینتی برای تحلیل دادهها استفاده شد. سرعت گفتار بر حسب تعداد کل کلمات بیان شده در سه دقیقه و میزان ناروانی گفتار بر اساس ارزیابی درمانگر و والدین در پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه مقایسه شدند. ضریب توافق (۱) کندانال) به دست آمده نشان داد که میزان ناروانی ارزیابی شده توسط درمانگر و والدین در پیش آزمون معنی دار بود. نتایج حاصل از مقایسه دو روش، تفاوت معنی داری را نشان داده است، به این معنی که روش بالینی نسبت به روش بهبود خود به خودی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

کلید واژگان: درمان لکنت به روش بالینی، درمان لکنت به روش بهبود خود به خودی، ناروانی گفتار

** عضو هیأت علمی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

*** کارشناس ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی

مقدمه

لکنت زبان^۱ یکی از رایج‌ترین اختلالاتهای گویایی است که به طور معمول در دوران خردسالی بین سالهای دو تا پنج سالگی بروز می‌کند و اغلب برای توصیف گفتار ناروان^۲ به کار می‌رود. لکنت، گفتاری است که با کشیدن، تکرار، وقفه غیرارادی یا مکث غیرعادی در صداها، هجاها و واژه‌ها مشخص می‌شود. گاهی گوینده، کلمه یا عبارت را قطعه قطعه می‌کند و در شروع و پایان دادن یک صدا مشکل دارد و گفتارش با تشنج، فشار و تقلا همراه است. لکنت زبان در میان پسران بیشتر از دختران رواج دارد (ویلیامز، ۱۹۸۸، ترجمه به پژوه و همکاران، ۱۳۷۵).

لکنت ممکن است به طور ناگهانی یا به تدریج ظاهر شود و در مواردی به دنبال یک دوره گفتار طبیعی به وجود می‌آید. در مرحله اول کودک از لکنت خود به عنوان یک مشکل گفتاری آگاهی ندارد و برای رفع آن تلاش نمی‌کند. اما به تدریج و با تداوم ناروانی گفتار و واکنشهای اطرافیان به ویژه مادر و پدر، کودک از لکنت خود به عنوان یک «مشکل» آگاه و از سوی خود و دیگران یک فرد لکنتی قلمداد می‌شود و در نتیجه مرحله دوم لکنت آغاز می‌گردد. بدیهی است این اختلال تا حدودی غیرطبیعی به نظر می‌رسد و والدین این گونه کودکان را نگران می‌سازد. در این

مرحله برای پیشگیری از تداوم و مزمن شدن لکنت، درمان آن ضرورت پیدا می‌کند.

هر چند به ندرت بعد از شش سالگی در گفتار کودکان، ناروانی ایجاد می‌شود ولی گزارشهایی وجود دارد که ممکن است لکنت در بزرگسالی هم ظاهر شود. برخی از افراد که در کودکی لکنت داشته‌اند، بعد از مدتی بهبودی، تحت شرایط استرس‌زا، لکنت آنان دوباره برگشت کرده و شاید لکنت در بزرگسالی در اثر آسیب مغزی، شوک، تصادف و یا بیماری عارض گردد.

نتایج حاصل از بررسی یاری و آمبروز^۳ (۱۹۹۲) بر هشتاد و هفت آزمودنی، ۵۹ نفر پسر و ۲۸ نفر دختر در محدوده سنی ۳۸ ماه، نشان داده است که میانگین سن شروع لکنت نزدیک به سه سال و زودترین زمان شروع لکنت بیست و هفت ماهگی بوده است. در این بررسی بنا به اظهار والدین، در چهل و چهار درصد از مجموع آزمودنیها، ناروانی گفتار در فرزندانشان در یک روز به طور ناگهانی شروع شده و در بقیه موارد به تدریج به وجود آمده است. چهل و یک درصد عامل استرس را در شروع لکنت معرفی کرده و نیز شصت و هفت

1- stuttering or stammering

2- speech disfluency

3- Yairi & Ambrose

وجود دارد؟ تا این که استارک و در^۴ و همکاران (۱۹۹۰) برای تعدیل فشارها، خواستها و انتظارات والدین از کودک، روش بالینی را در درمان پایهریزی کردند. علاوه بر این، در سالهای اخیر چند نظریه یا الگوی عملی برای مداخله بیشتر والدین در امر درمان کودکان لکنتی ارائه شده است. برای نمونه، هینز و پسیندزولا^۵ (۲۰۰۴)، کانچر (۱۹۹۷)، وال و مایرز^۶ (۱۹۹۵)، اسمیت و کلی^۷ (۱۹۹۷)، لوگان و کاروسو^۸ (۱۹۹۷) و ملارد^۹ (۱۹۹۸) همگی نسبت به حل مشکل ناروانی گفتار بلافاصله پس از شروع و قبل از ورود کودک، به دبستان با مشارکت والدین تأکیدی خاص دارند.

عوامل مؤثر بر افزایش لکنت

بلودستین (۱۹۹۵) بر این باور است که نگرانی والدین با مشاهده هر یک از نشانه‌هایی همچون انقباض ماهیچه‌ای صورت، انقباض تارهای صوتی به هنگام تولید صدا، گیر کردن

درصد تاریخچه لکنت را در خویشاوندان نزدیک گزارش کرده‌اند.

بلودستین^۱ (۱۹۹۵)، زیروسکی^۲ (۱۹۹۳) و کانچر^۳ (۱۹۹۷) میزان وقوع ناروانی گفتار و انواع آن را در کودکان خردسال مورد بررسی قرار داده، گزارش کرده‌اند که تعداد زیادی از کودکان در سنین دو تا پنج سالگی نشانه‌هایی از ناروانی را در گفتارشان بروز داده‌اند.

تا قبل از سال ۱۹۸۰ درمانگران گفتار و زبان، کودکان مبتلا به لکنت را در سنین پیش از دبستان تحت درمان قرار نمی‌دادند. اگر کودک مکرر دچار وقفه، تکرار بخشی از واژه، تمام واژه و یا عبارت می‌شد، با وجود نگرانی والدین از این مسأله، آنها از درمان امتناع می‌کردند. شایان ذکر است حتی زمانی که کودک نشانه‌هایی از لکنت پیشرفته، مانند تسلا، لرزش و یا اجتناب را از خود نشان می‌داد، فقط بعضی از درمانگران، برنامه درمانی را توصیه می‌کردند و بسیاری از آنها حتی در چنین شرایطی هم اقدام به درمان نمی‌کردند. به طوری که برای درمانگران گفتار و زبان این پرسشها مطرح بود: آیا اقداماتی که اکنون برای کودکان پیش دبستانی در زمینه اصلاح ناروانی گفتار انجام می‌شود با راهنمایی مادر برای پیشگیری از لکنت کافی است؟ آیا به طور جدی برنامه درمانی مشخصی برای اصلاح ناروانی گفتار کودکان زیر هفت سال

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1- Bloodstein | 2- Zebrowski |
| 3- Conture | 4- Starkweather |
| 5- Hagnes & Pindzola | |
| 6- Wall & Meyers | |
| 7- Smith & Kelly | |
| 8- Logan & Caruso | |
| 9- Mallard | |

و تکرار بخشی از واژه و اجتناب از گفتار در فرزندشان، موجب افزایش لکنت در فرزند می‌شود.

استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) نگرانی والدین را نیز در تداوم لکنت، مؤثر می‌دانند. لازم به ذکر است که واکنش والدین در برابر

ناروانی گفتار فرزندشان، تنها مربوط به زیاد شدن لکنت نیست، بلکه عوامل دیگری می‌توانند مؤثر باشند. حداقل سه زمینه مهارتی در روانی گفتار دخالت دارند. این سه زمینه عبارتند از: هماهنگی حرکتی، توانایی زبانی و مهارت اجتماعی. گات والد^۱ و استارک و در (۱۹۹۵)، روانی گفتار را همان راحت صحبت کردن می‌دانند که در سرعت و تداوم گفتار آشکار می‌گردد. آنها معتقدند لکنت، زمانی بروز می‌کند که توانایی روان صحبت کردن کودک از حد انتظار اطرافیان کمتر باشد.

استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) هیجان را یک عامل قوی و ایجاد کننده اختلال در روانی گفتار کودک می‌دانند. هیجانهای مثبت شدید (مانند شادی شدید) می‌توانند، اجرای حرکات روان را برای تولید گفتار روان مشکل سازند. تأثیر هیجانهای مثبت بر گفتار عبارتند از: ۱- سخنانی که در حالت هیجانی گفته می‌شوند، معمولاً با سرعت زیادی ادا می‌شوند. ۲-

هیجانها، گفتار را تحت تسلط خود قرار می‌دهند و از قدرت تشخیص برای بازیابی کلمات و فرمول‌بندی جملات می‌کاهند. ۳- هیجانها ممکن است برنامه‌ریزی حرکتی، زمان‌بندی، هماهنگی و اجرای حرکات را تضعیف کنند.

ون‌رایپر^۲ (۱۹۹۵) معتقد است که لکنت معمولاً بین دو تا چهار سالگی آغاز می‌شود؛ یعنی زمانی که کودک به طور طبیعی در کسب مهارت‌های مربوط به روانی گفتار اشکال دارد. به نظر او کودکانی که بعد از عبور از این مرحله لکنتی می‌شوند ممکن است دارای خصوصیات زیر باشند؛ الف) قدرت عمل کمتری داشته باشند. ب) استعداد یا آمادگی ژنتیکی لکنت را دارا باشند. ج) والدین، گفتار آنان را به طرز نادرست ارزیابی کنند و یا با واکنش‌های نامناسب مانند، تنبیه کودک، درصدد رفع علت ناروانی گفتار او بر می‌آیند. د) گفتار ناروان، تظاهری از یک آشفتگی هیجانی مخفی باشد. ون‌رایپر (۱۹۹۵) عوامل متعددی را در افزایش لکنت مؤثر می‌داند، مانند مساجزات، سرخوردگی، اضطراب، احساس گناه، احساس خصومت و دشمنی و ترس از موقعیتها و کلمات و آواهای مبتنی بر

1- Gottwald

2- Van Riper

خاطرات گذشته و استرس ناشی از برقراری ارتباط با دیگران.

وینگیت^۱ (۱۹۷۶) بر این باور است که عوامل روانی سبب بروز لکنت می‌شوند. بدین ترتیب که ترس باعث می‌شود قشر مغز نتواند کنترل خود را بر اندامهای گفتاری اعمال کند و لکنت که ریشه در مسائل و مشکلات هیجانی دارد، به صورت نشانه‌های فیزیکی و اختلالات زبانی تظاهر می‌کند.

می‌برز و فریمن^۲ (۱۹۸۵) بر این باورند که شیوه برخورد والدین و عکس العمل خود کودک و عوامل دیگری چون تنگی وقت، هیجان زدگی و شتاب زدگی بر افزایش لکنت مؤثر می‌باشند.

غلامی تهرانی (۱۳۷۹) در بررسی خود بر ۸۵ کودک دبستانی در تهران گزارش کرده است که بنا به اظهارات والدین ۳۶/۴ درصد علت لکنت در کودکان خود را ترس دانسته‌اند. دهقانی (۱۳۷۰) گزارش کرده است که در سالهای ۱۳۶۶ و ۱۳۶۷ تعداد کودکان خردسال لکنتی مراجعه کننده به مراکز گفتار درمانی شهر تهران، در نتیجه حمله‌های هوایی و موشکی در تهران، نسبت به سالهای قبل سه برابر افزایش داشته است. او همچنین مهم‌ترین علت لکنت در کودکان خردسال را ترس

معرفی می‌کند.

عوامل مؤثر بر کاهش لکنت

ون پیر (۱۹۹۵) چند عامل را مؤثر بر کاهش لکنت معرفی کرده است. الف) اعتماد به نفس بالا. ب) میزان روانی احساس شده در گفتار. ج) بی توجهی نسبت به ناروانی گفتار. آدامز^۳ (۱۹۹۳) در مقاله خود گزارش کرده است، کودکانی که مشکل لکنت دارند و قادر به تولید سریع هجاها نمی‌باشند، اگر در بازیابی واژه، فرمول بندی جملات، صحبت رسمی و تغییر موضوع نیز مشکل داشته باشند، ناروانی آنها بیشتر خواهد شد و ممکن است هوش عمومی و مهارتهای فرازسانی به طریقی بر توانایی روانی گفتار آنان تأثیر بگذارد و موجب بهبود خود به خودی لکنت گردد.

مشارکت والدین در درمان لکنت کودکان خردسال به طور قابل ملاحظه‌ای در خلال بیست سال گذشته متحول شده است. مداخلات زود هنگام توسط درمانگران گفتار و مشارکت والدین در پذیرش بخشی از

1- Wingate

2- Meyers & Freeman

3- Adams

مدتی به طور خود به خودی بهبود می یابد، اما لکنت بعضی از کودکان شدت یافته و استمرار می یابد. در این شرایط، آیا کودکان با ناروانی گفتار را به حال خود واگذار کنیم؟ و با گفتن این جمله که «نگران نباشد، خودش خوب می شود» از کنار لکنت آنان بگذریم؟ و یا این که شایسته است روشهای مناسب به کار گرفتن شود و از پیچیده تر شدن مشکل، گسترش یافتن و مزمن شدن لکنت پیشگیری کرد؟ شایان ذکر است که در صورت تشخیص لکنت و ضرورت درمان آن، روشهای درمانی گوناگون وجود دارد (نگاه کنید به آیزنسون، ۱۹۸۹، ترجمه نجسته مهر، ۱۳۷۳؛ این ورث و فریزر، ۱۹۹۰، ترجمه افروز، ۱۳۶۹؛ دهقانی هشتجین، ۱۳۶۹). لذا در این بخش دو روش عمده بهبودی خود به خودی و بالینی معرفی می شوند.

الف. روش بهبود خود به خودی

برخی از تجربیات بالینی و گزارشهای علمی نشان داده اند که لکنت برخی از کودکان، بعد از مدتی خود به خود و به طور طبیعی

مسئولیت درمان به طور معنی داری در بهبود کودکان لکتی مؤثر بوده است (کوپر و کوپر^۱، ۱۹۹۶).

آسیب شناسان گفتار و زبان برای درمان لکنت کودکان خردسال، تأکید زیادی بر مشارکت والدین در مداخلات درمانی دارند. موفقیت مشارکت والدین بستگی به توانایی والدین و درمانگران و همکاری آنها با یکدیگر دارد. نتایج پژوهشهای اخیر نشان داده درمانگرانی که والدین را ترغیب می کنند تا بخشی از مسئولیت درمان لکنت کودکان خود را به عهده بگیرند، میزان بهبود و پیشرفت روانی گفتار فرزندان آنها به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است (لوگان و کاروسو، ۱۹۹۷).

تعدادی از درمانگاههای گفتار و زبان در ایالات متحده آمریکا پیشنهاد کرده اند والدین کودکانی که لکنت دارند در درمان شرکت داده شوند. بر این اساس استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) و رامسیگ^۲ (۱۹۹۳) درخواست کرده اند که به والدین این کودکان راهبردهای مورد نظر آسیب شناسان گفتار و زبان آموخته شود تا از این طریق گفتار فرزندان را روان کنند. تجربیات بالینی و پژوهشهای انجام شده نشان می دهد که لکنت برخی از کودکان بعد از

1- Cooper & Cooper

2- Ramig

بهبود می‌یابد. از این رو متخصصان، نباید لکنت کودکانی را که به هر طریق خود به خود بهبود می‌یابد و ناروانی گفتارشان مرتفع می‌شود، مورد درمان قرار دهند، زیرا نوعی اتلاف وقت و صرف هزینه است. بسیاری از محققان، مانند کارنیول^۱ (۱۹۹۵)، وینگیت^۲ (۱۹۷۶) و یاری و امبروز (۱۹۹۲) میزان بهبود خود به خودی در کودکان خردسال را بین ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند. اما کودکانی نیز وجود دارند که به لکنت خود ادامه می‌دهند و هر روز لکنت آنان شدیدتر می‌شود. از این رو، ضرورت دارد این گونه کودکان پیش از ورود به دبستان، از خدمات درمانی و مشاوره‌ای لازم برخوردار شوند. در روش درمان لکنت به طریق بهبود خود به خودی، برنامه درمانی به طور مستقیم، چه به صورت فردی یا گروهی، با کودک اجرا نمی‌شود، بلکه راهنمایی و مشاوره فقط با پدر و مادر صورت می‌گیرد. این روش هم اکنون در اکثر درمانگاههای گفتار و زبان ایران به اجرا در می‌آید. این روش، بر اساس نظریه جانسون^۳ (۱۹۹۵) رواج یافته است. جانسون (۱۹۹۵) معتقد است که واکنشهای والدین نسبت به ناروانی گفتار فرزندشان، موجب تثبیت لکنت می‌شود. لذا کاهش نگرانیهای والدین و آگاه سازی آنان، به رفع مشکل به طور خود به خودی

منجر می‌شود.

ب. روش بالینی

هدفهای روش بالینی

در درمان کودکان لکنتی به روش بالینی به عنوان برنامه مداخله‌ای، سعی می‌شود در جلسه‌های مشاوره انفرادی و گروهی با والدین سه هدف عمده مورد توجه قرار گیرد:

هدف اول: آگاهی دادن

هدف عمده این بخش از برنامه درمانی، دادن اطلاعات به پدر و مادر درباره لکنت به طور اعم و درباره لکنت فرزندشان به طور اخص و درباره برنامه درمانی و نیز ارائه پیش آگهی در مورد نتیجه نهایی است. هدف دیگر، نزدیک کردن تفکر والدین به واقعیت است. به طور مشخص تفکر والدین راجع به لکنت فرزندانشان به دو صورت در نوسان است. یکی وحشت از امکان شدیدتر شدن لکنت و دیگری تلاش در جهت باور کردن آنچه بعضی از اولیا درباره بهبود لکنت می‌گویند؛ یعنی این که لکنت به مرور زمان در اثر رشد کودک، خود به خود رفع می‌گردد.

1- Karniol

2- Wingate

3- Johnson

هدف دوم: تغییر نگرش

۲. والدین، از خلال تجارب خودشان بهتر یاد می‌گیرند تا از طریق دستور دادن.

۳. درمانگر در روش بالینی باید والدین را هنگام گفتگو با کودک، راهنمایی کند.

راهبردهای اساسی در روش بالینی

در برنامه درمان لکت با روش بالینی، جهت دستیابی به هدفهای موردنظر، شش راهبرد عمده به شرح زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

راهبرد اول: کاهش سرعت گفتار والدین

رایج‌ترین راهبرد برای تغییر رفتار والدین، کاهش سرعت گفتار آنهاست. در بسیاری از خانواده‌ها والدین با سرعتی صحبت می‌کنند که بسیار سریعتر از سرعت گفتار کودکان می‌باشد. لذا توصیه می‌شود والدین سعی کنند سرعت گفتار خود را مهار کنند و کاهش دهند.

راهبرد دوم: تغییر سطح زبان والدین

ناروانی در کودکان لکتی بیشتر در جملاتی که از نظر نحوی پیچیده‌ترند و در کلماتی که طولانی‌تر بوده و کاربرد کمتری در زبان دارند، مشاهده می‌شود (کارنیول، ۱۹۹۵). در روش بالینی به والدین توصیه می‌شود که با جملات کوتاه‌تر و کلمات ساده‌تر با کودکان صحبت کنند و از قطع کردن

طرز برخورد والدین با لکت فرزندان گوناگون است. بعضی از پدران و مادران به شکل معقولانه و به راحتی با لکت برخورد می‌کنند و برای عده‌ای دیگر تحمل رفتارهای لکت فرزندان بسیار دشوار است. دو احساس نگرانی و گناه در والدین مانع از مواجه شدن آنها با مشکل لکت می‌شود؛ بنابراین دومین هدف برنامه درمانی، تغییر نگرش والدین نسبت به لکت فرزندان است. زیرا همچنان که کودکان بسیاری از امور و رفتارها را از پدر و مادر خود یاد می‌گیرند، طرز برخورد با لکت را نیز از پدر و مادر خود می‌آموزند.

هدف سوم: تغییر رفتار

سومین هدف برنامه درمانی کودکان لکتی در مشاوره انفرادی با والدین، تغییر رفتار والدین است. منظور از تغییر رفتار والدین این است که محیطی فراهم شود که آنها بتوانند با حداقل مقاومت، رفتارشان را تغییر دهند، زیرا به سادگی ممکن است والدین از مداخله درمانگران ناراحت شوند. برای تغییر رفتار والدین باید به نکات زیر توجه کرد:

۱. والدین، مسئولیت زیادی در قبال فرزندان خود احساس می‌کنند که باید مورد احترام قرار گیرد.

بی دلیل صحبت‌های فرزندشان خودداری نمایند. راهبرد سوم: تغییر عکس‌العملهای منفی والدین

در روش بالینی توصیه می‌شود والدین آگاه شوند که واکنشهایی مانند تنبیه یا وادار به عجله کردن، لکنت کودکان را بیشتر می‌کند. همچنین بهتر است گاهی به صورت ساده در صحبت با فرزندشان لکنت کنند، این روش هم به کاهش لکنت در کودک کمک می‌کند و هم موجب کاهش عکس‌العملهای منفی غیرکلامی والدین می‌شود.

راهبرد چهارم: اختصاص زمانی خاص برای صحبت کردن روزمره با کودک

اگر تجزیه و تحلیل موقعیتها نشان دهد که کودک اعتماد به نفس پایینی دارد، باید سعی شود موقعیت او را طوری تغییر داد که اعتماد به نفس وی ارتقا یابد. سطح اعتماد به نفس افراد می‌تواند روی هماهنگی عمومی و تسلط حرکتی آنها تأثیر گذارد. در بعضی موارد بالا رفتن اعتماد به نفس و عزت نفس، تسهیل کننده مهمی برای گفتار روان محسوب می‌شود. در سنین خردسالی، احساس امنیت کودک در درجه اول بستگی به میزان توجه والدین به وی دارد؛ بنابراین به والدین توصیه

می‌شود روزانه زمان مشخصی را برای توجه کامل به کودک اختصاص دهند. برای مثال، با او صحبت کنند، برایش داستان بگویند و به بازیهای بدون صدا بپردازند. تحسین، تشویق و توجه به رفتارهای مطلوب کودک، موجب احساس خود ارزشمندی و بالا رفتن اعتماد به نفس کودک و در نتیجه موجب روانتر شدن گفتار او می‌گردد (به پژوه، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۲).

راهبرد پنجم: مشاوره فردی و گروهی با والدین

در روش بالینی، برگزاری جلسه‌های مشاوره فردی و گروهی با والدین، اقدامی ضروری است. در جلسه‌های مشاوره فردی، کاهش اضطراب والدین و حساسیت آنان نسبت به لکنت مورد تأکید قرار می‌گیرد. به طور معمول جلسه‌های مشاوره فردی و گروهی با حضور مادران برگزار می‌شود. والدینی که در سالن انتظار مرکز مشاوره یکدیگر را ملاقات می‌کنند، با هم دوست شده و درباره مشکلات خود و فرزندشان با هم صحبت می‌کنند. بحثهای آنها پرمعنا و مهم می‌گردد. اتاق انتظار خود به خود والدین را وادار به مشارکت در جلسه‌های مشاوره گروهی می‌کند.

مشاوره گروهی فرایندی است که در آن

به ناروانی گفتارشان می‌شود. کودکان تشویق می‌شوند تا هر کدام شعرها و داستانهای خود را برای دیگر اعضای گروه بازگو کنند و دیگران هم تشویق می‌شوند که گوش دهند.

بررسی پژوهشهای موجود نشان می‌دهد که در ایران پژوهشهای اندکی در مورد مقایسه اثربخشی دو روش بهبود خود به خودی و روش بالینی صورت گرفته و این حوزه مورد غفلت واقع شده است. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر، این بود که میزان اثربخشی روش بالینی در مقایسه با روش بهبود خود به خودی در درمان ناروانی گفتار کودکان پیش دبستانی مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به هدف ذکر شده، فرضیه اصلی این پژوهش بدین ترتیب تدوین گردید که استفاده از روش بالینی در درمان لکنت کودکان با ناروانی گفتار مؤثرتر از روش بهبود خود به خودی است. از این رو، متغیر مستقل در این تحقیق، برنامه مداخله‌ای در دو سطح الف- روش بالینی و ب- روش بهبود خود به خودی بود که تأثیر آن بر متغیر وابسته، یعنی کاهش ناروانی گفتار مورد مطالعه قرار گرفت.

روش پژوهش

طرح تحقیق حاضر از نوع آزمایشی میدانی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان

اعضاء بیشتر به پاسخگویی یکدیگر می‌پردازند. بدون این که از طرف رهبر گروه دخالتی صورت گیرد. در جلسه‌های مشاوره گروهی به والدین توصیه می‌شود که درباره وقته در درمان و پس رفت‌های احتمالی گفتار فرزندشان در موقعیتهای خاص (مانند تعطیلات و مسافرتها) صحبت کنند. بحث در این باره به دو علت صورت می‌گیرد، یکی آماده نمودن والدین برای امکان پذیر بودن بازگشت لکنت و دیگر آشناسازی آنها با خطمشی برخورد با هر نوع بازگشتی که صورت می‌گیرد. مشاوره گروهی موجب مشارکت فعال والدین و افزایش روانی گفتار فرزندشان می‌شود.

راهبرد ششم: شرکت کودکان در برنامه درمان انفرادی و فعالیت گروهی

در روش بالینی، هر کودک علاوه بر شرکت در برنامه درمان انفرادی، هر هفته در برنامه گروهی کودکان نیز شرکت می‌کند. برنامه گروهی کودکان شبیه فعالیتهای دوره پیش دبستانی است که به صورت گروه همخوان اجرا می‌شود، مانند شرکت در بازیهای گروهی حلقه زدن، اتل مثل، عمو زنجیرباف، یک توپ دارم و بیین و بگو. روبرو شدن کودکان با یک دیگر موجب کاهش حساسیت آنها نسبت

مبتلا به ناروانی گفتار سنین سه تا هفت سال ساکن شهر تهران می‌باشند که از مهرماه ۱۳۷۶ تا آبان ماه ۱۳۷۸ به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توحید وابسته به سازمان آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه کرده‌اند.

نمونه مورد مطالعه

افراد مورد مطالعه از میان کودکان لکنتی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توحید، به طور تصادفی انتخاب شدند. بیست دو نفر کودکان مورد مطالعه، ۶ نفر دختر و ۱۶ نفر پسر، مورد بررسی براساس جنسیت و سن یک به یک هم‌تاسازی شده و در دو گروه معادل قرار داده شدند. سپس به صورت انتساب تصادفی ساده در یکی از گروه‌های یک و دو برای اجرای روشهای مداخله‌ای بالینی و بهبود خود به خودی منظور شدند. شایان ذکر است کودکانی در این مطالعه شرکت داشتند که حداکثر شش ماه از آغاز لکنت آنها گذشته بود و زبان همه آنها فارسی بود.

الف. مصاحبه با والدین

فرم مصاحبه با والدین از چهار بخش تشکیل شده است:

بخش اول: شامل مشخصات کودک و اعضای خانواده و ترتیب تولد فرزندان است.

بخش دوم: شامل ۲۵ سؤال است که در

برگیرنده تحول روانی- حرکتی، نگرانیهای

والدین، علت و زمان شروع ناروانی، نوع

برخورد آنها با گفتار و رفتار کودک است.

پاسخهای والدین به این گونه سؤالات در

چگونگی اجرای روش بالینی تأثیرگذار است.

بخش سوم: شامل مشاهدات درمانگر از کودک

در حین ارتباط کلامی و بیان داستان است. در

این بخش نوع ناروانی، گفتار و در صورت

وجود رفتارهای تقلایی، اجتنابی و رفتارهای

برخلاف انتظار ثبت می‌شود.

بخش چهارم: شامل مصاحبه با والدین در

پایان دوره درمان است که در برگرفته نظرات

آنها از میزان تغییر در روانی گفتار کودک، به

دنبال استفاده از روش به کار رفته توسط

درمانگر است.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از روش مصاحبه با والدین و ارزیابی ناروانی گفتار از طریق مشاهده و ضبط گفتار خودانگیخته استفاده شده است.

ب. تولید گفتار خودانگیخته

به منظور تولید گفتار خودانگیخته و

طبیعی توسط کودکان، از میان داستانهای

تصویری ویژه سنین سه تا هفت سال، چهل

داستان تصویری به عنوان نمونه بر روی دوازده کودک عادی گروه سنی سه تا هفت سال در یکی از مهدهای کودک وابسته به اداره آموزش و پرورش منطقه شش تهران اجرا شد. همه کودکان توانایی بیان رویدادهای داستان را داشتند و تعداد واژگان آنها در زمان سه دقیقه از ۱۲۰ تا ۲۵۵ واژه در نوسان بود. همچنین فرم مصاحبه با والدین و مقیاس تعیین شدت لکنت توسط درمانگر و مقیاس تعیین شدت لکنت توسط والدین در مرحله پیش آزمون و پس آزمون توسط چهار نفر از اعضای هیأت علمی گفتار درمانی دانشکده علوم توانبخشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

شیوه اجرا

همان طور که اشاره شد این پژوهش در مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی توحید وابسته به سازمان آموزش و پرورش شهر تهران اجرا شد. پس از برقراری ارتباط با کودک در حضور والدین، یک داستان تصویری در اختیار او قرار داده می شد تا تصاویر را خوب نگاه کند. بعد از اعلام آمادگی برای بیان، از کودک درخواست می شد که هر چه را در

داستان تصویری سه تا شش قطعه ای انتخاب شد (سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، ۱۳۷۴؛ شیبانی، ۱۳۷۵؛ شفیعی، ۱۳۷۷؛ مرتضوی کرون، ۱۳۷۶؛ نوری مقدم، ۱۳۷۸). آن گاه، جلسه های مشاوره فردی با یکایک کودکان مورد مطالعه با حضور مادرشان در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون برگزار گردید. در این جلسه ها، گفتار درمانگر^۱ از هر یک از کودکان مورد مطالعه درخواست می کرد تا درباره حداقل یک داستان تصویری توضیح دهند و به تولید گفتار خودانگیخته بپردازند. گفتارهای خودانگیخته کودکان در ساره داستانهای تصویری، در آغاز و پایان دوره چهار ماهه درمان لکنت، به وسیله ضبط صوت، به منظور بررسی میزان ناروانی و روانی گفتار ضبط می شد. پس از آن، نوارهای ضبط شده چندین بار توسط درمانگر بررسی می شد تا تعداد ناروانی و نوع آن در جریان گفتار مشخص شود. از این طریق تعداد واژه ها در جملات خودانگیخته کودک، سرعت گفتار، تعداد ناروانی، نوع و شدت آن و رفتارهای تقلایی و اجتنابی احتمالی در کودک مورد ارزیابی قرار گرفت.

مطالعه مقدماتی

به منظور مطالعه مقدماتی و بررسی جنبه های اجرایی تولید گفتار خودانگیخته، ده

۱- در این پژوهش، منظور از گفتار درمانگر، نویسنده دوم مقاله است.

تصاویر می‌بیند به ترتیب تعریف کند. همزمان با شروع صحبت کودک، عمل ضبط نیز انجام می‌گردد و زمان آن یادداشت می‌گردد. به این ترتیب پنج تا ده دقیقه از گفتار خودانگیخته کودک ضبط شده سپس سه دقیقه از گفتار پیوسته او آوانگاری می‌شود. برای بررسی ناروانی طبیعی و غیرطبیعی گفتار کودکان، واژه‌ها و عبارات تکراری و واژه‌های نامفهوم از تعداد واژگان گفته شده در سه دقیقه حذف می‌شود. مکثهای کوتاه بین جملات و واژه‌ها چون از ویژگیهای گفتار هستند جزء گفتار به حساب می‌آیند.

مقیاس تعیین شدت لکنت
الف. مقیاس تعیین شدت لکنت توسط درمانگر
برای تعیین شدت لکنت در آغاز دوره درمان، در نمونه‌های ضبط شده روی نوار از یک مقیاس هفت درجه‌ای استفاده شده است. این مقیاس از روشهای رامیگا (۱۹۹۳) و آدامز (۱۹۸۵) اقتباس شده است. (نگاه کنید به جدول ۱). قابل ذکر است که کودکانی در این مطالعه شرکت داشتند که حداقل نمره ۲ (ناروانی خفیف) توسط درمانگر کسب کرده بودند.

جدول ۱. مقیاس تعیین شدت لکنت توسط درمانگر و والدین در آغاز دوره درمان

میزان شدت ناروانی	روان	ناروانی ناچیزی خفیف	ناروانی خفیف	ناروانی شعله شدید	ناروانی شدید	ناروانی بسیار شدید	ناروانی همین
معیار درجه‌بندی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷

ب. مقیاس تعیین شدت لکنت توسط والدین
برای تعیین شدت لکنت توسط والدین در آغاز دوره درمان (اولین جلسه مصاحبه) از مقیاس تعیین شدت لکنت هفت درجه‌ای استفاده شد. برای این منظور در آغاز دوره درمان از والدین سؤال شد به نظر شما شدت ناروانی گفتار فرزندتان چه میزان است؟ (نگاه کنید به جدول ۱).

بعد از اجرای برنامه مداخله‌ای (پس از چهار ماه)، گفتار درمانگر مجدداً از یک‌یک کودکان مورد مطالعه درخواست می‌کرد تا درباره حداقل یک داستان تصویری دیگر توضیح دهند و به تولید گفتار خودانگیخته سپردانند. گفتارهای خودانگیخته یک‌یک

آزمودنیها، بر اساس مقیاس مورد نظر توسط درمانگر بر حسب میزان بهبود یافتگی و تغییر وضعیت در ناروانی گفتار ارزیابی و درجه بندی شدند (نگاه کنید به جدول ۲). همچنین بعد از اجرای برنامه مداخله‌ای، از والدین درباره میزان تغییر ناروانی گفتار پس از طی دوره

جدول ۲. مقیاس تعیین شدت لکت توسط درمانگر و والدین در پایان دوره درمان

میزان شدت ناروانی	ناروانی	ناروانی	ناروانی	ناروانی	ناروانی	ناروانی	ناروانی
کاملاً بهبود یافته است	بهبود یافته است	تا حدی بهبود یافته است	تغییری نگردیده است	تا حدی بدتر شده است	بدتر شده است	خیلی بدتر شده است	تبدیل نیست
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	معیار درجه بندی

نتایج

پس از محاسبه نمره‌ها، میانگین و انحراف معیار تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون، از آزمون رتبه‌ای برای دو نمونه مستقل آزمون لمان-ویتنی^۱ استفاده شد. این آزمون یکی از قوی‌ترین آزمونهای غیر پارامتری و جایگزینی عالی برای آزمون t است (فرگوسن، ۱۹۸۹، ترجمه دلور و نقش بندی، ۱۳۷۷؛ سیگل، ۱۹۸۸، ترجمه کریمی، ۱۳۷۲). در این پژوهش، داده‌ها توسط نرم‌افزار کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج حاصل نشان داد که کودکان مورد مطالعه در هر دو گروه در آغاز دوره درمان،

ناروانی گفتار داشته‌اند. دامنه سنی آنان از سه تا هفت سال در نوسان بود، به طوری که دامنه سنی هشت نفر از آزمودنیها (۳۶ درصد) پنج تا شش سال بود. تقریباً ۴۸ درصد والدین از تحصیلات دیپلم، ۳۰ درصد زیر دیپلم و ۲۲ درصد آنان از تحصیلات لیسانس و بالاتر برخوردار بودند. میانگین سن شروع ناروانی گفتار ۱۰ نفر از کودکان مورد مطالعه (۴۵ درصد) در هر دو گروه سه سال و سه ماه به دست آمد. ۱۷ نفر از والدین (۷۷ درصد) اظهار کرده بودند که در خانواده آنان فرد یا

1- Mann-Whitney U Test

افرادی مضطرب و پرخاشگر وجود داشته است و پانزده نفر از والدین گزارش کرده بودند که در خویشاوندان نزدیک آنها، فرد یا افرادی لکنتی هستند. با توجه به اطلاعات موجود در جدول شماره ۳، ۲۷/۳ درصد از والدین، علت،

پیدایش ناروانی گفتار در کودکان خود را ترس می‌دانند و در مجموع ۵۴/۷ درصد از آنها علت مهم پیدایش ناروانی گفتار در کودکان خود را ترس به تنهایی و یا ترس همراه با علل دیگری از جمله وراثت و مشکلات هیجانی معرفی کرده‌اند.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد علت پیدایش ناروانی گفتار در دو گروه مورد مطالعه از نظر والدین

درصد	فراوانی	شاخص علت ناروانی گفتار
۲۷/۳	۶	ترس
۴/۵	۱	وراثت
۱۸/۲	۴	ترس و وراثت
۱۳/۶	۳	مشکلات هیجانی کودک
۹/۲	۲	ترس و مشکلات هیجانی کودک
۱۳/۶	۳	وراثت و مشکلات هیجانی کودک
۱۳/۶	۳	نمی‌دانم
۱۰۰	۲۲	جمع

از این رو، برای آزمون فرضیه و مقایسه اثربخشی روش بالینی و روش بهبود خود به خودی در دو گروه مورد مطالعه از نظر سرعت گفتار بر حسب تعداد کل کلمات بیان شده در سه دقیقه و میزان ناروانی گفتار بر حسب تعداد کل کلمات لکنت شده در سه دقیقه براساس ارزیابی درمانگر و والدین در پیش آزمون (آغاز دوره درمان) و پس آزمون

یافته‌های به دست آمده حکایت از آن دارد که ۵۹/۱ درصد از والدین بیان داشته‌اند که ناروانی گفتار فرزندشان در پایان دوره درمانی کاهش یافته است و فقط ۲۷/۳ درصد از والدین اظهار داشته‌اند که میزان ناروانی گفتار در فرزندشان افزایش یافته و ۱۳/۶ درصد از والدین گزارش کرده‌اند که هیچ گونه تغییری در ناروانی گفتار فرزندشان مشاهده نکرده‌اند.

(پایان دوره درمان) از آزمون لآمان- ویستی استفاده شد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که لآمان- ویستی حاصل (۲۳/۵) در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار است. بنابراین، سرعت گفتار بر حسب تعداد کل کلمات بیان شده در سه دقیقه در دو گروه روش بهبود خود به خودی و روش بالینی از تفاوت معنی‌داری برخوردار است. به عبارت دیگر سرعت گفتار در گروه استفاده کننده از روش بالینی در مقایسه با گروه استفاده کننده از روش بهبود خود به خودی ارتقا یافته است.

جدول ۴. آزمون لآمان-ویستی حاصل از تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون بر حسب تعداد کل کلمات بیان شده در سه دقیقه

P	Z	P	W	U	میانگین تفاوت	تعداد رتبه‌ها	شاخصها
							گروهها
تصحیح برای هم‌رتبه							
0/01	-2/43	0/01	89/5	23/5	8/14	11	روش بالینی
					14/86	11	روش بهبود خود به خودی
					6/72	22	جمع

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود با توجه به مقدار لآمان- ویستی، نتیجه گرفته می‌شود که بین تعداد کل کلمات لکنت شده در سه دقیقه در دو گروه روش بالینی و گروه بهبود خود به خودی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر

جدول ۵. آزمون لآمان-ویستی حاصل از تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون بر حسب تعداد کل کلمات لکنت شده در سه دقیقه

P	Z	P	W	U	میانگین تفاوت	تعداد رتبه‌ها	شاخصها
							گروهها
تصحیح برای هم‌رتبه							
0/003	-2/89	0/002	170/5	16/5	15/5	11	روش بالینی
					7/50	11	روش بهبود خود به خودی
						22	جمع

جدول ۶. ضریب توافقی (کندال) میزان شدت ناروانی ارزیابی شده توسط والدین و درمانگر در گروه روش بالینی در پس آزمون

ارزیابی والدین ارزیابی درمانگر	کاملاً بهبود یافته است (۱)	بهبود یافته است (۲)	تا حدی بهبود یافته است (۳)	جمع
روان (۱)	۴	۳	۰	۷
ناروانی خفیف (۳)	۰	۱	۳	۴
جمع	۴	۴	۳	۱۱
درصد	۳۶/۴	۳۶/۴	۲۷/۲	۱۰۰

جدول ۷. ضریب توافقی (کندال) میزان شدت ناروانی ارزیابی شده توسط والدین و درمانگر در گروه روش بهبود خود به خودی در پس آزمون

ارزیابی والدین ارزیابی درمانگر	بهبود یافته است (۱)	تا حدی بهبود یافته است (۲)	تعمیری تکراره است (۳)	تا حدی بدتر شده است (۵)	جمع
ناروانی خفیف (۳)	۱	۲	۰	۰	۳
ناروانی نیمه شدید (۴)	۰	۱	۰	۰	۱
ناروانی شدید (۵)	۰	۰	۰	۱	۱
ناروانی بسیار شدید (۶)	۰	۰	۱	۰	۱
ناروانی عمیق (۷)	۰	۰	۳	۲	۵
جمع	۱	۳	۴	۳	۱۱
درصد	۹/۱	۲۷/۳	۳۶/۴	۲۷/۳	۱۰۰

در گروه استفاده کننده از روش بالینی معنی دار است. به عبارت دیگر میزان ناروانی ارزیابی شده توسط والدین با میزان ناروانی ارزیابی

میانگین تعداد کل کلمات لکنت شده در گروه استفاده کننده از روش بهبود خود به خودی بیشتر از روش بالینی است.

نتایج حاصل از جدول ۶ نشان می دهد که ضریب توافقی کندال^۱ (کندال) محاسبه شده

1- Kendall's Coefficient Concordance

شده، توسط پژوهشگر در پس آزمون همخوانی دارد.

همان طور که در جدول ۷ ملاحظه می شود ضریب توافقی کندال محاسبه شده در گروه استفاده کننده از روش بهبود خود به خودی معنی دار است. به عبارت دیگر شدت میزان ناروانی ارزیابی شده توسط والدین با شدت میزان ناروانی ارزیابی شده توسط درمانگر در پس آزمون همخوانی دارد.

بحث و نتیجه گیری

نظر به اینکه نمونه بر اساس فهرست انتظار واحد پذیرش تعیین شده بود با توجه به حذف دو پسر از ۲۴ نفر ارزیابی شده، می توان نتیجه گرفت که تقریباً پسران سه برابر دختران به مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی تسخید مراجعه کرده اند. این نسبت با یافته های اکثر محققان از جمله بلودستین (۱۹۹۵)، ون رایپر (۱۹۹۵)، آیزنسون (۱۹۸۹)، ترجمه خجسته مهر، (۱۳۷۳) که آمار نسبت لکنت پسران به دختران را سه برابر ذکر کرده اند، مطابقت دارد. دامنه سن شروع لکنت در دو گروه مورد بررسی، ۲ تا ۵ سالگی و میانگین سن آنها ۳/۲۷ سال بود. نتیجه حاصل با بررسی جانسون (۱۹۵۵) که میانگین سن شروع لکنت را ۳ سال ذکر کرده است، مطابقت دارد.

نتایج پژوهش حاضر، یافته های اسمیت و کلی (۱۹۹۷)، بلودستین (۱۹۷۹) و یسنگیت (۱۹۸۸)، غلامی تهرانی (۱۳۶۹) و دهقانی هشتجین (۱۳۷۰) درباره علل پیدایش ناروانی گفتار در کودکان را تأیید می کند.

ارزیابی والدین از میزان تغییر ناروانی گفتار فرزندشان از زمان شروع تا پایان دوره درمان نشان می دهد که ۵۹/۱ درصد از والدین در هر دو گروه مورد بررسی، اظهار داشته اند که ناروانی گفتار فرزندشان نسبت به روزهای اولیه کاهش یافته است. می توان از این یافته چنین نتیجه گیری کرد که احتمالاً علت کاهش ناروانی، در اکثریت کودکان گروه نمونه مربوط به روش بهبود خود به خودی باشد که تقریباً اکثر محققان با وجود اختلاف در میزان درصد بهبود خود به خودی از جمله دیکسون (۱۹۷۱) زودترین سن بهبود خود به خودی را سه و نیم سالگی و بیشترین زمان بهبود خود به خودی را سن شش سالگی ذکر کرده اند.

احتمالاً یکی از عوامل کاهش ناروانی گفتار، مربوط به هماهنگی حرکتی تولید گفتار با تحول ساختار شناختی در کودکان است. استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) و یسجن^۱ (۱۹۹۱) در بررسیهای خود اشاره کرده اند به

این که ممکن است مشکلات زبانی از عوامل بروز لکت باشد؛ ولی لازم نیست به منظور درمان و جبران زبانی کودک توجه ویژه‌ای در این زمینه به او کرد و یا فشارهایی از نظر زبانی بر او وارد آورد. زیرا انتظارات بالایی والدین از گفتار و رفتار کودک، خود موجب وقوع نساوانسی می‌گردد. این گونه کودکان در صورت بندی زبان مشکلی ندارند ولی چون مهارت حرکتی و تولیدی آنها تأخیر دارد دچار مشکل می‌شوند؛ ولی این عامل نمی‌تواند به تنهایی قانع کننده باشد زیرا، صد در صد از والدین مورد بررسی، اذعان داشته‌اند که ناروانی فرزندشان در طول زمان نوسان دارد. آنها اظهار داشته‌اند که گاهی اوقات گفتار فرزندشان برای مدتی به قدری روان می‌شود که احساس می‌کنند کاملاً خوب شده است و گاهی اوقات هم برای مدتی بسیار شدید ناروان می‌شود. تقریباً تمامی والدین راحتی و آرامش کودک را در روان شدن گفتار و ناراحتی، عصبانیت و هیجان را یکی از عوامل مؤثر در ایجاد اختلال در روانی گفتار کودک می‌دانند. یافته‌های این پژوهش، نشان می‌دهد که در بیشتر خانواده‌های کودکان با ناروانی گفتار افراد حساس، مضطرب، پرخاشگر یا عصبانی وجود داشته است. به عبارت دیگر ۷۷/۳ درصد از والدین دو گروه مورد بررسی اظهار داشته‌اند که در بین اعضای خانواده موارد فوق وجود دارد. این یافته با نتایج بررسیهای استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) و می‌پرزو فریمن (۱۹۸۵) همخوانی دارد.

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که ۶۸/۲ درصد از کودکان با ناروانی گفتار، در خویشاوندان نزدیکشان افراد لکتی وجود دارد. برخی از این افراد پدر و یا مادر کودکان بودند و برخی عمو، عمه، خاله، دایی و یا فرزندان سابقه لکت داشته‌اند. برخی از پژوهشگران سابقه ارثی بودن لکت را تأیید کرده‌اند و برای تبیین نظریه خود، وجود افراد لکتی در خانواده و یا خویشاوندان نزدیک و در دو قلوها را مطرح کرده‌اند. برخی از آنها عوامل ارثی و محیطی را در ایجاد لکت گزارش کرده‌اند. از جمله بلودستین (۱۹۹۵) علت لکت را ارثی و محیطی می‌داند. او تحلیل مفصلی از ژنتیکی بودن لکت ارائه نموده و ثابت کرد که فرضیه ژنتیکی، منطقی است. بلودستین (۱۹۹۵) معتقد است علاوه بر وجود آمادگی ژنتیکی، گسیختگی در فرایندهای حرکتی گفتار، عوامل محیطی و خانوادگی و نگرشهای شخص بر لکت تأثیر می‌گذارد. یاری و همکاران (۱۹۹۶) از علت

ژنتیکی بودن لکننت دفاع می‌کنند. بنابراین، یافته‌های این پژوهش با بررسی یاری و همکاران (۱۹۹۶) کاملاً مطابقت دارد و همچنین نظریه بلودستین (۱۹۹۵) مبنی بر تأثیر آمادگی ژنتیکی، عوامل محیطی و خانوادگی را بر لکننت تأیید می‌کند و نظریه یاری و آمبروز (۱۹۹۲) را منطقی می‌داند.

یکی از ویژگیهای روانی گفتار، سرعت گفتار است که آن را بر حسب تعداد کلمات معنی‌دار بیان شده و یا هجاهای آنها در یک و یا سه دقیقه سنجیده می‌شود. سرعت گفتار افراد مختلف، متفاوت است. کودکان با ناروانی گفتار نوسانات زیادی در تعداد کلمات در سه دقیقه داشتند. برخی از آنها تعداد کلماتشان، کمتر از صد کلمه در سه دقیقه و برخی تا ۲۲۰ کلمه در سه دقیقه را هم ادا کرده بودند. در روش بالینی، سه کودک با ناروانی گفتار و خانواده‌هایشان به طور مستقیم و غیرمستقیم الگوی مناسب گفتاری ارائه شد. این الگوها از طریق مکالمه با کودک و والدین و خواندن داستان و شعر و به کارگیری روشهای درمانی مناسب سنین ۳ تا ۷ سال در جلسه با حضور کودک و والدین و یا در جلسات گروهی در اتاق بازی اجرا شد. آموزش الگوهای گفتاری به والدین برای تغییر و اصلاح در گفتار خود با

کودک در طول روز مورد نظر بود. هدف از بازیهای گروهی، علاوه بر تخلیه هیجان و ایجاد شادی و آرامش در کودک، الگوی گوش دادن و نوبتی صحبت کردن و راحت بودن در جریان گفتار، بدون تنگی وقت در کودکان دنبال می‌شد. هدف دیگر از بازیهای گروهی، آشنا شدن کودکان با ناروانی گفتار دیگر همسالانشان است تا از این طریق حساسیت آنها نسبت به گفتارشان کاهش یابد. با اجرای برنامه‌های متنوع در چارچوب ذکر شده، کودکان و والدین آنها که در روش بالینی آموزش دریافت کرده بودند، میانگین تفاوت تعداد کلمات و هجاهای در زمان سه دقیقه کمتر از میانگین تفاوت تعداد کلمات و هجاهای در همان زمان در گروه بهبود خود به خودی بود.

بنابراین، می‌توان استنباط کرد، کودکانی که از روش بالینی استفاده کرده‌اند سرعت گفتارشان تعدیل شده یعنی آنهایی که تعداد کلماتشان در سه دقیقه کم بوده در پایان دوره افزایش و آنهایی که تعداد کلماتشان در همان زمان زیاد بوده کاهش یافته و به حد قابل قبول و مطلوبی که تفاوتهای آنها را کم می‌کند، دست یافته‌اند. ولی در گروه بهبود خود به خودی پراکنده‌گی در تعداد کلمات در سه دقیقه موجب شده است که میانگین تفاوت در پیش

آزمون- پس آزمون بیشتر شود و تسخیری در سرعت گفتارشان به وجود نیاید. نتیجه این که، روش بالینی موجب متعادل کردن سرعت گفتار شده است، در حالی که در بهبود خود به خودی این تنظیم انجام نگرفته است.

یکی دیگر از اهداف تشکیل جلسه‌های گروهی برای والدین، تعامل و شناخت یکدیگر از نحوه بیان و ناروانی دیگر کودکان گروه است. این امر علاوه بر انتقال تجربیات به یکدیگر، موجب کاهش نگرانی آنها از ناروانی کودک خود شده و همچنین موفقیت‌های دیگر کودکان در گروه، موجب دلگرمی و ایجاد انگیزه در جهت همکاری بیشتر با درمانگر و ایجاد باور در تغییر نگرش و کنترل سرعت گفتار آنها می‌گردد. تأثیر جلسات گروهی با والدین با حضور یا بدون حضور فرزندانشان، در پیشرفت تنظیم گفتار والدین و کودکان، قابل مقایسه با جلسات فردی با کودک و والدین نیست. چون جلسات درمانی لکنت به طور فردی به طول می‌انجامد و والدین گرایش کمتری نسبت به ارائه برنامه‌ها و تغییر رفتار و منش خود نشان می‌دهند. بنابراین، گاهی برنامه‌های انفرادی نتایج رضایتبخشی را به دنبال ندارد. استارک و در و همکاران (۱۹۹۰) تواناییهای مربوط به روانی گفتار را در چهار

گروه، تسلط حرکتی بر گفتار، صورت‌بندی زبان، بلوغ عاطفی، اجتماعی و مهارت درکی مطرح کرده‌اند. تسلط حرکتی بر گفتار، بر روی سرعت تولید هجاهای کودک تأثیر می‌گذارد. توانایی روانی گفتار وابسته به تسلط حرکتی گفتار است و در هماهنگی سرعت گفتار کودک مشاهده می‌شود. توقع روان صحبت کردن، شرطی است که اطرافیان کودک به وی تحمیل می‌کنند.

از جمله دیگر خواسته‌های والدین از کودک تنگی وقت است. کودک در شرایطی قرار می‌گیرد که پیامش هر چه زودتر مستقل کند. سرعتی که والدین در مقابل کودک با یکدیگر و با خود کودک سخن می‌گویند، سرعت گفتار خانواده را مشخص می‌سازد. اگر این سرعت زیاد باشد، کودک می‌آموزد که زمان گفتار محدود است و انتظار می‌رود که آن اطلاعات سریعتر بر زبان جاری شوند. می‌پرز و فریمن (۱۹۸۵) گزارش کرده‌اند که پسرها سریعتر از دخترها سخن می‌گویند. گوت والد و استارک و در (۱۹۹۵) بر اساس تجزیه و تحلیل رفتار کودکانی که در درمانگاه دانشگاه تمپل مشاهده کرده‌اند نشان داده‌اند که نوعی همبستگی مثبت میان کاهش سرعت گفتار والدین و بهبود روانی گفتار در کودک وجود دارد. استارک و در

و همکاران (۱۹۹۰) علاوه بر تنگی وقت، عواملی را معرفی می‌کنند که بر روی احساس امنیت کودک تأثیر می‌گذارد. برای نمونه، مشاخره‌های شدید زناشویی و یا بیماریهای سخت یکی از اعضای خانواده، فشارهای روانی که موجب ناامنی درونی کودک می‌شود و در نتیجه باعث اختلال در گفتار کودک می‌گردد.

● هنگامی که کودک حرف می‌زند خود را به کار دیگری مشغول نکنید و به دقت به حرفهای او گوش دهید.

● به کودک فشار نیاورید که در موقعیتی خاص صحبت کند. چون تجربه ناخوشایندی از گفتار اجتماعی به او می‌دهد.

● به والدین توصیه می‌شود از مطرح کردن سؤالات متعدد از فرزندان خود اجتناب کنند.

● در زمانهایی که تشخیص داده می‌شود، کودک روانتر صحبت می‌کند، بیشتر با او صحبت کنید.

● در طول جریان گفتار کودک، هیچ وقت صحبت او را قطع نکنید و یا کلمه‌ای برای او آماده نکنید. منتظر باشید تا خودش گفتارش را تکمیل کند.

● برای کودک تجارب خوشایندی از صحبت کردن فراهم نمائید، برای او شعر و آواز بخوانید، قصه بگویید، کتاب بخوانید و با او

در مجموع، فرضیه اصلی تحقیق تأیید شد و یافته‌های این پژوهش نشان داد که روش بالینی در مقایسه با روش بهبود خود به خودی برای درمان لکنت نزد کودکان سه تا هفت سال با ناروانی گفتار اثربخش‌تر است.

پیشنهادها و توصیه‌ها

در پایان به آسیب شناسان و درمانگران گفتار و زبان و روانشناسان پیشنهاد می‌شود، روش بالینی را که در سالهای اخیر توسط درمانگران با مشارکت والدین در آمریکا و اروپا اجرا نموده‌اند، مانند تراتمن و همکاران (۲۰۰۱)، هینز و پیندزولا (۲۰۰۴)، اسمیت و کلی (۱۹۹۷)، کسانچر (۱۹۹۷) و کاروسو (۱۹۹۷) مورد بررسی قرار داده و از این روش برای درمان ناروانی گفتار کودکان در جامعه ایرانی استفاده نمایند.

- بازی کنید (به پژوه، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۲؛ گوردون، نداشتن باشد.
- اگر کودک در مورد لکنت از شما سؤال کرد (۱۹۷۲).
- به نحوی با کودک رفتار کنید که کودک آنچه راهنگام لکنت اتفاق می افتد به زبان ساده اطمینان یابد، گفتارش بدون توجه به ناروانی آن پذیرفته شده است.
- انتظاراتی خود را از کودک در سطح واقعی و مطلوب نگهدارید و توقع زیاد از حد از او آرام باش " است.

منابع

فارسی

- آیزسون، جان (۱۹۸۹). اختلالات گفتاری و زبانی کودکان. ترجمه: غلامرضا خجسته مهر (۱۳۷۳). اهواز: انتشارات خوزستان.
- این ورث، استانلی و فری زر، جین (۱۹۹۰). کودک و لکنت زبان، راهنمای والدین. ترجمه: غلامعلی افروز (۱۳۶۹). تهران: نشر کوبه.
- به پژوه، احمد (۱۳۸۴). اصول برقراری رابطه انسانی با کودک و نوجوان (چاپ ششم). تهران: نهضت پویا.
- به پژوه، احمد (۱۳۸۲). انتظاراتی کودکان از مادران و پدران چیست؟ (چاپ دوم). تهران: انتشارات پرنیان.
- دهقانی هشتجین، یاور (۱۳۷۰). اختلالات زبانی در زبان فارسی. تهران: نشر دانش امروز.
- دهقانی هشتجین، یاور (۱۳۶۹). نظریه ها و درمان لکنت زبان. تهران: نشر فرهنگ و ارشاد اسلامی
- سازمان و پژوهش و برنامه ریزی آموزشی (۱۳۷۴). قصه های تصویری (دو جلد). تهران: انتشارات مدرسه، وزارت آموزش و پرورش.

- سیگل، سیدنی (۱۹۸۸). آمار غیرپارامتری برای علوم رفتاری. ترجمه: یوسف کریمی (۱۳۷۲). تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- شعبانی، اسداله (۱۳۷۵). *عموزنجیرباف*. تهران: نشر بیدایش.
- شفیعی، رویا (۱۳۷۷). مقایسه مطابقت فعل در گفتار کودکان لکنتی و غیرلکنتی ۴ تا ۵ ساله شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- عظیمی، ناھید (۱۳۷۱). پیشگیری و درمان لکنت زبان. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- غلامی تهرانی، لعلیا (۱۳۶۹). بررسی اپیدمیولوژیک لکنت در کودکان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- فرگوسن، یوشید تاکانه (۱۹۸۹). تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی (جلد دوم). ترجمه علی دلاور و سیامک نقشبندی (۱۳۷۷). تهران: نشر ارسباران.
- گوردون، میخائیل، ریان، دیوید و شیلو، تامار (۱۹۷۲). کمک به رشد گفتار و زبان کودکان عقب مانده ذهنی تربیت پذیر (چاپ دوم). ترجمه احمد به پژوه و همکاران (۱۳۷۵). تهران: نشر رویش.
- مرتضوی کرون، علیرضا (۱۳۷۶). ترانه‌های کودکان (جلد دوم). تهران: انتشارات فرهنگ و هنر.
- نوری مقدم، نوشین (۱۳۷۸). قصه‌ها و تصویرها (سه جلد). تهران: انتشارات فرهنگ و هنر.
- ویلیامز، فیلیپ (۱۹۸۸). فرهنگ کودکان استثنایی. ترجمه: احمد به پژوه و همکاران (۱۳۷۷). تهران: انتشارات بعثت.

لاتین

- Adams, M.R. (1993). The home environment of children who stutter. *Seminars in Speech and Language*, 14(3), 185-191.
- Bloodstein, O. (1995). *A Handbook on Stuttering* (5th ed.). San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Conture, E.G. (1997). Evaluating childhood stuttering. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds.), *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions* (2nd ed.), (PP. 239-256). Boston: Allyn and Bacon.

- Cooper, E.B. & Cooper, C.S. (1996). Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 119-135.
- Dickson, S. (1971). Incipient stuttering and spontaneous remission of stuttered speech. *Journal of Communication Disorders*, 4, 99-110.
- Gottwald, S.R. & Starkweather, C.W. (1995). Fluency intervention for preschoolers and their families in the public schools. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 26, 117-126.
- Hagnes, W.O. & Pindzola, R.H. (2004). *Diagnosis and Evaluation in Speech Pathology* (Sixth Ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Johnson, W. (1995). A study of the onset and development of stuttering. In W. Johnson & R.R. Leutenegger (Eds.), *Stuttering in Children and Adults* (pp. 37-73). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Karniol, R. (1995). Stuttering, language and cognition. *Psychological Bulletin*, 117, 109-124.
- Logan, K.J. & Caruso, A.J. (1997). Parents as partners in the treatment of childhood stuttering. *Seminars in Speech and Language*, 18, (4) 309-326.
- Mallard, A.R. (1998). Using problem solving procedures in family management of stuttering. *Journal of Fluency Disorder*, 23(2), 197-137.
- Meyers, S.C. & Freeman, F.J. (1985). Interruptions as a variable in stuttering and disfluency. *Journal of Speech and Hearing Research*, 28, 428-435.
- Raming, P.R. (1993). Parent- clinician- child partnership in the therapeutic process of the preschool- and elementary- aged child who stutters. *Seminars in Speech and Language*, 14(3), 226-237.
- Smith, A. & Kelly, E. (1997). Stuttering: A dynamic multifactorial model. In R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds.) *Nature and Treatment of Stuttering: New Directions* (2nd ed.) (PP. 204-217). Boston: Allyn and Bacon.
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R. and Halfond, M.H. (1990). *Stuttering Prevention: A Clinical Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Van Riper, C. (1995). *Speech Correction: An Introduction to Speech Pathology and Audiology* (9th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Wall, M.J. & Meyers, F.L. (1995). *Clinical Management of Childhood Stuttering* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

- Weiss, A.L. & Zebrowski, P.M. (1992). Disfluencies in the conversations of young children who stutter: Some answers about questions. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 1230-1238.
- Wijnen, F. (1991). *The Role of Sentence Formulation in Developmental Stuttering*. Netherlands: Elsevier.
- Wingate, M.E. (1967). *Stuttering Theory and Treatment*. New York: Irvington Publisher.
- Yoiri, E. & Amdrose, N. (1992). A Longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 755-760.
- Yairi, E., Ambrose, N. & Cox, N. (1996). Genetics of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 771-784.
- Zebrowski, P.M. & Schum, R.L. (1993). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 2, 65-73.
- Zebrowski, P.M. (1993). Parents' Judgements of children's fluency. *Seminars in Speech and Language*, 14 (3), 192-202.