

اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان
*the Effectiveness of Demands and Capacities Model
on Reducing the severity of Shuttering in Children*

Mohammad Oraki

Maryam Mohseni

Mohammad Ehsan Taghizade

محمد اورکی*

مریم محسنی**

محمد احسان تقی‌زاده*

Abstract

The purpose of this study was to evaluate effectiveness of Demands and Capacities Model (DCM) on reducing the severity of preschool children's stuttering. In a clinical cuasiexperimental design of single group with repeated measurements; 10 preschool stuttered children (5 girls and 5 boys) referred to two speech therapy clinics that were affiliated to Tehran Welfare Organization were selected and were affected by DCM within a period of 12 individual sessions and children's stuttering severity was measured according to percentage of syllables stuttered(ss%) at three stages: pretest, mid test and posttest. Obtained data were analyzed according to analysis of variance with repeated measurements. The results of ANOVA with repeated measurements showed that DCM has created a statistically significant decrease in preschool children's stuttering severity ($p < 0/01$). Result of this study confirmed the effectiveness of DCM in reduction of preschool children's stuttering severity.

Keywords: Stuttering, Treatment of stuttering, Demands and Capacities Model

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی (۸۲ - ۴۲ ماهه) بوده است. پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی بالینی تک گروهی با اندازه‌گیری مکرر، ۱۰ کودک پیش دبستانی (۵ دختر و ۵ پسر) مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به دو کلینیک گفتار درمانی وابسته به سازمان بهزیستی تهران را انتخاب نموده، و به مدت ۱۲ جلسه انفرادی، تحت تاثیر یک برنامه درمانی مداخله‌ای به نام مدل خواسته‌ها و توانمندی‌ها قرار داده است. میزان لکنت کودکان بر اساس شاخص درصد هجاهای لکنت شده، در سه مرحله پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون، اندازه‌گیری و اطلاعات به دست آمده از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها توانسته است در شدت لکنت کودکان پیش دبستانی از نظر آماری کاهش معناداری پدید آورد ($p < 0/01$). نتیجه پژوهش حاضر نقش موثر مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها را در کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی تایید نمود.

واژه‌های کلیدی: لکنت، درمان لکنت، مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها

email: Orakisalamat@gmail.com

* عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی. پیام نور

Received: 2 Sep 2011

Accepted: 14 July 2012

پذیرش: ۹۱/۰۳/۲۴

دریافت: ۹۰/۰۶/۱۱

مقدمه

لکنت زبان را اشکال در سیالی رایج و الگوی زمانی گفتار می‌دانند که با سن فرد متناسب نیست (دیوی، ۲۰۰۸). آغاز ناگهانی لکنت معمولاً بین ۲ تا ۷ سالگی است (اورکی، کمرزین، علی‌اکبری و بابایی، زیر چاپ)، و از نظر نسبت نیز در پسران تقریباً ۳ برابر دختران برآورد می‌شود (محمدی، نیلی پور و یادگاری، ۲۰۰۸). به نقل از هاول و نیلی پور، ۲۰۰۹، ص ۱۹۸). نرخ شیوع این نارسایی ۰/۷ درصد برای کل جامعه برآورد شده است که در کودکان کم سن تر تا ۱/۴ درصد بالا می‌رود و در نوجوانی تا ۰/۵ درصد کاهش می‌یابد (کریج، هانکوک، ترن، کریج و پیترز، ۲۰۰۲). البته تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که شیوع آن در جوامع دو زبانه بالاتر است (هاول و نیلی پور، ۲۰۰۹). پیش آگهی این نارسایی مثبت است، زیرا حدود ۷۴-۸۰ درصد از لکنتی‌ها به طور طبیعی بهبودی حاصل می‌کنند (یاری و آمروس، ۲۰۰۵).

به نظر نمی‌رسد که تنها یک عامل واحد باعث بروز لکنت شود بلکه از نظر علت‌شناسی لکنت حاصل ترکیبی از عوامل مختلف می‌باشد (گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰). مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها لکنت را اختلالی می‌داند که در آن حرکات گفتاری، هماهنگی ضعیفی دارند، در برنامه‌ریزی حرکتی و زمان - بندی مناسب اختلال وجود دارد، و سرعت گفتار هم پائین است (گیتار، ۲۰۰۶). علاوه بر این، سرعت و روانی گفتار می‌تواند تحت تاثیر سیستم شناختی، زبانی، خلق و همچنین درخواست‌های نشأت گرفته از تعاملات کودک با اطرافیان باشد. بنابراین، عدم وجود گفتار خودانگیخته در کودک، اشکال در سازمان - بندی مفاهیم زبانی، بازیابی کلمات و ضعف در پاسخ گویی به سوالات به صورت انعطاف‌پذیر می‌تواند توانمندی گفتاری کودک را تحت تاثیر قرار داده و باعث آسیب به روانی گفتار کودک و بروز لکنت شود (استارک ودر و گیونز-اکرم، ۱۹۹۷).

در طی دوره کودکی توانمندی‌های مورد نیاز برای تولید گفتار روان کسب می‌شوند. در همین دوره، انتظارات یا خواسته‌های اطرافیان و خود کودک نیز نسبت به گفتار کودک به تدریج افزایش می‌یابند. زمانی که مهارت‌های کودک و انتظارات از کودک، همزمان و متناسب با هم رشد می‌یابند، کودک قادر خواهد بود که به صورت روان صحبت کند. ولی اختلاف بین خواسته‌ها و توانمندی‌ها ممکن است شرایط را برای کودک، دشوار و تولید زنجیره‌های هجایی را با مشکل مواجه نماید (آدامز، ۱۹۹۰). جهت تولید یک گفتار منسجم، سریع و بدون تلاش و تقلا لازم است کودک توانمندی‌هایی را در چند حوزه کسب نماید که شامل کنترل حرکتی گفتار و توانمندی‌های زبانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی می‌باشد (استارک ودر، ۱۹۹۷).

مهارت‌های زبانی شامل توانمندی کودک برای بازیابی واژه و فرمول بندی جملات از نظر دستوری، تولید گفته‌های طولانی و پیچیده، استفاده از زبان برای اهداف متنوع و همچنین برقراری ارتباط و تعامل با دیگران است (گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰). توانمندی‌های عاطفی - اجتماعی هم می‌تواند بر روانی گفتار اثر بگذارد. در برخی از مطالعات مشخص شده که کودکان لکنتی عاطفی‌تر می‌باشند (اولر و رامینگ،

اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکت کودکان

۱۹۹۵). اندرسون هم نشان داد که کودکان لکتی در مقایسه با گروه همسالان خود سازگاری پائین‌تر و همچنین آگاهی بیشتر نسبت به محیط اطراف خود دارند و مشکلاتی در پذیرش آداب توالیت رفتن وجود دارد. این محققان همچنین نشان داده‌اند که این ویژگی‌های خلقی و سازشی ممکن است به صورت قابل درکی در افزایش لکت سهمیم باشند (اندرسون، پلوسکی، کانچر و کلی، ۲۰۰۳).

خواسته‌ها و انتظارات والدین نقش مهمی در سلامت روان و رشد عاطفی کودک دارا است. در ارتباط با روانی گفتار، کودک می‌تواند بر اساس خواسته‌های والدین، معیاری را به صورت درونی برای خود تعیین کند که این معیار می‌تواند بالاتر و یا پائین‌تر از سطح توانایی وی باشد (گیتار، ۲۰۰۶). چون سیستم حرکتی گویایی کودک هنوز به صورت کامل رشد نیافته است، در بیان جملات کوتاه و با سرعت پائین مشکلی ندارد؛ اما زمانی که تحت شرایطی با فشار زمانی بخواهد صحبت کند؛ چون نیازمند به گفتار سریع و بدون وقفه می‌باشد؛ احتمال بروز لکت وجود دارد (استارک و در و گیونز-اکرم، ۱۹۹۷). یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف نیز نشان‌دهنده رابطه بین لکت و طول و پیچیدگی جملات کودک می‌باشد (کلینو و اسمیت، ۲۰۰۰).

انتظارات شخصیتی، زبانی و شناختی نیز به عنوان فشاری بر روانی گفتار به حساب می‌آیند. زمانی که از کودک سوالی پرسیده می‌شود که نیازمند پاسخ طولانی و یا پیچیده‌ای است؛ لکت افزایش می‌یابد (گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰).

برنامه درمانی نشأت گرفته از رویکرد درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر اساس ماهیت و علت‌شناسی لکت شامل افزایش توانمندی‌های مورد نیاز برای روانی گفتار، و همچنین کاهش همزمان خواسته‌ها و فشارها بر روانی گفتار کودک می‌باشد (آدامز، ۱۹۹۰؛ استارک و در و گاتوالد، ۱۹۹۰ و گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰).

تعدادی از برنامه‌های درمانی، شیوه‌هایی را برای کمک به کودک لکتی ارائه داده‌اند که بر اساس تقویت ظرفیت و توانمندی‌های روانی گفتار کودکان لکتی می‌باشد (اینگهام، ۱۹۹۹)؛ و تعدادی از برنامه‌های درمانی هم بر اساس کاهش فشارهای محیطی و خواسته‌های والدین لکتی به منظور حمایت از روانی گفتار کودکان لکتی‌شان طراحی شده‌اند (یاروس و کلمن و هامر، ۲۰۰۶؛ میلارد، ادوارد و کوک، ۲۰۰۹)، و برخی از برنامه‌ها نیز به‌طور همزمان به کاهش خواسته‌های محیطی، و همچنین افزایش توانمندی‌های روانی گفتار کودک توجه دارند. کانچر (۲۰۰۱)؛ فرانکن، اسکاک و بولنز (۲۰۰۵)؛ رایان (۲۰۰۱)؛ گاتوالد و استارک و در (۱۹۹۹) و استارک و در، گاتوالد و هالفند (۱۹۹۰)، در مطالعاتی جداگانه اثربخشی مدل خواسته‌ها و توانمندی‌ها را بر کاهش شدت لکت کودکان پیش‌دبستانی نشان داده‌اند.

هدف این پژوهش بالینی بررسی اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکت کودکان پیش‌دبستانی (۴۲ تا ۸۲ ماهه) بوده است و این پژوهش بر این فرض استوار بوده است که

کاهش فشارها و خواسته‌ها از کودک و به‌طور همزمان افزایش توانمندی‌های کودک باعث کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی می‌شود.

روش

این پژوهش، یک مطالعه بالینی نیمه تجربی تک گروهی با طرح اندازه‌گیری مکرر محسوب می‌شود. در این پژوهش، «جامعه آماری» عبارت است از همه کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به لکنت (۴۲ تا ۸۲ ماهه) که از اول تابستان سال ۱۳۸۹ تا اول تابستان ۱۳۹۰ برای درمان لکنت به دو کلینیک گفتار درمانی وابسته به سازمان بهزیستی تهران مراجعه کرده‌اند. در این پژوهش «نمونه» عبارت است از ۱۰ کودک (۵ دختر و ۵ پسر) مبتلا به لکنت پیش‌دبستانی (۴۲ تا ۸۲ ماهه) که از اول تابستان سال ۱۳۸۹ تا اول تابستان ۱۳۹۰ برای درمان لکنت به کلینیک گفتار درمانی شهید ذوالفقاری و سمانه تهران مراجعه کرده‌اند. ملاک‌های شمول داشتن سن ۴۲ تا ۸۲ ماه، ابتلا به لکنت حداقل به مدت ۶ ماه و حداقل شدت لکنت در ابتدای درمان ۳٪ ($SS=3$)^۱، و ملاک‌های عدم شمول این پژوهش وجود اختلالات ذهنی، عصبی، زبانی و تولیدی شدید و استفاده از روش درمانی دیگر به‌طور همزمان بوده است. پس از انتخاب نمونه بر اساس ملاک‌های شمول و عدم شمول، روش درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر اساس مدل ارائه شده توسط آدامز (۱۹۹۰)، و استارک‌ودر و گاتوالد (۱۹۹۰)، - از پدیدآورندگان این رویکرد- به مدت ۱۲ جلسه انفرادی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شده است.

جهت گردآوری داده‌ها، میزان لکنت کودکان در سه مرحله: قبل از درمان، جلسه ششم و جلسه دوازدهم اندازه‌گیری شده است. سنجش میزان لکنت در این پژوهش شامل تعیین درصد هجاهای لکنت شده بوده است. درصد هجاهای لکنت شده با تقسیم تعداد هجاهای لکنت شده بر تعداد کلی هجاهای نمونه‌ی گفتاری ضربدر ۱۰۰ به دست می‌آید.

بختیار، سیف‌پناهی، انصاری، قنادزاده و پاکمن (۲۰۱۰)، اعتبار درونی و بیرونی یک ترجمه فارسی از مقیاس اندازه‌گیری شدت لکنت (*SSI3*)^۲ که یکی از خرده مقیاس‌های آن مقیاس دفعات لکنت می‌باشد را، بر اساس درصد توافق استفاده‌کنندگان ۸۰ درصد به دست آورده‌اند.

در هر جلسه درمانی، به منظور تعیین درصد هجاهای لکنت شده، درمانگر و والد، و یا هر دوی آن‌ها کودک را وارد یک گفتگوی طبیعی می‌نمایند و یا در صورت عدم همکاری کودک، در حین انجام یک بازی، گفته‌های کودک ضبط ویدئویی می‌شود. لازم به ذکر است که به منظور معتبر بودن سنجش درصد هجاهای لکنت شده، نمونه گفتاری حداقل باید شامل ۳۰۰ هجا باشد. در تحقیق حاضر نیز در تمامی نمونه‌ها، در ابتدای هر جلسه کلینیکی به مدت ۱۰ دقیقه نمونه گفتاری ضبط شده است. بعد از اتمام هر

1. *Percentage of syllables stuttered*

2. *Stuttering Severity Instrument_3*

اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان

جلسه درمان، نمونه گفتاری ضبط شده به کامپیوتر منتقل، و با شمارش تعداد کل هجاهای دارای لکنت و تقسیم آن بر تعداد کل هجاهای نمونه گفتاری، درصد هجاهای لکنت شده محاسبه می‌گردد. گفتنی است که موارد لکنت نامشخص که به صورت ناروانی‌های طبیعی ادراک می‌شوند (مثل تکرار بدون تنش و روان کلمات و عبارت‌بندی مجدد گفته‌ها و ...) در این محاسبه در نظر گرفته نمی‌شوند. از آن جا که، سنجش درصد هجاهای لکنت شده بر مبنای قضاوت در مورد وجود یا عدم وجود لکنت در هجاها استوار است، لذا به منظور تعیین پایایی آن باید در فرایند پژوهش از یک آزمونگر با تجربه و مستقل از مطالعه استفاده شود تا درصد هجاهای لکنت شده ۲۰٪ نمونه‌ها را به طور مستقل برای همان نمونه گفتاری مورد سنجش قرار دهد. سپس پایایی (توافق میان ارزیابان) سنجش‌های به عمل آمده از میزان لکنت مورد بررسی قرار می‌گیرد. حداقل توافق مورد قبول ۸۵٪ می‌باشد. چنانچه این میزان توافق حاصل نشود آزمونگر سومی باید به سنجش نمونه‌های مشکوک و دارای اختلاف بپردازد تا درصد واقعی لکنت مورد تایید قرار گیرد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های توصیفی در این پژوهش میانگین سنی گروه برابر با ۵۵/۵ ماه، و انحراف معیار سن گروه ۱۲/۶۱۶ بود. میانگین میزان لکنت در پیش‌آزمون ۱۳/۴۸، در میان‌آزمون ۸/۵۹ و در پس‌آزمون ۵/۱۴ است که این ترتیب حاکی از آن است که میزان لکنت زبان کودکان بعد از اجرای مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها پایین آمده است (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار شدت لکنت گروه نمونه
به تفکیک پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون

انحراف معیار	میانگین	تعداد آزمودنیها	
۵/۶۰	۱۳/۴۸	۱۰	پیش‌آزمون
۳/۸۷	۸/۵۹	۱۰	میان‌آزمون
۵/۰۴	۵/۱۴	۱۰	پس‌آزمون

جهت آزمون فرضیه پژوهش و بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده بین پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. لازم به ذکر است قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی پیش فرض همسانی کوواریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شده است. بر اساس نتیجه این آزمون فرض همسانی کوواریانس‌ها یا کروی بودن نمرات آزمودنی‌ها در متغیر میزان لکنت تأیید شد ($p > 0.05$).

با توجه به نتیجه آزمون F اثر پیلائی در سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۱، می‌توان به معناداری

اثر متغیر مستقل پی برد (جدول ۱).

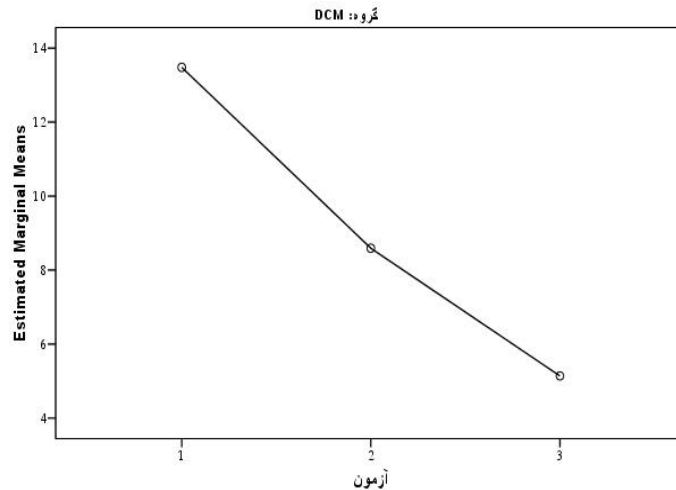
**جدول ۲. آزمون چند متغیره برای اندازه‌گیری تفاوت بین سطوح متغیر مستقل
آمار توصیفی نمونه مورد مطالعه**

مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
۰/۷۶۴	۱۲/۹۴۸	۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۷۶۴

نتایج نشان می‌دهد که عامل آزمون در گروه، با توجه به F در همه سطوح و درجه‌ی آزادی (۹ و ۱) در سطح اطمینان ۰/۰۱ با روند خطی معنی‌دار می‌باشد. اندازه اثر مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها، ۰/۷۵۳ به دست آمده است و با توجه به این که به ۱ نزدیک‌تر است، در نتیجه اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته تقریباً مناسب است (جدول ۲).

جدول ۳. آزمون‌های تفاوت‌های آزمودنی در نمونه‌ی مورد مطالعه (بررسی روندها)

آزمون	آزمون	مجموع مجذورات	دامنه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون	روند خطی	۳۴۷/۶۹۵	۱	۳۴۷/۶۹۵	۲۷/۴۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳
خطا (آزمون)	روند درجه ۲	۳/۴۴۲	۱	۳/۴۴۲	۰/۴۷۰	۰/۵۱۰	۰/۰۵۰
	روند خطی	۱۱۳/۹۹۴	۹	۱۶/۶۶۶			
	روند درجه ۲	۶۵/۹۴۸	۹	۷/۳۳۸			



نمودار ۱. نمودار شیب شدت لکنت

اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان

با توجه به شیب منحنی نمودار (۱) نیز مشاهده می‌شود که با اجرای مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها، میزان لکنت زبان به ترتیب در پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی (۴۲ تا ۸۲ ماهه) بوده است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که میزان لکنت کودکان در میان‌آزمون و پس‌آزمون کاهش معنادار داشته است.

بر اساس مطالعات قبلی، تعدادی از برنامه‌های درمانی شیوه‌هایی را برای کمک به کودک لکنتی ارائه داده‌اند که بر پایه تقویت ظرفیت و توانمندی‌های روانی گفتار کودکان لکنتی می‌باشد. یاروس و کلمن و هامر (۲۰۰۶)، بر اساس یک رویکرد درمانی خانواده محور که هم شامل ارائه مشاوره به والدین بود، و هم مداخله مستقیم بر لکنت کودکان را در بر می‌گرفت، یک مطالعه آزمایشی را انجام دادند. کار مستقیم برای هر کودک، متناسب با نیازمندی‌های وی، شامل اصلاح گفتار، اصلاح لکنت و تقویت مهارت‌های ارتباطی مؤثر بود. آن‌ها نتایج اجرای برنامه درمانی خود بر روی ۱۷ کودک پیش‌دبستانی را که خطر لکنت مقاوم در آن‌ها بالا بود، گزارش دادند. کاهش معنادار در تعداد دفعات لکنت کودکان در موقعیت کلینیک نشان داده شد. ۱۱ کودک پس از مرحله درمانی خانواده محور به روانی گفتار طبیعی دست یافتند، ۶ کودک نیز به مداخله مستقیم نیاز پیدا نمودند و همه موارد بعد از یک دوره سه ساله هم‌چنان گفتار روان داشتند.

برخی شواهد موجودند که نشان می‌دهند در صورتی که خانواده خواسته‌های روانی مرتبط با گفتار را تعدیل و یا اصلاح نماید، مهارت‌های روانی گفتار کودکان بهتر می‌شود. نیپولد و رادزینسکی^۱ (۱۹۹۵)، و وینسلو و گیتار^۲ (۱۹۹۴)، یک مورد را گزارش نمودند که فقط آموزش‌های مربوط به رعایت نوبت در مکالمه به کودک و خانواده، باعث کاهش شدت لکنت کودک شده بود (به نقل از گیتار و مک کالی، ۲۰۱۰، ص ۹۵).

در یک مطالعه تجربی مشخص شد، زمانی که مادران سرعت گفتاری خود را پایین آوردند در ۵ کودک از ۶ کودک لکنتی، کاهش معناداری در میزان سرعت گفتاری کودکان دیده شد (گیتار و مارچین کاسکی، ۲۰۰۱).

تغییرات ایجاد شده در محیط ارتباطی کودک می‌تواند بخشی از یک روند درمانی باشد. تغییرات محیطی اعمال شده شامل این موارد می‌باشد؛ کاهش سرعت گفتاری والدین، کاهش در تعداد سوالاتی که والدین می‌پرسند و هم‌چنین کاهش در وقفه‌هایی که در گفتار کودک ایجاد می‌نمایند. اگر چه همه

1. Nipold & Rudzinski

2. Winslow & Guitar

موارد بالا می‌تواند بخشی از برون‌داد یک برنامه درمانی باشد؛ ولی در یک مطالعه آزمایشی که انجام شد، مشاهده شد که کاهش میزان سرعت گفتار والدین اثر بیشتری در کاهش شدت لکنت کودکان داشت (استارک ودر و گاتوالد، ۱۹۹۷).

ناروانی کودکان لکنتی در دوره‌هایی که هیجان‌زده می‌شوند، شدیدتر است. در بسیاری از مطالعات نیز مشاهده شده است تنها شیوه‌های درمانی که احساس امنیت عاطفی روانی کودک را بالا می‌برند، برای رفع لکنت کودک کفایت می‌کنند (میلارد، ادوارد و کوک، ۲۰۰۹).

برخی از برنامه‌ها نیز به‌طور هم‌زمان به کاهش خواسته‌های محیطی، و هم‌چنین افزایش توانمندی‌های روانی گفتار کودک توجه دارند. کانچر (۲۰۰۱)، فرانکن، اسکاگ و بولنز (۲۰۰۵)، رایان (۲۰۰۱)، گاتوالد و استارک‌و در (۱۹۹۹)، و استارک‌و در و همکاران (۱۹۹۰)، در مطالعاتی جداگانه اثربخشی مدل خواسته‌ها و توانمندی‌ها را بر کاهش شدت لکنت کودکان نشان داده‌اند. نتیجه حاصل از انجام این پژوهش نیز در راستای یافته‌های قبلی قرار دارد.

مدل خواسته‌ها و توانمندی‌ها بیان می‌کند که کودکان زمانی دچار لکنت می‌شوند که برای بیان خواسته‌هایشان، توانمندی کافی در ارائه گفتار روان نداشته باشند (آدامز، ۱۹۹۰). در صورتی که رشد توانایی‌های زبانی کودک سریع‌تر از رشد سیستم‌های حرکتی- گفتاری وی باشد جهت بیان توانمندی‌های زبانی از طریق گفتار، محدودیت گفتاری حرکتی به وجود می‌آید و همین مسأله باعث بروز ناروانی در گفتار کودک می‌شود (گیتار، ۲۰۰۶). یافته‌های حاصل از مطالعات مختلف نیز نشان‌دهنده رابطه بین لکنت و طول و پیچیدگی جملات کودک می‌باشد (کلینو و اسمیت، ۲۰۰۰).

شروع لکنت نیز بیشتر بین سنین دو تا شش سالگی است، یعنی هم زمان با مرحله فراگیری و رشد مهارت‌های گفتاری و زبانی. حتی در مراحلی که رشد زبان از سرعت بالاتری برخوردار است، شیوع لکنت بیشتر است (بلودستین، ۲۰۰۲). از آن‌جا که، مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها لکنت را یک اختلال چندعاملی می‌داند، معتقد است که درمان نیز باید بر همین اساس استوار باشد (استارک ودر و گیونز-اکرم، ۱۹۹۷).

در جلسات درمانی که بر اساس مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها طرح‌ریزی شده است، به‌طور هم‌زمان بر روی تقویت توانمندی‌های مورد نیاز جهت تولید گفتار روان و هم‌چنین کاهش خواسته‌ها و فشارهای وارده بر روی کودک کار شده است، تا زمینه رشد گفتار کودک از نظر محیطی مطلوب و مساعد فراهم آید.

توانمندی گفتار روان در کودک به رشد حرکتی گفتار، رشد زبانی، رشد شناختی، و رشد عملکردی عاطفی و اجتماعی او وابسته است. خواسته‌هایی که بر این توانمندی‌ها تأثیر می‌گذارند شامل فشار زمانی و فشارهای محیطی و درونی کودک برای استفاده روزافزون از یک زبان پیچیده‌تر، و نیز هیجان‌ات و

اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان

اضطراب‌های فراوان و خواسته‌های والدین برای افزایش عملکرد شناختی کودک هستند (گیتار و مک کالی، ۲۰۱۰).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم وجود گروه کنترل یا مقایسه بود، زیرا وجود گروه کنترل مستلزم این می‌باشد که تعدادی از کودکان به مدت حداقل سه ماه از درمان محروم باشند، و به علت فشار روانی و تأثیرات روانشناختی لکنت بر روی خانواده‌ها، هیچ‌یک از آنان نمی‌پذیرفتند که پس یک وقفه حداقل سه ماهه پیگیر درمان کودکانشان باشند.

دامنه سنی به نسبت بزرگ آزمودنی‌ها نیز می‌تواند به عنوان محدودیت دیگر این پژوهش مطرح شود. با توجه به ماهیت متغیر، متنوع و پیچیده لکنت، انتخاب ۱۰ نمونه نسبتاً یکدست واجد شرایط پژوهش از بین تعداد کثیری مراجعه‌کننده لکنتی و در زمان نسبتاً طولانی (یک ساله) صورت پذیرفته است که در نظر گرفتن دامنه سنی کوچکتر باعث می‌شد که گزینش آزمودنی‌ها توسط یک درمانگر در عمل غیرممکن شود.

بنابراین، با توجه به محدودیت‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی اثربخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها توسط درمانگران متعدد و بر روی گروه‌هایی با دامنه سنی محدودتر بررسی شود تا علاوه بر تعیین دقیق‌تر کارایی مدل درمانی در گروه‌های سنی مختلف، امکان مقایسه بین گروه‌ها نیز فراهم شود.

با توجه به نتیجه حاصل از انجام این پژوهش نیز می‌توان دریافت که بر اساس اصل درمانی مدل خواسته‌ها و توانمندی‌ها مبنی بر کاهش خواسته‌ها و افزایش توانمندی‌ها می‌توان شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی را کاهش داد.

منابع

اورکی، محمد؛ کمرزین، حمید؛ علی اکبری، مهناز؛ بابایی، انسیه. (زیر چاپ). روانشناسی مرضی کودک. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور

Reference

- Adams, M. R. (1990). *The demands and capacities model I: Theoretical elaborations. Journal of Fluency Disorders, 15, 135-141*
- Anderson, J.; Pellowski, M.; Conture, E.; Kelly, E. (2003). *Temperamental characteristics of young children who stutter. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 46, 1221-1233*
- Bakhtiar, M; Seifpanahi, S; Ansari, H; Ghanadzade, H; Packman, A. (2010). *Investigation of the reliability of the SSI-3 for preschool Persian-speaking children who stutter. Journal of Fluency Disorders, 35,87-91*
- Bloodstein, O. (2002). *Early stuttering as a type of language difficulty. Journal of Fluency Disorders, 27, 163-167*
- Conture, E.G. (2001). *Stuttering: Its Nature, Diagnosis and treatment. Boston: Allyn & Bacon.*
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: research, assessment & treatment in clinical Psychology.UK: Wiley-Blackwell.*
- Franken, M.J.; Schalk, C.K.; Boelens, H. (2005). *Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. Journal of Fluency Disorders, 30, 189-199*
- Gottwald, S.R., Starkweather, C.W. (1999). *Stutterine prevention and early intervention: A multi process approach. San Diego, CA: Singular Publishing Company.*
- Graig, A.; Hancock; Tran, Y.; Craig, M.; Peters, K. (2002). *Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 45, 1097-1105*
- Guitar, B.; Marchinkoski, L. (2001). *Influence of mothers' slower speech on their children's speech rate. Journal of Speech, Language and Hearing Research, 44: 853-861*
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment (3rd ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.*
- Guitar, B.; McCauley, R. (2010). *Treatment of Stuttering Established and Emerging interval. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.*
- Howell, p.; Nilipour, R. (2009). *Stuttering : Aclinical handbook on diagnosis assessment and treatment (in farsi), Isfahan: Isfahan university Press.*
- Ingham, J. C. (1999). *Behavioral treatment of young children who stutter: An extended length of utterance method. In R. F. Curlee (Ed), Stuttering and Related Disorders of Fluency. New York: Thieme Medical Publishers.*
- Kleinow, J.; Smith, A. (2000) *Influences of length and syntactic complexity on the speech motor stability of the fluent speech of adults who stutter. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43, 548-559*

اثر بخشی مدل درمانی خواسته‌ها و توانمندی‌ها بر کاهش شدت لکنت کودکان

- Millard, S. K., Edwards, S., & Cook, F. M. (2009).** *Parent – child interaction therapy. International Journal of Speech and Language and Hearing Research, 51, 636-650*
- Oyler, M.E; Roming, P.R. (1995).** *Volnerability in stuttering children. Paper presented at Annual Meeting of the American Speech-Language-Hearing Association. Orlando: FL.*
- Ryan, B.P. (2001).** *A longitudinal study of articulation, language, rate and fluency of 30 preschool children who stutter. Journal of Fluency Disorders, 26, 107-127*
- Starkweather, C.W. (1997).** *Therapy for younger children. Boston: Allyn & Bacon.*
- Starkweather, C.W.; Gottwald, S.R.; Halfond, M.H. (1990).** *Stuttering Prevention: A Clinical Method. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.*
- Starkweather, C.W.; Givens-Ackemian, J. (1997).** *Stuttering. Austin: TX, Pro-Ed.*
- Starkweather, C.W.; Gottwald, S.R. (1990).** *The Demands and Capacities Model II: Clinical application. Journal of Fluency Disorders, 15, 143-157*
- Yairi, E.; Ambrose, N. (2005).** *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Climaans. Austin: TX, Pro-Ed.*
- Yaruss, J.S.; Coleman, C.; Hammer, D. (2006).** *Treating preschool children who stutter: Description and preliminary evaluation of a family-focused treatment approach. Language, Speech and Hearing Services in Schools, 27, 118-136*