

سلامی



انستگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی گفتاردرمانی

رساله دکتری

رشته گفتاردرمانی

عنوان

تدوین پروتکل روش تلفیقی شناختی - گفتاری به زبان فارسی و تعیین اثربخشی آن در درمان

افراد لکنتی بزرگسال

نگارنده

مرتضی فرازی

اساتید راهنما

دکتر لعیان غلامی تهرانی

دکتر آناهیتا خدابخشی کولایی

استاد مشاور

دکتر هاشم شمشادی

استاد مشاور آمار

دکتر مهدی رهگذر

شهریور ۱۳۹۲

شماره ثبت: ۱۹۳-۶۰۰

تقدیم به:

مادرم، مظهر مهر و محبت

زنده یاد پدرم، که سالهاست غم فراقش بر سینه ام سنگینی می کند.

همسر رؤفم، مأمّن خستگی ام و امید بودنم

فروزان و فروغم، نوردیدگانم و عشق وجودم

و تقدیم به:

جامعه توانبخشی ایران و تمامی آزمودنیهای بی ادعا و امیدوار این پژوهش

سپاس نامه:

سپاس خدایی را که بر این بنده حقیر منت نهاد و بارش الطافش طراوت وجودم را برای این مهم دو چندان کرد و
سپاس:

از استادان فرزانه و عزیزم که با خلوص نیت در جهت اعتلا بخشیدن به علم همراهی ام کردند؛
سرکار خانم دکتر نعیا غلامی تهرانی که از مدتها قبل از جریان پژوهش حضوری توانمند داشتند.

سرکار خانم دکتر آناهیتا خدابخشی که رهنمودهایی ارزشمند و بی چشمداشت ارائه نمودند.

آقای دکتر هاشم شمشادی که با تمام تواضع، متانت طبع و عالمانه یارای من بودند.

آقای دکتر مهدی رهگذر که دقت و تلاش ایشان عزم و اراده اینجانب را تقویت بخشید.

از تمامی هم کسوتان محترم گروه آموزشی گفتار درمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، از مدیریت محترم
گروه گفتار درمانی سرکار خانم دکتر فریبا یادگاری و مسئول دفتر گروه سرکار خانم آرزو مشایخی، از مدیریت
و کارکنان محترم تحصیلات تکمیلی، از تمامی درمانگران گروه کنترل، از همیاری آقایان دکتر سید علی اکبر
طاهایی، دکتر یونس امیری و جمشید عطاران و از کلیه آزمودنیهای با مرام و کوشای این مطالعه. همچنین از
خانواده عزیزم که سختی راه را بر من هموار نموده و همیشه با صبر و بردباری مشوق من بوده اند.

چکیده

مقدمه: لکنت یکی از بیماریهای بحث برانگیز و یک اختلال گفتاری چند وجهی روانی - حرکتی است که در جریان طبیعی گفتار فرد روی می دهد و همراه با تغییرات رفتاری، شناختی و نگرشی است. **هدف:** هدف اصلی این مطالعه تهیه پروتکل روش تلفیقی شناختی - گفتاری و تعیین اثربخشی آن در درمان افراد لکنتی بزرگسال فارسی زبان بود.

روش پژوهش: این پژوهش با یک مطالعه متدولوژیک برای تعیین روایی و پایایی ابزار پژوهش و یک مطالعه شبه تجربی برای تعیین اثر بخشی روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان افراد لکنتی بزرگسال (۱۹ نفر) انجام گرفت. روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود که از میان مراجعان لکنتی بزرگسال ۳۰-۱۸ ساله به مراکز گفتار درمانی شهر تهران انتخاب شدند. برای جمع آوری داده های پژوهش، از نسخه فارسی آزمون SSI-3 (رایلی ۲۰۰۹) و آزمون نیمرخ شناختی WASSP (رایت و آیره ۲۰۰۹) استفاده گردید.

یافته ها: نتایج پژوهش حاکی از برآورد پایایی با امتیاز ۰/۹۸ برای متن ۲۰۰ کلمه ای و برآورد دامنه ۰/۷۶-۰/۹۹ برای تمام خرده مقیاسهای آزمون نیمرخ شناختی می باشد. همچنین نتایج، آشکار ساخت که تفاوت معنی داری بین میانگین روانی گفتار، میانگین روانی خواندن شفاهی و میانگین خرده مقیاس های نیمرخ شناختی با رویکرد تلفیقی و رویکرد شکل دهی روانی گفتار در دو گروه وجود دارد ($p < 0/001$). **نتیجه گیری:** روش تلفیقی شناختی - گفتاری در درمان لکنت بزرگسال در مقایسه با رویکرد شکل دهی روانی گفتار اثر بخش تر بوده و استفاده از آن به همه گفتار درمانگران توصیه می شود.

کلمات کلیدی: لکنت، روش تلفیقی، بازسازی شناختی - گفتاری، روایی - پایایی، SSI-3، WASSP

فهرست مطالب

۱	فصل اول: کلیات تحقیق
۲	۱-۱) مقدمه
۴	۲-۱) بیان مسئله
۶	۳-۱) ضرورت و اهمیت موضوع
۱۰	۴-۱) تعریف واژه ها و مفاهیم
۱۷	۵-۱) اهداف پژوهش
۱۸	۶-۱) سؤال های پژوهش
۲۰	فصل دوم: پیشینه تحقیق
۲۱	۱-۲) توصیف و تعریف لکنت
۲۴	۲-۲) علت شناسی لکنت
۲۵	۱-۲-۲) علل ساختاری و عصب شناختی
۲۸	۲-۲-۲) علل زبا نشناختی
۳۰	۳-۲-۲) علل روانشناختی
۳۱	۴-۲-۲) علل چند عاملی
۳۵	۳-۲) سنجش لکنت
۳۵	۱-۳-۲) ابزارهایی برای سنجش ویژگی های قابل مشاهده لکنت
۳۶	۱-۳-۲-۱) روش فراوانی
۳۷	۲-۳-۲-۱) مقیاس لوپس - شرمین
۳۷	۳-۳-۲-۱) مقیاس آی او ا برای ارزیابی شدت لکنت
۳۸	۴-۳-۲-۱) ابزار شدت لکنت
۳۹	۲-۳-۲) ابزارهایی برای سنجش ویژگی های غیر قابل مشاهده(درونی) لکنت
۴۰	۱-۲-۳-۲) سیاهه درک لکنت
۴۱	۲-۲-۳-۲) نیمرخ خود - سنجی لکنت راییت و آیره

۴۲	آزمون ارزیابی کلی تجربه گوینده از لکنت (۳-۲-۳-۲)
۴۳	افکار و باورهای ناکارآمد پیرامون لکنت (۴-۲-۳-۲)
۴۳	مقیاس S-۲۴ (۵-۲-۳-۲)
۴۳	رویکردهای درمانی رایج (۴-۲)
۴۴	رویکرد اول : شکل دهی روانی گفتار (۱-۴-۲)
۴۹	روش شروع آسان (۱-۱-۴-۲)
۵۰	روش گفتار کشیده یا کشیده گویی (۲-۱-۴-۲)
۵۱	روش مکث و صحبت یا روش محروم کردن (۳-۱-۴-۲)
۵۱	رویکرد دوم: اصلاح لکنت (۲-۴-۲)
۵۱	مرور کلی (۱-۲-۴-۲)
۵۳	مراحل اصلاح لکنت ون رایپر (۲-۲-۴-۲)
۵۸	رویکرد سوم: باز سازی شناختی (۳-۴-۲)
۶۱	رفتار درمانی عقلانی هیجانی (۱-۳-۴-۲)
۶۴	نظریه سازه های شخصی (۲-۳-۴-۲)
۶۵	رویکرد روایتی - سازه ای (۳-۳-۴-۲)
۶۸	درمان شناختی رفتاری بلود و گوردون (۴-۳-۴-۲)
۶۹	مدیریت یا کنترل لکنت (۵-۲)
۷۰	کنترل در مقابل بهبودی (۱-۵-۲)
۷۲	فرایند تدوین پروتکل درمانی (۶-۲)
۷۴	پروتکل درمان لکنت (۱-۶-۲)
۷۴	تعیین لکنت پایه گفتار محاوره ای (۱-۱-۶-۲)

۷۵	۲-۶-۱-۲) تعیین لکننت پایه خواندن شفاهی
۷۷	۲-۶-۱-۳) سیر درمان پروتکل لکننت
۷۷	۲-۷) پیشینه تحقیق
۷۷	۲-۷-۱) مطالعات داخلی
۷۹	۲-۷-۲) مطالعات خارجی
۸۳	۲-۸) خلاصه
۸۵	فصل سوم: روش شناسی تحقیق
۸۶	۳-۱) نوع مطالعه
۸۶	۳-۲) جامعه آماری
۸۶	۳-۳) روش نمونه گیری
۸۷	۳-۴) حجم نمونه
۸۷	۳-۵) معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه
۸۸	۳-۶) متغیرها و نحوه سنجش آنها
۹۱	۳-۷) ابزار پژوهش
۹۱	۳-۷-۱) پرسشنامه اطلاعات فردی
۹۱	۳-۷-۲) آزمون SSI-3
۹۳	۳-۷-۳) آزمون نیمرخ خود سنجی شناختی - نگرشی WASSP
۹۶	۳-۸) جمع آوری داده ها
۹۶	۳-۸-۱) روش گردآوری داده ها
۹۶	۳-۸-۲) مراحل تدوین پروتکل درمان لکننت افراد بزرگسال
۹۶	۳-۸-۲-۱) تعیین لکننت پایه در گفتار محاوره ای

۹۷	۲-۲-۸-۳) تعیین لکنت پایه در خواندن شفاهی
۹۸	۳-۲-۸-۳) تعیین نگرش ارتباطی - شناختی پایه
۹۹	۴-۲-۸-۳) ارزیابی روایی و پایایی ابزار پژوهش
۱۰۱	۵-۲-۸-۳) سیر پروتکل درمانی لکنت
۱۰۲	۹-۳) روش اجرای کار
۱۰۵	۱-۹-۳) پروتکل تدوین شده این پژوهش
۱۱۲	۱۰-۳) روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۱۳	۱۱-۳) ملاحظات اخلاقی
۱۱۴	فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها
۱۱۵	۱-۴) نتایج ارزیابی پایایی آزمایه های متن خواندن ۲۰۰ کلمه ای و نیمرخ شناختی WASSP
۱۱۸	۲-۴) مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ؛ سن، جنسیت، شغل، میزان تحصیلات، سابقه لکنت در خانواده و سابقه درمان
۱۲۱	۳-۴) مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
۱۲۵	۴-۴) مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
۱۳۰	۵-۴) مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
۱۳۶	۶-۴) مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
۱۴۱	۷-۴) مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
۱۴۶	۸-۴) مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
۱۵۱	۹-۴) تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی
۱۵۹	۱۰-۴) بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی
۱۶۵	۱۱-۴) بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیرهای شدت لکنت و نیمرخ شناختی

۱۶۹	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۷۰	۵-۱) مروری بر یافته های تحقیق
۱۷۲	۵-۲) پاسخ به سؤال های پژوهش
۱۸۲	۵-۳) بحث و نتایج بالینی
۱۹۰	۵-۴) نتیجه گیری
۱۹۲	۵-۵) محدودیت تحقیق
۱۹۳	۵-۶) پیشنهادها
۱۹۴	واژه نامه انگلیسی - فارسی
۲۰۰	فهرست منابع
۲۱۳	پیوست ها
۲۱۴	پیوست ۱) مشخصات اطلاعات فردی
۲۱۵	پیوست ۲) آزمون نگرش شناختی WASSP
۲۱۷	پیوست ۳) پروتکل لکنت پایه گفتار محاوره ای افراد بزرگسال
۲۱۹	پیوست ۴) ورقه ثبت لکنت پایه گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی آزمودنیها
۲۲۰	پیوست ۵) آزمون SSI-3
۲۲۲	پیوست ۶) متن خواندن معلم نقش آفرین
۲۲۳	پیوست ۷) ورقه ثبت ویژگیهای لکنت در جلسات انفرادی
۲۲۴	پیوست ۸) برنامه درمانی گروه کنترل
۲۲۵	پیوست ۹) فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی
۲۲۶	پیوست ۱۰) نظرات آسیب شناسان گفتار و زبان در مورد ابزار پژوهش
۲۲۸	پیوست ۱۱) مقیاس افکار و باورهای ناکارآمد پیرامون لکنت (UTABS)

فهرست جداول

- جدول ۳-۱: متغیرهای مورد پژوهش و نحوه سنجش آنها ۸۹
- جدول ۳-۲: روند اجرای پروتکل درمانی با استفاده از رویکرد تلفیقی شناختی - گفتاری ۱۱۰
- جدول ۴-۱: ضرایب همبستگی درون طبقه ای (ICC) برای خرده مقیاسها ۱۱۶
- جدول ۴-۲: همبستگی بین امتیاز هر بار آزمون ۱۱۶
- جدول ۴-۳: ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسها در هر بار آزمون ۱۱۷
- جدول ۴-۴: دامنه همبستگی سؤالات برای هر یک از خرده مقیاسها ۱۱۷
- جدول ۴-۵: میانگین و انحراف معیار سن آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۱۸
- جدول ۴-۶: توزیع جنسیت آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۱۸
- جدول ۴-۷: توزیع شغل آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۱۹
- جدول ۴-۸: توزیع میزان تحصیلات آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۱۹
- جدول ۴-۹: توزیع سابقه لکنت در خانواده آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۲۰
- جدول ۴-۱۰: توزیع سابقه درمان آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل ۱۲۰
- جدول ۴-۱۱: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در گفتار محاوره ای در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۱
- جدول ۴-۱۲: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۱
- جدول ۴-۱۳: مقایسه میانگین متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۲
- جدول ۴-۱۴: مقایسه میانگین متغیر افکار درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۳
- جدول ۴-۱۵: مقایسه میانگین متغیر احساس درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۳
- جدول ۴-۱۶: مقایسه میانگین متغیر اجتناب ناشی از لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۴
- جدول ۴-۱۷: مقایسه میانگین متغیر تبعات منفی لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله ۱۲۵
- جدول ۴-۱۸: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در گفتار محاوره ای در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله ۱۲۵

- ۱۲۶ جدول ۴-۱۹: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۲۶ جدول ۴-۲۰: مقایسه میانگین متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۲۷ جدول ۴-۲۱: مقایسه میانگین متغیر افکار درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۲۸ جدول ۴-۲۲: مقایسه میانگین متغیر احساس درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۲۸ جدول ۴-۲۳: مقایسه میانگین متغیر اجتناب ناشی از لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۲۹ جدول ۴-۲۴: مقایسه میانگین متغیر تبعات منفی لکنت در نیمرخ شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۳۰ جدول ۴-۲۵: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در گفتار محاوره ای قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۰ جدول ۴-۲۶: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در خواندن قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۱ جدول ۴-۲۷: مقایسه میانگین متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۲ جدول ۴-۲۸: مقایسه میانگین متغیر افکار درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۳ جدول ۴-۲۹: مقایسه میانگین متغیر احساس درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۴ جدول ۴-۳۰: مقایسه میانگین متغیر اجتناب ناشی از لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۵ جدول ۴-۳۱: مقایسه میانگین متغیر تبعات منفی لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل بطور جداگانه
- ۱۳۶ جدول ۴-۳۲: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در گفتار محاوره ای قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۳۶ جدول ۴-۳۳: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکنت در خواندن شفاهی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۳۷ جدول ۴-۳۴: مقایسه میانگین متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۳۸ جدول ۴-۳۵: مقایسه میانگین متغیر افکار درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش

- ۱۳۸ جدول ۴-۳۶: مقایسه میانگین متغیر احساس درباره لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۳۹ جدول ۴-۳۷: مقایسه میانگین متغیر اجتناب ناشی از لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۴۰ جدول ۴-۳۸: مقایسه میانگین متغیر تبعات منفی لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش
- ۱۴۱ جدول ۴-۳۹: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکت در گفتار محاوره ای قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۱ جدول ۴-۴۰: مقایسه میانگین متغیرهای شدت لکت در خواندن شفاهی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۲ جدول ۴-۴۱: مقایسه میانگین متغیر رفتارهای لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۳ جدول ۴-۴۲: مقایسه میانگین متغیر افکار درباره لکت در نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۳ جدول ۴-۴۳: مقایسه میانگین متغیر احساس درباره لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۴ جدول ۴-۴۴: مقایسه میانگین متغیر اجتناب ناشی از لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۵ جدول ۴-۴۵: مقایسه میانگین متغیر تبعات منفی لکت در نیمرخ شناختی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل
- ۱۴۶ جدول ۴-۴۶: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیرهای شدت لکت قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۴۷ جدول ۴-۴۷: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر رفتارهای لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۴۸ جدول ۴-۴۸: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر افکار درباره لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۴۸ جدول ۴-۴۹: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر احساس درباره لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۴۹ جدول ۴-۵۰: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر اجتناب ناشی از لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۰ جدول ۴-۵۱: مقایسه میانگین تفاضل نمرات متغیر تبعات منفی لکت در نیمرخ شناختی WASSP قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۱ جدول ۴-۵۲: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های شدت لکت در گفتار محاوره ای برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل

- ۱۵۲ جدول ۴-۵۳: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های شدت لکنت در خواندن شفاهی برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۳ جدول ۴-۵۴: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های رفتار های لکنت برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۴ جدول ۴-۵۵: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های افکار درباره لکنت برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۵ جدول ۴-۵۶: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های احساس درباره لکنت برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۶ جدول ۴-۵۷: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های اجتناب ناشی از لکنت برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۷ جدول ۴-۵۸: تحلیل همزمان (چند متغیره) تفاضل مؤلفه های تبعات منفی لکنت برای مقایسه میانگین تفاضل ها در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۵۹ جدول ۴-۵۹: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت لکنت در گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۰ جدول ۴-۶۰: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۰ جدول ۴-۶۱: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر افکار در باره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۱ جدول ۴-۶۲: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر احساس در باره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۱ جدول ۴-۶۳: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر اجتناب ناشی از لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۲ جدول ۴-۶۴: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر تبعات منفی لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله
- ۱۶۲ جدول ۴-۶۵: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای شدت لکنت در گفتار و خواندن در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۶۳ جدول ۴-۶۶: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر رفتارهای لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۶۳ جدول ۴-۶۷: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر افکار درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۶۴ جدول ۴-۶۸: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر احساس درباره لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۶۴ جدول ۴-۶۹: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر اجتناب ناشی از لکنت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله

- ۱۶۵ جدول ۴-۷۰: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع متغیر تبعات منفی لکننت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل بعد از مداخله
- ۱۶۵ جدول ۴-۷۱: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیرهای شدت لکننت در گفتار محاوره ای و خواندن شفاهی در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۶۶ جدول ۴-۷۲: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیر رفتارهای لکننت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۶۶ جدول ۴-۷۳: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیر افکار درباره لکننت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۶۷ جدول ۴-۷۴: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیر احساس درباره لکننت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۶۷ جدول ۴-۷۵: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیر اجتناب ناشی از لکننت در نیمرخ شناختی WASSP در دو گروه آزمایش و کنترل
- ۱۶۸ جدول ۴-۷۶: نتایج بررسی نرمال بودن توزیع تفاضل متغیر تبعات منفی لکننت در نیمرخ شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

فهرست نمودارها

- ۲۴ نمودار ۱-۲: طبقه بندی بین المللی عملکرد، ناتوانی، بهداشت - گروهها و زیر گروهها
- ۳۴ نمودار ۲-۲: مدل CALMS

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱) مقدمه:

زبان از عملکردهای شناختی سطح عالی مغز محسوب می شود و گفتار نمود و تجلی عینی و قابل شنیدن زبان است. گفتار و زبان هر یک ممکن است جداگانه یا با هم به دلایل مختلف دچار آسیب هایی به درجات گوناگون شوند و مسیر ارتباطی اصلی انسان را مختل نمایند. یکی از شایعترین این اختلالات، لکنت است. به نقل از کوتبای، موسا، ال سدی و نابی^۱ (۲۰۰۳) لکنت، یکی از بیماریهای بحث برانگیز است که غالباً در دوران کودکی به علل گوناگون روی می دهد. طیف وسیع لکنت بعضاً از دوره کودکی تا بزرگسالی ادامه یافته و به عنوان یک اختلال مزمن و پایدار روانی گفتار و با تنوعی از رفتارهای وابسته مطرح است. مطابق دیدگاههای مختلف درمانگران، درمان لکنت در همه دوره های کودکی، نوجوانی و بزرگسالی بسیار متغیر است. به عنوان نمونه مدل دو عاملی وبستر^۲ (۱۹۹۷) لکنت را ناشی از دو عامل می داند: ۱) ضعف در ناحیه محرک تکمیلی یا ناحیه حرکتی مکمل^۳ (SMA) نیمکره چپ برای کنترل گفتار و توالی حرکات ۲) مداخله و فعالیت های عصبی نیمکره راست از جمله ترس، اضطراب، اجتناب، هیجانات منفی و غیره. طبق این دیدگاه درمان موفق لکنت منوط به در نظر گرفتن هر دو عامل است. بنابراین برای عامل اول از رویکرد شکل دهی روانی گفتار (تقویت روانی گفتار) و از نوع فعالیتهای بالا به پایین^۴ و برای عامل دوم از رویکرد شناختی و از نوع فعالیتهای پایین به بالا^۵ استفاده می شود.

سالیانی است که به موازات رویکرد شکل دهی روانی گفتار، رویکرد درمان شناختی رفتاری^۶ (CBT) نیز در مرکزیت مطالعات لکنت بزرگسالان قرار دارد. این دو رویکرد گاهی در تقابل هم و گاهی نیز به طور تعاملی و تلفیقی اجرا می شوند. تعداد کثیری از درمانگران معتقدند که افراد لکنتی بزرگسال^۷ (AWS) علاوه بر درمان گفتاری نیاز مبرم به شناخت درمانی دارند. به بیان دیگر بجای تمرکز بر یک روش یا یک رویکرد، از روشهای متعدد و رویکرد یکپارچه و نوعی تلفیقی استفاده کنند (اس تی کلر، منزیز، آن اسلو، پکمن و

1 -Kotby, Moussa, EL-Sady & Nabieh

2 -Webster

3 -Supplementary motor area(SMA)

4 -Top -Down

5 -Bottom -Up

6 -Cognitive-behavior therapy(CBT)

7 -Adults who stutter(AWS)

همکاران^۱، ۲۰۰۹). طبیعتاً اثربخشی روشهای درمان لکنت در دوران بزرگسالی بر مبنای ثبات لکنت، نگرش منفی فرد، انگیزه و اشتیاق آن، نوع رویکردهای درمانی و چگونگی اجرای آن و عوامل دیگر متفاوت خواهد بود. با این وجود، هر فرد لکنتی با هر نوع تابلوی بالینی علاوه بر استفاده از روشهای همگانی نیازمند رویکردهای درمانی منحصر به فرد نیز خواهد بود. همچنین در طرح برنامه های درمانی بزرگسالان لکنتی علاوه بر سن، متغیرهایی از قبیل شدت لکنت، جنبه های پنهان لکنت، اضطراب اجتماعی، اجتناب، نگرش شناختی فرد، تفاوت شخصیتی، تجربیات فردی، سابقه درمان، انگیزش فرد و اهداف متفاوت را باید لحاظ کرد (وارد^۲، 2006). به گفته استین، والکرت^۳ (۱۹۹۶، ۲۰۰۲)، آن اسلو و پکمن (۲۰۰۴)، کریگ و تران^۴، (۲۰۰۹) تقریباً ۵۰٪ افراد لکنتی بزرگسال از اختلال بهداشت روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی رنج می برند و به همین منظور آنان در موقعیت های ارتباطی و اجتماعی سکوت انتخاب می کنند و نوعاً نگرشی منفی نسبت به گفتار شان دارند که این وضعیت علاوه بر تشدید لکنت، بر کیفیت زندگی آنها نیز تأثیر نامطلوبی می گذارد. بنابراین طبق شواهد، رویکرد CBT عملاً اضطراب و اجتناب اجتماعی AWS را تقلیل داده و موجب افزایش تعاملات ارتباطی - کلامی و تغییر نگرش منفی آنان می گردد (ایوراخ، ابرین، جونز، بلاک و همکاران^۵، ۲۰۰۹).

از آنجاییکه عوامل متعددی از جمله سطوح مختلف شدت لکنت، نگرشهای متفاوت نسبت به روانی گفتار، تجارب شخصی و تفاوتهای شخصیتی، سطوح مختلف انگیزشی افراد، نوع رویکردهای درمانی و غیره در موفقیت درمان لکنت بزرگسال نقش بسزایی دارند، بنابراین تدوین یک پروتکل درمانی منسجم و یکپارچه از رویکردهای شناختی و شکل دهی روانی گفتار با تأکید بر جنبه های فرهنگی - اجتماعی و زبانی ایران ضروری است. بر همین اساس در این مطالعه پژوهشگر قصد داشت با تهیه این پروتکل تلفیقی شناختی - گفتاری و اجرای آن، اثربخشی آن را در درمان افراد لکنتی بزرگسال تعیین کرده و به جامعه گفتار درمانی ایران بویژه درمانگرانی که بخواهند به صورت اختصاصی و حرفه ای روی لکنت بزرگسال کار کنند، معرفی نماید.

1-St Clare, Menzies, Onslow, Packman & et al

2 - Ward

3 - Stein & Walkert

4 - Craig & Tran

5 - Iverach, O'Brion, Jones, Block & et al

۱-۲) بیان مسئله:

گرچه برای درمان لکنت، روش های بی شماری وجود دارد که هر یک بر دیدگاهی خاص متکی است. از جمله روش های سنتی گفتار درمانی، روانکاوی، گروه درمانی، خود درمانی، گاهی دارو درمانی، شناخت درمانی و غیره. به عنوان نمونه، در روش خود درمانی لکنت را رفتاری می دانند که نیاز به اصلاح و بازسازی دارد. به فرد می آموزند که احساسات و نگرش خود نسبت به لکنت را تغییر داده و با استفاده از روش حساسیت زدایی، روش های کاهش فشارهای هیجانی، عاطفی و جایگزین کردن رفتارهای مثبت برای کنترل لکنت به منظور باز سازی لکنت خود تلاش کنند. زیرا افراد لکنتی بخاطر نوع شخصیت شان، هنگام بروز مشکلات عاطفی و فشارهای هیجانی، مرتکب واکنشهایی توأم با حساسیت زیاد می شوند. طبیعی است که این نوع حساسیت ها و فشارها آرامش فرد را مختل کرده و باعث آشفتگی روانی، تنش عضلانی، اضطراب و تشدید لکنت می شود (ابرین، آن اسلو، پکمن، ۲۰۰۳). اما آنچه مسلم است پیچیدگی لکنت و زمان بر بودن درمان آن است که نیازمند جلسات متعددی می باشد که لازمه آن ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با فرد، تشخیص دقیق و زود هنگام اختلال، مداخلات درمانی مناسب همراه با ایجاد انگیزه و ترغیب فرد جهت پیگیری می باشد. همچنین، درحالی که یکی از متحیرترین ویژگی لکنت، بهبودی خود بخودی آن در اکثر کودکان در دوران کودکی است، اما کنترل و درمان لکنت در دوران بزرگسالی به لحاظ پیچیدگی آن، ورود متغیرهای روانی اجتماعی و شناختی، بروز فشار زمانی فزاینده هنگام گفتگو و انتظارات ایده آل گرایانه بسی دشوار است. به نقل از پرکینز، کنت، کورلی^۱ (۱۹۹۶) و کریک، ترن، هانکوک، پترز^۲ (۲۰۰۲) درمان پذیری لکنت به دلیل نیمرخ های متفاوت آن نوعاً متغیر بوده و در دامنه کمترین تا بیشترین میزان بهبودی قرار دارد. بر این اساس روش های زیادی وجود دارد که در صورت اجرای صحیح آن موجب می شوند تا افراد لکنتی، برای مدت کوتاهی و یا طولانی مدت گفتار روان داشته باشند. به بیان دیگر، رویکردهای متنوع درمانی از جمله رویکرد روانتر صحبت کردن یا شکل دهی روانی گفتار، رویکرد اصلاح لکنت و رویکرد شناختی و بعضاً رویکرد تلفیقی شناختی - گفتاری همچنان برای درمان AWS مورد استفاده قرار می گیرند. علی رغم نقاط مشترک و همپوشانی قابل توجه این رویکردها باهم، تفاوت های کاربردی، محتوایی

1 -Perkins, Kent, Curlee

2 -Hancock, Peters & et al

و اجرایی زیادی نیز باهم دارند که منجر به چالشهایی از سوی درمانگران هر یک از رویکردها گردیده است. غالباً منتقدین روشهای شناختی براین باورند که در این رویکرد تأکید چندانی به کمی سازی داده های خروجی به عمل نمی آید(اینگهام، ۱۹۹۹ و رایان^۱، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، منتقدین روشهای شکل دهی روانی گفتار مدعی هستند که روشهای این رویکرد اساساً جنبه های شناختی اختلال را نادیده می گیرند و حتی معتقدند که کنترل و تغییر لکنت با استفاده از روشهای شکل دهی روانی گفتار به تدریج یک روش غیرطبیعی جایگزین روش غیرطبیعی دیگر می شود و روانی گفتار ایجاد شده واقعی نیستند، بلکه روانی کاذب و زودگذر است(منینگ و دایلولو^۲، ۲۰۰۷). مطالعات فراوانی علاوه بر گزارش درمان موفق، مدعی و مؤید برگشت پذیری لکنت، بخصوص لکنت دوران بزرگسالی می باشند. این مطالعات مهمترین زمینه های بازگشت لکنت را شامل: درمان نامناسب، کنترل ناموفق لکنت، تعاملات نامحدود با همنوکان، سبک زندگی فرد، اجتناب استفاده از روش، واکنش منفی شنوندگان به روش، سطح انگیزش پایین فرد، احساسات منفی، جدی نگرفتن برنامه درمانی و غیره گزارش کردند. در مقابل، عوامل مؤثر بر درمان موفق را ناشی از درمان مداوم و پایدار، انگیزه قوی فرد، نگرش مثبت و شناخت بیشتر از گفتار خود، استفاده از تجربیات سایر افراد لکنتی، کاهش سلسله مراتب ترس و اجتناب و غیره می دانند(ولف، کوردز و اینگهام^۳، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۳). هاریسون^۴ (۲۰۱۱) دلیل مقاوم بودن لکنت به درمان را مستلزم محدودیت درمان سنتی می داند. وی معتقد است در درمان سنتی، لکنت به عنوان مشکل گفتاری در نظر گرفته می شود، اما اگر لکنت را به صورت سیستمی و چند بعدی در نظر بگیریم که حداقل از شش عنصر رفتارها، احساسات، ادراکات، باورها، اهداف و پاسخ های فیزیولوژیکی تشکیل شده است، آن گاه لکنت را بهتر درک کرده ایم. هاریسون این شش عنصر را به صورت یک شش ضلعی معرفی می کند که تمام عناصر آن روی هم تأثیر دارند. در نتیجه روانی گفتار حاصل برآیندی از عناصر شخصیت نظیر باورها، احساسات، رفتارها، نگرش ها و غیره می باشد. بر این اساس مطالعه ی موجود با پیش فرض دیدگاه هاریسون، ضرورت برنامه جامع لکنت^۵ (CSP) و اثر بخشی قابل ملاحظه مطالعات خارجی(پیشینه تحقیق) در حیطه رویکرد تلفیقی و در نظر گرفتن زمینه های بازگشت لکنت و عوامل پیشرفت آن در جریان مداخلات درمانی، مبتنی بر این است که رویکرد درمانی

1 -Ingham & Rayan

2 -Manning & DiLollo

3- Woolf, Cordes & Ingham

4- Harrison

5 -Comprehensive stuttering program(CSP)