MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Aug. **Research Article**

Effect of Speech Therapy in Conjunction with Stress Management via Cognitive Behavioral Therapy on Adult Stuttering

*Mohsen saeidmanesh[1], Fateme Nejad Akbari Ravavri[2]

Author Address
1. PhD of neurocognitive science, assistant professor of Elmohonar University, Yazd, Iran;
2. Student of child and adolescence psychology, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Address:** psychology department, humanistic science faculty, Elmohonar University, Shohadayegomnam St, Yazd, Iran.
***Tel:** 03538207180; ***E-mail:** m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2017 July 31; **Accepted:** 2017 August 15

Abstract

Background and objective: Stuttering is a motor disorder that disrupts the fluent and connected speech flow and appears with different severities. As a special childhood phenomenon, it begins in the age range of 6 to 7, which coincides with the development of emotional and social adaptability, when children are most susceptible to this disorder and in some exceptional cases in early childhood at the age range of 2-4. Some people who have stuttered in the early stages of puberty continue to do so well into the adulthood. This disorder is more common among boys than girls in proportion of two to one. In fact, the reasons for stuttering among children are not yet known. However, what is somewhat clear is that it cannot have a single cause. Rather, a cohort of physical, emotional, or social causes often causes it. Many people with stuttering have some neurological discomfort and social inaccuracies. However, it is very difficult to determine whether such mental disorders are the cause of stuttering. In some cases, stuttering may be due to inadequacies and disorders of the nervous system; in other cases, stuttering from childhood may be due to some mild physiological abnormalities. The purpose of this study was to investigate the effect of speech therapy with stress management on reducing the severity of stuttering among individuals over 18 years old in Isfahan-Iran.

Methods: This is a two-group pretest-posttest quasi-experimental study. The population consisted of all people between the age of 18 to 25 years' old who went to public and private speech therapy clinics in Isfahan in autumn and winter of 2017. Convenience sampling used to recruit 34 participants. The participants were assigned to the experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received speech therapy with stress management. The research instrument was The Stuttering Test (SSI4). SSI4 is one of the most important and most reliable stuttering severity measures. This instrument used as a partial description of stuttering and outcome measurement. The inter-reliability of this instrument is 0.93 to 0.98. Riley developed this instrument in 2009, translated, and normed by Tahmasebi in Iran. Covariance analysis used to analyze the data through Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software version 21.

Results: The results showed significant improvement in frequency, duration and physical behavior ($p< 0.001$) with the score of experimental group compared with the score of control group.

Conclusion: The study showed that speech therapy in conjunction with stress management via cognitive behavioral therapy could improve adult stutter. Thus, the aforementioned method can be used for treating adult stuttering.

Keywords: Speech Therapy, Stress Management Cognitive Behavioral Therapy, Stuttering.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط مردادماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر گفتاردرمانی همراه با رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس بر کاهش شدت لکنت دختران نوجوانان

***محسن سعیدمنش[۱]، فاطمه نژاد اکبری راوری[۲]**

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری علوم اعصاب شناختی، استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علم و هنر یزد، ایران؛

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد بالینی کودک‌ونوجوان دانشگاه علم‌وهنر یزد، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** یزد، بلوار شهدای گمنام، دانشکدهٔ علوم انسانی دانشگاه علم‌وهنر یزد، ایران.

***تلفن:** ۰۳۵۳۸۲۰۷۱۸۰؛ ***رایانامه:** m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹مردادماه ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ مردادماه ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: لکنت شناخته‌شده‌ترین اختلال درزمینهٔ روانی گفتار بوده و باوجود بررسی‌های گسترده هنوز به‌صورت اختلالی چندبعدی باقی مانده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر گفتاردرمانی همراه با رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس بر کاهش شدت لکنت افراد ۱۲ تا ۱۸ سال، در شهر اصفهان بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان دختر دارای لکنت بین سنین ۱۲ تا ۱۸ سال تشکیل دادند که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ به کلینیک‌های دولتی و خصوصی گفتاردرمانی شهر اصفهان مراجعه کردند. به روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۳۴ نفر انتخاب شدند. از این نمونه ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گفتاردرمانگر آن‌ها پیش‌آزمون را انجام داد. هم‌زمان با جلسات گفتاردرمانی جلسات رفتاردرمانی شناختی برای گروه آزمایش انجام شد؛ سپس از آن‌ها پس‌آزمون به‌عمل آمد. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش آزمون شدت لکنت SSI4 بود. داده‌ها بااستفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بهبود معناداری در نمرات بسامد و دیرش و رفتارهای فیزیکی همراه در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل نشان داد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر، گفتاردرمانی همراه با رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس می‌تواند به بهبود لکنت نوجوانان بیانجامد؛ بنابراین، می‌توان از گفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس هم‌زمان برای بهبود لکنت در افراد و درمان سریع‌تر آنان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: گفتاردرمانی، رفتاردرمانی شناختی، لکنت.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]

۱ مقدمه

لکنت ، شـــناخته‌شـــده‌ترین اختلال در روانی گفتار اســـت و باوجود بررســـی های گســـترده‌ای که در جنبه های مختلف درزمینهٔ لکنت صـــورت‌گرفته، هنوز این اختلال به‌مثابهٔ اختلال چندبعدی، پیچیده و پررمزوراز باقی مانده اســت. لکنت زبان، اختلالی در ســیالی و الگوی زمانی بیان اســت که فرد را در کســب مهارت‌های متناســب با ســن و مهارت‌های زبانی دچار مشـــکل می‌کند، به‌طور مداوم حاضـــربوده و باحضـــور مکرر تکرار یا صـــداها یا ســـیلاب‌ها و همچنین، دیگر اختلال‌های سیالی گفتار در روانی کلام مشخص می‌شود (۱). ایوراخ و همکاران در ســـال ۲۰۰۹، لکنت را به‌عنوان اختلالی ارتباطی با دامنه‌ای از مشـــکلات روان‌شـــناختی می‌دانند که بر اعتماد به‌نفس اجتماعی، توانایی کاری، تفکر و ارتباطات بین‌فردی تأثیر می‌گذارد (۲). وارد نیز معتقد است لکنت اختلالی چندوجهی و بسیار پیچیدهٔ روانی حرکتی اســـت که درجریان طبیعی گفتار فرد روی می‌دهد؛ به‌گونه‌ای‌که هم کنترل حرکتی و هم عملکرد زبانی را درگیر می‌کند و به‌نوعی تغییرات رفتاری و عاطفی و نگرشی را نیز به‌همراه دارد (۳).

برخی از درمانگران معتقدند که افراد دارای لکنت (AWS)، علاوه‌بر درمان گفتاری نیاز مبرم به درمان های دیگر نیز دارند. به‌بیان‌دیگر به‌جای تمرکز بر یک‌روش یا یک‌رویکرد، از روش‌های متعدد و رویکرد یک پارچه و نوعی تلفیقی اســـتفاده کنند (۴). برای درمان لکنت روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است، از آن جمله درمان‌های گفتاری که گفتاردرمـانگران انجام می‌دهند و نیز درمـان‌هـایی کـه بـه‌کمـک روان‌شـناسـان و مشـاوران انجام می‌گیرد (۲). تقویت روانی گفتار، از رویکردهای اســـتفاده‌شـــده در درمان لکنت بوده و شـــامل شـــیوه‌هایی ازقبیل روش کشیده‌گویی، جریان هوا، مکث و مکث‌کشیده‌گویی است. در این شـیوه‌ها هدف کاسـتن از میزان سـرعت گفتار و ایجاد تغییرات لازم در ویژگی‌های زبرزنجیری گفتار است که باعث افزایش هماهنگی در اجرای گفتار می‌شـود و درواقع تغییر نارواني گفتار به‌واسـطهٔ تغییر رفتار فرد مبتلا صـــورت می‌گیرد (۵). پژوهش‌ها نشـــان‌دهندهٔ تأثیر گفتاردرمانی در بهبود لکنت است (۶،۷).

بســـیاری از درمـانگران معتقـدنـد کـه افراد دارای لکنـت علاوه‌بر گفتاردرمانی، نیاز مبرم به شـــناخت‌درمانی دارند (۶،۷). درمان شناختی‌رفتاری، جنبه‌های زیستی و روانی و اجتماعی لکنت را مدنظر قرار می‌دهد. این نوع درمان در کاهش علائم لکنت و اضـــطراب و بهبود نگرش‌های فرد درخصـوص گفتارش مؤثر اسـت (۴). مدیریت استرس ، به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق‌شده که بر رویکرد شـــناختی‌رفتاری متمرکز می‌شـود. این مداخله مرکب‌اسـت از عناصـــری ازقبیل افزایش آگاهی دربارهٔ اســـترس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی. این مجموعه آموزش‌ها برگرفته از راهنمای عملی مدیریت اســـترس به‌شـــیوهٔ شـــناختی‌رفتاری است. تکنیک‌های مدیریت استرس و تمرین آرمیدگی می‌تواند ازطریق کم‌کردن اســـترس فرد به کاهش تأثیر اســـترس‌ها کمک کنند. مدیریت اســـترس، به‌شـــیوهٔ شـــناختی‌رفتاری بر آن اســـت تا حس کنترل، خودکارآمدی، عزت‌نفس، مقابلهٔ کارآمد و حمایت اجتماعی را در فرد دارای استرس افزایش دهد (۸).

پژوهش‌ها نشـــان‌دهندهٔ تأثیر گفتاردرمانی شـــناختی‌رفتاری بر بهبود لکنت زبان در افراد بزرگســـال اســـت (۸،۱۰)؛ اما پژوهشـــی که بر نوجوانان و آن‌هم به‌صـــورت تلفیق با گفتاردرمانی انجام شـــده باشـــد توسط محقق یافت نشد.

به‌طبع، اثربخشـی روش‌های درمان برمبنای ثبات لکنت، نگرش منفی فرد، انگیزه و اشـــتیاق آن، نوع رویکردهای درمانی و چگونگی اجرای آن و عوامل دیگر متفاوت اســـت؛ بااین‌وجود، هر فرد دارای لکنت با هر نوع تابلوی بالینی، علاوه‌بر اسـتفاده از روش‌های همگانی، نیازمند رویکردهای درمانی منحصـــربه‌فرد نیز خواهد بود. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان‌هایی مثل گفتاردرمانی تأثیرات کاهنده ولی موقت بر لکنت دارند (۷،۱۳). به‌نظر می‌رســـد درمان شـــناختی‌رفتاری به‌صـــورت تلفیقی با گفتاردرمانی می‌تواند با تغییرات شـــناختی و رفتاری، هم‌زمان هم بر کاهش لکنت ازطریق تغییر نگرش های فرد دربارهٔ لکنت و هم کاهش اســـترس مرتبط باشـــد؛ لذا هدف از انجام پژوهش حاضـــر بررســـی اثربخشـــی گفتاردرمانی به‌همراه رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس بر کاهش شدت لکنت نوجوانان بود.

۲ روش بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را تمامی نوجوانان دختر دارای لکنت بین سنین ۱۲ تا ۱۸ سال تشکیل دادند که در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۵ به کلینیک‌های دولتی و خصوصی گفتاردرمانی شهر اصفهان مراجعه کردند. برای نمونه‌گیری از بین این جامعهٔ آماری بااستفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۳۴ نفر با رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی ۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند؛ سپس از گفتاردرمانگر آن‌ها خواسته شد تا برای هر فرد دارای لکنت، آزمون شدت لکنت SSI4 را تکمیل کند. لازم به‌ذکر است حداقل حجم نمونه در کارهای آزمایشی، ۱۵ نفر در هر گروه آزمایش و کنترل بوده که محققان با درنظرگرفتن احتمال ریزش و همچنین افزایش اعتبار بیرونی یافته‌های تحقیق، از ۱۷ نفر در هریک از گروه‌ها استفاده کردند (۱۵).

آزمون شدت لکنت (SSI4): این آزمون را به‌منظور ارزیابی آثار درمان و همچنین ابزاری پژوهشی در مطالعات تأثیرات لکنت ابداع کردند. SSI در سال ۱۹۸۰ اصلاح و در سال ۱۹۹۴ به‌عنوان SSI3 به‌همگان معرفی شد. در سال ۲۰۰۹ نسخهٔ چهارم این ابزار به‌عنوان SSI4 انتشار یافت (۱۶). SSI4، به‌منظور سنجش شدت لکنت در سه مقطع سنی کودکان پیش‌دبستان (۲تا۱۰ماه الی ۵تا۱۱ماه)، مدرسه‌رو (۶ الی ۱۱تا۱۶ سال) و بزرگسالان (۱۷ سال و بیشتر) طراحی شده است. در پژوهش حاضر بخش مربوط به بزرگسالان یعنی ۱۷ سال و بیشتر به‌کار گرفته شد. این پرسشنامه را درمانگر پاسخ می‌دهد. نتایج مربوط به این ابزار در سه خرده‌مقیاس ارائه می‌شود. این خرده‌مقیاس‌ها عبارت است از: ۱. بسامد[1] (تعداد دفعات بروز لکنت)؛ ۲. دیرش[2] (مدت‌زمان

[1]. frequency
[2]. duration

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]

شروع تا پایان گفته)؛ ۳. رفتارهای فیزیکی[1] همراه (رفتارهایی که فرد دارای لکنت درطول گفتار مرتکب آن می‌شود مانند پازدن به زمین، پایین‌انداختن سر، حرکت‌دادن سر و...). بسامد با درصد هجاهای لکنت‌شده مشخص می‌شود و دامنهٔ نمرات آن از ۲ تا ۱۸ است. نمرهٔ دیرش شامل میانگین سه‌دفعه از طولانی‌ترین وقایع لکنت بوده که دامنهٔ نمرات از ۴ تا ۱۸ را دارد. رفتارهای فیزیکی همراه به چهارطبقه تقسیم‌شده و دامنهٔ نمرات هر طبقه از ۰ تا ۵ است. نمرهٔ کل این قسمت از مجموع نمرهٔ هر طبقه به‌دست می‌آید که دامنهٔ نمرات آن از ۰ تا ۲۰ محاسبه می‌شود. نمرهٔ کلی آزمون از ۰ تا ۵۶ بوده که از جمع نمرات بسامد و دیرش و رفتارهای فیزیکی به‌دست می‌آید. هرچه نمرهٔ فرد بیشتر باشد، لکنت فرد شدیدتر است (۱۳). پایایی این ابزار بااستفاده از آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس بسامد و دیر و رفتارهای فیزیکی همراه به‌ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۶ و ۰/۹۸ و برای کل آزمون ۰/۹۳ به‌دست آمد. طهماسبی گرمتانی و همکاران ، پایایی این ابزار را بااستفاده از آلفای کرونباخ محاسبه کردند که میزان آن برای نمرهٔ کل آزمون ۰/۹۸ بود (۱۴). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار نیز از آلفای کرونباخ استفاده و مقادیر آن برای سه خرده‌مقیاس بیان‌شده به‌ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۹۳ و ۰/۷۴ مشاهده شد. رایلی روایی را برای خرده‌مقیاس‌های بسامد ۰/۹۱ و دیرش ۰/۸۷ و رفتارهای فیزیکی همراه ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۹۳ به‌دست آورد؛ همچنین، طهماسبی گرمتانی و همکاران، پس‌از ترجمهٔ این ابزار روایی صوری و محتوایی این ابزار را ازطریق تأیید ده آسیب‌شناس گفتار و زبان و ده فرد مبتلا به لکنت ۹۰درصد، مشخص کردند (۱۵). در پژوهش حاضر نیز برای تعیین روایی این ابزار با استفاده از محاسبهٔ روایی سازه با یک‌سؤال که به‌نظر می‌رسید معرف کل سؤال‌های مقیاس است، هم‌بسته شد، استفاده گردید. مقدار آن ۰/۷۹ و در سطح $p<$۰/۰۰۱ معنادار است و روایی مطلوب این پرسشنامه را نشان‌می‌دهد.

پس‌از انجام آزمون به‌عنوان پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. بعداز انجام جلسات رفتادرمانی شناختی مدیریت استرس روی گروه آزمایش، درمانگر برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به آزمون لکنت به‌عنوان پس‌آزمون برای هر فرد پاسخ داد. داده‌های پژوهش، بااستفاده از نرم‌افزارSPSS نسخهٔ ۲۱ تجزیه‌وتحلیل شدند. در توصیف داده‌ها شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار (در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به‌کار گرفته شد. پس‌از بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس، به‌منظور مقایسهٔ تفاضل میانگین (پس‌آزمون‌پیش‌آزمون) نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، از تحلیل کواریانس استفاده شد؛ همچنین به‌لحاظ رعایت موضوعات اخلاقی، دررابطه با جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگران نظارت دقیقی بر تکمیل پرسشنامه‌ها داشته و توضیحات لازم در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. این توضیحات شامل آگاهی از حق انتخاب برای شرکت در پژوهش، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی، اهمیت شرکت در پژوهش و اطلاعات اندکی درارتباط با موضوع پژوهش بود.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۴ دختر بودند که در فاصلهٔ سنی ۱۲تا۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی برای گروه آزمایش ۱۵/۵ سال و برای گروه کنترل ۱۵ بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۱ ارائه شده است؛ همچنین قبل‌از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون ازجمله همگنی واریانس‌ها و طبیعی‌بودن توزیع نمرات انجام و ملاحظه شد همهٔ پیش‌فرض‌ها برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده و مشاهده شد سطح معناداری برای متغیر بسامد (F=۰/۱۴۳ و p=۰/۱۵) و متغیر دیرش (p=۰/۱۳ و F=۰/۱۳۴) و متغیر رفتارهای فیزیکی (p=۰/۲۶۵ و F=۱/۲۵۵) بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات نیز نشان داد که مقدار p برای متغیر بسامد (p=۰/۱۳۴) و برای متغیر دیرش (p=۰/۲۱۳) و برای متغیر رفتارهای فیزیکی (p=۰/۱۲۹) نیز بیشتر از ۰/۰۵ است که فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات برقرار بود.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی مربوط به شدت لکنت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به همراه نتایج تحلیل کوواریانس

لکنت		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p
بسامد	آزمایش	۱۴	۱/۳۲	۸/۶۴	۱/۳۲	۱۰۶/۰۳	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۳۵	۱/۷۲	۱۲/۹۴	۱/۷۴		
دیرش	آزمایش	۱۳/۹۴	۱/۵۹	۸/۷۶	۱/۶۰	۷۶/۹۴	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۸۸	۱/۵۳	۱۳/۳۵	۱/۶۹		
رفتارهای فیزیکی	آزمایش	۱۲/۹۴	۱/۵۶	۸	۲/۴۷	۳۳/۳۹	<۰/۰۰۱
	گواه	۱۳/۶۴	۱/۸۰	۱۲/۵۲	۱/۶۶		

براساس جدول ۱، اطلاعات توصیفی نشان می‌دهد میانگین نمرات پس‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های بسامد و دیرش و رفتارهای فیزیکی در گروه آزمایش کمتراز گروه کنترل است. برای خرده‌مقیاس بسامد، میانگین گروه آزمایش ۱/۳۲±۸/۶۴ و میانگین گروه کنترل

[1]. physical behavior

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]

۱۲/۹۴±۱/۷۴، برای خرده‌مقیاس دیرش میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش ۸/۷۶±۱/۶۰ و گروه کنترل ۱۳/۳۵±۱/۶۹ و درنهایت برای خرده‌مقیاس رفتارهای فیزیکی میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش ۸±۲/۴۷ و پس‌آزمون گروه کنترل ۱۲/۵۲±۱/۶۶ به دست آمد. به‌منظور مقایسهٔ معناداری این تفاوت بین دو گروه از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که این تفاوت بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون برای هر سه خرده‌مقیاس بسامد (p=۰/۰۰۱ و F=۱۰۶/۰۳) و دیرش (p=۰/۰۰۱ و F=۷۶/۹۴) و رفتارهای فیزیکی (p=۰/۰۰۱ و F=۳۳/۳۹) معنادار است.

٤ بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر گفتاردرمانی همراه با مدیریت استرس بر کاهش شدت لکنت افراد ۱۲تا۱۸ سال در شهر اصفهان بود. نتایج حاصل نشان داد: گفتاردرمانی و درمان شناختی‌رفتاری مدیریت استرس باهمدیگر بر کاهش علائم لکنت مؤثر است. یافته‌های حاصل با پژوهشی که اثربخشی تلفیق گفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی را روی افراد بزرگسال دارای لکنت بررسی کرده بود، همخوان است (۱۳)؛ همچنین پژوهش‌های قبلی بیان کردند درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به کاهش شدت لکنت در افراد دارای لکنت زبان کمک کند (۱۶). در مطالعهٔ ایورچ و همکارانش نیز مشخص شد درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند به‌طور قاطع موجب بهبود کیفیت زندگی افراد بزرگسال دارای لکنت شود (۴). علاوه‌براین، نتایج پژوهش ردی و همکارانش در سال ۲۰۱۰ نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری موجب افزایش عزت‌نفس در افراد دارای لکنت می‌شود (۱۶).

افراد مبتلا به لکنت، ظرفیت توجهی کاهش‌یافته دارند؛ درنتیجه کاهش عملکرد در این افراد دوراز انتظار نیست. بروز مشکلات مربوط به پدیدهٔ تداخل، در اثر ظرفیت توجهی کاهش‌یافته در افراد دارای لکنت، ناروانی در گفتار را افزایش می‌دهد (۱). طی جلسات درمانی مدیریت استرس و گفتاردرمانی، جریان روان و پیوسته‌ای در گفتار افراد دارای لکنت ایجاد می‌شود؛ همچنین، این اثربخشی را می‌توان در کندکردن مراحل صداسازی و تنفس و تولید در بین کلمات نیز مشاهده کرد. گفتاردرمانی، شامل شیوه‌هایی ازقبیل کشیده‌گویی، جریان هوا، مکث و مکث‌کشیده‌گویی است. در این شیوه‌ها، هدف کاستن از میزان سرعت گفتار و ایجاد تغییرات لازم در ویژگی‌های زبرزنجیری گفتار بوده که باعث افزایش هماهنگی در اجرای گفتار می‌شود. درواقع، تغییر ناروانی گفتار به‌واسطهٔ تغییر رفتار فرد مبتلا صورت می‌گیرد (۱۳). در درمان‌های شناختی‌رفتاری هم‌چون درمان شناختی‌رفتاری مدیریت استرس، جنبه‌های زیستی و روانی و اجتماعی لکنت را مدنظر قرار می‌دهد. علائم اولیهٔ لکنت، شامل علائم اجتماعی و روان‌شناختی و رفتاری است. افراد مبتلا به لکنت، در هر دو الگوی شناختی و رفتاری هم از سمت محیط و هم به‌دلیل گفتار خود تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند (۱۶). نتایج پژوهش کریج و همکارانش نشان می‌دهد که بیشتر افراد مبتلا به لکنت از اختلالات اضطرابی ازجمله اضطراب اجتماعی رنج می‌برند؛ به‌همین‌دلیل در موقعیت‌های اجتماعی سکوت اختیار می‌کنند و نوعی نگرش منفی به گفتارشان دارند؛ بنابراین رویکرد شناختی‌رفتاری و تکنیک‌های کاهش استرس موجب می‌شود اضطراب در آن‌ها تقلیل پیداکرده و نگرش‌های منفی این افراد اصلاح شود (۱۸). این نوع درمان در کاهش علائم لکنت و اضطراب و همچنین بهبود دیرش‌های فرد درخصوص رفتار، مؤثر است. درمان شناختی‌رفتاری، رویکردی فعال، جهت‌دار، ازلحاظ زمانی محدود و سازمان‌یافته مبتنی‌بر همکاری درمانی بین مُراجع و درمانگر، هدف‌گرا و متمرکز بر مسئله، متکی‌بر فرآیند سؤال و کشف راهبردی و معطوف به مشکلات جاری بیمار است (۱۷). در درمان شناختی‌رفتاری افراد ازطریق خودگویی‌های مثبت یاد می‌گیرند به اعمال و تجربیات مثبت‌شان بیشتر توجه کنند و با تکنیک حل مسئله می‌آموزند چگونه مسائل خود را حل کنند. درنهایت ازطریق تکنیک‌های مواجهه یاد می‌گیرند با موقعیت‌ها مواجه شوند. در کنار این مسائل ازطریق روش‌های مدیریت استرس نیز می‌آموزند چگونه استرس خود را کنترل کنند (۱۳)؛ ازاین‌رو، ترکیب گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی‌رفتاری مدیریت استرس، در نوجوانان دارای لکنت دریک‌دورهٔ درمانی، می‌تواند در کاهش لکنت تأثیربیشتری بگذارد و باعث بهبود دیرش در افراد دارای لکنت زبان شود. نبود دوره‌های پیگیری برای بررسی ماندگاری نتایج درمان و کنترل‌نکردن متغیرهای مزاحم و نبود نظارت بر انجام فعالیت‌ها و دریافت‌هایی که افراد دارای لکنت در خارج از جلسه‌های آموزش دریافت می‌دارند، از محدودیت‌های این پژوهش بود.

٥ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی‌از این بود که تلفیق گفتاردرمانی با درمان شناختی‌رفتاری مدیریت استرس قادر است از شدت لکنت در افراد دارای لکنت بکاهد؛ بنابراین به متخصصان و درمانگران در این زمینه توصیه می‌شود از درمان‌های تلفیقی به‌منظور درمان افراد دارای لکنت استفاده کنند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]

References

1. Klompas M, Ross E. Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. J Fluency Disord. 2004;29(4):275–305. [Link]
2. Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. J Anxiety Disord. 2009;23(7):928–34. [Link]
3. Ward D. Stuttering and Cluttering. 1st ed. Hove: Psychology Press; 2006. [Link]
4. St Clare T, Menzies RG, Onslow M, Packman A, Thompson R, Block S. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. Int J Lang Commun Disord. 2009;44(3):338–51. [Link]
5. Guitar B, McCauley RJ. Treatment of Stuttering: Established and Emerging Interventions. Lippincott Williams & Wilkins; 2010. [Link]
6. Langevin M, Kully D, Teshima S, Hagler P, Narasimha Prasad NG. Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program. J Fluency Disord. 2010;35(2):123–40. [Link]
7. Kully D, Langevin M. Evidence-based practice in fluency disorders. The ASHA Leader. 2005;10(14):10–23. [Link]
8. Antoni MH, Schneiderman N, Ironson GH. Cognitive-Behavioral Stress Management for Individuals Living with HIV: Facilitator Guide. Al-e-Mohammad J, Jokar S, Neshat Doost HT. (Persian translator). Isfahan: Iranian Student Book Agency Publication; 2009. [Link]
9. Packman A, Kuhn L. Looking at stuttering through the lens of complexity. Int J Speech Lang Pathol. 2009;11(1):77–82. [Link]
10. Riley GD. Stuttering Severity Instrument: SSI-4. Pro-Ed; 2009. [Link]
11. Ansari P, Shafie B, Gorji Y. Examine the Influence of speech therapy with cognitive behavior therapy on reducing the severity of stuttering among stuttering patients of 18 years old and above in the city of Esfahan. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2013;9(4):570–7. [Persian] [Link]
12. Hafeznia MR. An Introduction to The Research Method in Humanities. Tehran: SAMT Publications; 2009. [Persian] [Link]
13. Garmatani NT, Shafiei B, Feizi A, Salehi A, Howell P. Determining the reliability of the Persian version of stuttering severity instrument-fourth edition for adults. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2012;1(1):605–11. [Persian] [Link]
14. Reddy RP, Sharma MP, Shivashankar N. Cognitive behavior therapy for Stuttering: A case series. Indian J Psychol Med. 2010;32(1):49. [Link]
15. Kelman E, Wheeler S. Cognitive behavior therapy with children who stutter. Procedia Soc Behav Sci. 2015;193 (Supplement C):165–74. [Link]
16. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. J Speech Lang Hear Res. 2002;45(6):1097–105. [Link]
17. Mami SH, Amirian K. The effect of cognitive-behavioral therapies in treatment of addicts in Iran by systematic review and meta-analysis method. Journal of Qom Univ Med. 2017;10(12): 33-43.[link]
18. Hoseininejad M, Sharifabadi M, Ghayoumi Anaraki Z, Sobhani Rad D, Pourmohammad A. Study of Social Anxiety Components in People who stutter. Journal of paramedical science and rehabilitation. 2017;5(1):38-44.[Persian][Link]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.2.0]