

بررسی تأثیر روش‌های گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت لکنت افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به لکنت شهر اصفهان

پگاه انصاری^۱، بیژن شفیعی*^۲، یوسف گرجی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: لکنت فقط یک مشکل گفتاری نیست. لکنت اختلالی است که سرتاسر جسم و روان فرد را در بر می‌گیرد. برای رسیدن به درمان کامل بهتر است علاوه بر توجه به ناروانی‌های گفتار به جنبه‌های روان‌شناختی فرد هم توجه شود و برای آن برنامه‌ریزی صورت گیرد. هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر «گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری» بر کاهش شدت لکنت افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به لکنت در شهر اصفهان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. گروه نمونه ۲۴ نفر از افراد مبتلا به لکنت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های دولتی گفتاردرمانی شهر اصفهان بود. جهت تشخیص شدت لکنت در نمونه‌ها از آزمون شدت لکنت (SSI4) استفاده شد. آزمودنی‌ها پس از انجام پیش‌آزمون به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه گفتاردرمانی و ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری دریافت کرد. سپس، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. جهت تجزیه و تحلیل آماری، از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون غیرپارامتریک یومان-ویتنی استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت لکنت تأثیر معنی‌داری داشته است ($p = 0/001$).

نتیجه‌گیری: گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت لکنت مؤثر است.

کلید واژه‌ها: گفتاردرمانی، درمان شناختی رفتاری، لکنت، بزرگسال

ارجاع: انصاری پگاه، شفیعی بیژن، گرجی یوسف. بررسی تأثیر روش‌های گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری بر کاهش شدت

لکنت افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به لکنت شهر اصفهان. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۲؛ ۹ (۴): ۵۷۰-۵۷۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱۴

* عضو هیأت علمی، گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: shafiei_al@rehab.mui.ac.ir

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران

۲- عضو هیأت علمی، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران

مقدمه

در حوزه آسیب‌شناسی گفتار و زبان یکی از بحث برانگیزترین اختلال‌های گفتاری، لکنت است. لکنت در همه جای دنیا و در همه‌ی فرهنگ‌ها و نژادها وجود دارد (۱). این اختلال مستقل از هوش، شغل و درآمد می‌باشد و در هر دو جنس (زن و مرد) و در همه‌ی گروه‌های سنی اتفاق می‌افتد (۲). لکنت، اختلال گفتاری نسبتاً شایعی است که در جامعه به میزان فراوانی مشاهده می‌شود. لکنت زمانی پدید می‌آید که در جریان طبیعی گفتار، وقفه‌ای ناگهانی و غیرطبیعی به واسطه تکرار، کشیده‌گویی و نیز به میان اندازی صداها و کلمات و قفل شدن دهان ایجاد شود و گاهی با رفتارهای وابسته همراه است (۳ و ۴).

برای درمان لکنت روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است. از آن جمله درمان‌های گفتاری که توسط گفتار درمانگران انجام می‌شود و نیز درمان‌هایی که توسط روانشناسان و مشاوران انجام می‌گیرد (۵). تقویت روانی گفتار یکی از رویکردهای مورد استفاده در درمان لکنت است که شامل شیوه‌هایی از قبیل: روش کشیده‌گویی، جریان هوا، مکث و مکث - کشیده‌گویی است. در این شیوه‌ها هدف کاستن از میزان سرعت گفتار و ایجاد تغییرات لازم و ضروری در ویژگی‌های زبرزنجیری گفتار است که باعث افزایش هماهنگی در اجرای گفتار می‌شود و در واقع، تغییر ناروانی گفتار به واسطه تغییر رفتار فرد مبتلا صورت می‌گیرد (۶، ۷). درمان شناختی - رفتاری، جنبه‌های زیستی - روانی - اجتماعی لکنت را مورد توجه قرار می‌دهد. علائم اولیه لکنت شامل علائم اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری است. افراد مبتلا به لکنت در هر دو الگوی شناختی و رفتاری هم از سمت محیط و هم به دلیل گفتار خود تحت تاثیر قرار می‌گیرند. این نوع درمان در کاهش علائم لکنت و اضطراب و همچنین بهبود نگرش‌های فرد در خصوص گفتارش مؤثر است (۸). درمان شناختی رفتاری رویکردی فعال، جهت‌مند، از لحاظ زمانی محدود و سازمان‌یافته، مبتنی بر همکاری

درمانی بین مراجع و درمانگر، هدف‌گرا و متمرکز بر مسئله، متکی بر فرایند سؤال و کشف راهبردی و معطوف به مشکلات جاری بیمار است (۹).

این شیوه درمانی شکلی سازمان یافته از روان‌درمانی است که هدف عمده درمان، عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. بنابراین تأکید در درمان متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی می‌شود. ویژگی درمان با این شیوه این است که همه کوششها معطوف به حل مشکل است (۱۰).

متخصصین این رویکرد معتقدند که تجارب افراد مبتلا به لکنت، تأثیر منفی واکنش‌های رفتاری و شناختی است که از خود فرد و محیط ناشی می‌شود و این باعث می‌شود که افراد مبتلا به لکنت، کمتر در فعالیتهای روزانه شرکت کنند و به طور کلی کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱).

درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم لکنت و خطاهای شناختی و در تقویت اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی مراجعین مبتلا به لکنت مؤثر است (۱۲).

Nielson (۱۹۹۹)، پژوهشی را بر روی ۲۳ فرد بزرگسال مبتلا به لکنت انجام داد و دریافت که درمان شناختی رفتاری همراه با گفتار درمانی باعث کاهش قابل توجه شدت لکنت می‌شود (۱۳). Amster و Klein (۲۰۰۸) تحقیقی را بر روی ۸ نفر بزرگسال انجام دادند و به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش لکنت مخصوصاً در جمع و صحبت با تلفن مؤثر بوده است (۱۴). Packman و Kuhn (۲۰۰۹) در تحقیقی که بر روی بزرگسالان مبتلا به لکنت انجام دادند، دریافتند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به طور مؤثر لکنت، اضطراب و اجتناب اجتماعی را کاهش دهد (۱۵). مطالعه Sharma و Reddy (۲۰۱۰) نیز نشان داد که درمان شناختی - رفتاری همراه با روش

همکاران (۲۰۰۳) معتقدند برای اعتبار و تعمیم‌پذیری یک تحقیق آزمایشی، حجم نمونه باید حداقل ۳۰ نفر باشد (۱۷). البته به دلیل ریزش ۳ نفر از گروه آزمایش، از گروه کنترل نیز همین تعداد حذف گردید و نهایتاً حجم نمونه به ۲۴ نفر تقلیل یافت (هر گروه ۱۲ نفر). با توجه به این تعداد آزمودنی، پژوهش حاضر را می‌توان فاز اول یک تحقیق مداخله‌ای به شمار آورد (۱۸). آزمودنی‌های این مطالعه شامل ۲۴ فرد بزرگسال مبتلا به لکنت در محدوده سنی ۳۰-۱۹ سال (۱۶ مرد و ۸ زن) با میانگین سنی ۲۳/۰۸ و انحراف معیار ۳/۷۷ بودند. در ابتدای کار رضایت تمامی بیماران برای شرکت در پژوهش جلب شد. پس از آن و در مرحله دوم این پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان در یک روز و تحت شرایط یکسان به صورت جداگانه آزمون سنجش شدت لکنت SSI4 (Stuttering Severity Instrument 4) توسط یکی از همکاران آسیب‌شناس‌گفتار و زبان که ۵ سال سابقه کار بالینی داشت در مجتمع توانبخشی ابوالفضل، صورت گرفت. بدین صورت که متن خواندنی آزمون مذکور در اختیار هر فرد قرار گرفت، هنگام خواندن صدای او ضبط شد و نهایتاً فرم مربوط به آزمون هر فرد توسط همان همکار تکمیل گردید. افرادی که نمره آنها از ۱۰ بیشتر شد و نیز دیگر معیارهای ورود را داشتند به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای انتخاب افراد جهت حضور در این پژوهش عبارتند از:

- ۱) سن آنها حداقل ۱۸ سال باشد.
 - ۲) حداقل سواد خواندن (سوم راهنمایی) را دارا باشند.
 - ۳) حداقل نمره در آزمون لکنت ۱۰ باشد.
 - ۴) خود افراد درصدد درمان برآمده باشند.
 - ۵) توانایی شرکت منظم در جلسات را داشته باشند.
 - ۶) ناتوانی یا عقب ماندگی ذهنی (بر اساس اطلاعات تاریخچه آنها) نداشته باشند.
 - ۷) هیچ‌گونه داروی روانپزشکی برای اضطرابشان در طول درمان مصرف نکنند (بر اساس پرسش از خود مراجعین).
 - ۸) حداقل ۶ ماه از گفتاردرمانی و درمان دارویی (اگر قبلاً داشتند) گذشته باشد.
- هر یک از افراد حتی اگر یکی از معیارهای حضور را نداشتند از گروه خارج می‌شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از آزمون شدت لکنت SSI4 استفاده گردید.

کشیده‌گویی در کاهش لکنت، کاهش اضطراب و کاهش خطاهای شناختی مؤثر بوده است (۱۲). همان‌طور که مستندات ارائه شده نشان می‌دهند این موضوع در کشورها و فرهنگ‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است و از آنجایی که بر اساس منابع و مستندات متعدد، لکنت از مواردی است که تحت تأثیر شرایط فرهنگی، اجتماعی و زبانی بوده و این عوامل می‌تواند بر روی شرایط ایجادکننده لکنت و نیز بر روی ایجاد شناخت در افراد مختلف و ویژگی‌های رفتاری حاصل از این شناخت تأثیر زیادی داشته باشد و می‌تواند رفتار افراد را تحت تأثیر قرار دهد، لذا انجام آن در فرهنگ ایرانی و زبان فارسی نیز توجیه منطقی پیدا می‌کند و به هیچ وجه تکراری نخواهد بود. مطالعات نشان می‌دهند که درمان‌های سنتی تأثیرات کاهنده ولی موقت بر لکنت فرد دارند حال آنکه درمان شناختی رفتاری می‌تواند با تغییرات شناختی و رفتاری همزمان، هم بر کاهش لکنت از طریق تغییر نگرش‌های فرد درباره لکنت و هم بر کاهش اضطراب مؤثر باشد (۱۶). در مطالعه حاضر جنبه کاهش لکنت مورد بررسی قرار می‌گیرد.

تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بود که آیا تکنیک‌های گفتار درمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری در کاهش لکنت مؤثر است؟ در نتیجه جستجوهای انجام شده در سایت‌های علمی موجود در کشور و عدم دستیابی به پژوهش مشابه، پژوهش حاضر احتمالاً جزء نخستین پژوهش‌هایی است که در کشور، روی مراجعین مبتلا به لکنت با این هدف انجام شد. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان ترکیبی گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری در کاهش شدت علائم لکنت افراد مذکور بود.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد مبتلا به لکنت بالای ۱۸ سال تشکیل دادند که در زمستان ۱۳۹۰ و بهار ۱۳۹۱ به کلینیک‌های دولتی گفتاردرمانی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. مرحله اول تحقیق حاضر گزینش نمونه‌ها بود. به منظور گزینش نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. بدین صورت که ابتدا ۳۰ نفر از مراجعین پس از مصاحبه و تشخیص لکنت، به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. گال و

انتظار قرار گرفته بودند بلافاصله بعد از اتمام کار، جلسات درمان گذاشته شد.

برای تهیه پروتکل درمانی از مدل شناختی Judith Beck، ترجمه دوراهکی و عابدی (۱۳۸۰)، اصول درمان شناختی-رفتاری Hawton, Keith ترجمه قاسم زاده (۱۳۸۹)، مدل گروه درمانی شناختی-رفتاری Michael Free ترجمه آهوقلندری بهره گرفته شد (۲۰، ۲۱، ۹).

ساختار جلسات درمانی مطابق با اصول کلی شناخت درمانی اجرا شد که عبارت بودند از مروری بر وقایع هفته گذشته فرد، تعیین دستور جلسه، گرفتن بازخورد از بیمار درباره جلسه قبل، مروری بر تکلیف جلسه قبل، تعیین تکلیف جدید، جمع‌بندی و در پایان هر جلسه بازخورد دریافت می‌شد.

مرحله بعد ارزیابی میزان تاثیر مداخلات (روش‌های درمانی) بود. بعد از اتمام جلسات درمان، پس‌آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. سپس در مرحله آخر این تحقیق، داده‌ها مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. با توجه به طرح تحقیق نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، برای تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد.

یافته‌ها

متغیرهای این پژوهش شامل درمان شناختی رفتاری و تکنیک‌های گفتار درمانی به عنوان متغیرهای مستقل و شدت لکنت به عنوان متغیر وابسته بود. در این پژوهش برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بنابراین لازم است در ابتدا پیش‌فرض‌های آماری آن تأیید گردد (۲۲). پیش‌فرض اول نرمال بودن توزیع نمرات لکنت است که این پیش‌فرض با استفاده از آزمون Shapiro-wilk بررسی و سطح معناداری در پس‌آزمون لکنت $0/376$ به دست آمد که در سطح $p < 0/05$ تفاوت توزیع نمرات معنادار نبوده، بنابراین توزیع نمرات نرمال می‌باشد و این پیش‌فرض تأیید شد. پیش‌فرض دیگر تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس‌های دو گروه است که با آزمون لوین بررسی شد و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات لکنت دو گروه تأیید نشد؛ یعنی واریانس گروه‌ها همگن نبود.

نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی در کاهش لکنت در دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد (جدول ۱). همچنین، این نتایج نشان داد که بین میانگین باقیمانده نمرات لکنت آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی (دو گروه کنترل، آزمایش) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/01$) و میزان تأثیر (ضریب اتا) ۵۳ درصد بوده است. بنابراین شدت لکنت با استفاده از تکنیک‌های گفتار درمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری کاهش

آزمون لکنت SSI4: این پرسشنامه شدت لکنت را می‌سنجد و توسط درمانگر تکمیل می‌گردد. نتایج مربوط به نمرات در سه خرده‌مقیاس ارائه می‌شود. این خرده‌مقیاسها عبارتند از:

(۱) بسامد (تعداد دفعات بروز لکنت)

(۲) دیرش (مدت زمان شروع تا پایان گفته)

(۳) رفتارهای فیزیکی همراه (رفتارهایی که فرد دارای لکنت در طول گفتار مرتکب آن می‌شود مانند پازدن به زمین، پایین انداختن سر، حرکت دادن سر و ...)

نمره کلی از ۵۶-۰ می‌باشد که از جمع نمرات بسامد، دیرش و رفتارهای فیزیکی همراه به دست می‌آید و هر چه نمره بالاتر باشد لکنت شدیدتر است.

این آزمون توسط رایلی در سال ۲۰۰۹ معرفی شد و پایایی آن برای نمره کل آزمون $0/934$ بود.

طهماسبی (۱۳۹۰) روایی صوری و محتوایی پرسشنامه را از طریق تأیید ده نفر آسیب‌شناس گفتار و زبان و ده فرد مبتلا به لکنت به دست آورد. پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای نمره کل آزمون $0/98$ محاسبه گردید (۱۹). در این تحقیق روایی و پایایی آزمون SSI4 روی افراد مبتلا به لکنت در محدوده سنی ۳۰-۱۷ سال در شهر اصفهان بررسی شد (۱۹). پایایی آزمون توسط پژوهشگر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون $0/87$ به دست آمد.

مرحله سوم این تحقیق، مداخله بر متغیر وابسته (لکنت) از طریق درمان گروه آزمایش بود. روش انجام کار بدین صورت بود که افراد گروه آزمایش به صورت انفرادی هر کدام ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای گفتار درمانی داشتند که به صورت هفتگی در مجتمع توانبخشی ابوالفضل توسط محقق برگزار می‌شد. در جلسات درمان از روش‌های کشیده‌گویی، مکث و مکث - کشیده‌گویی استفاده شد. همچنین همان گروه ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی شناختی-رفتاری داشتند که به صورت هفتگی در مرکز مشاوره آموزش پرورش شهر اصفهان توسط همان محقق برگزار می‌شد. در جلسات درمان روش‌های شناسایی و ارزیابی افکار اتوماتیک، آموزش خطاهای شناختی، پاسخ‌دهی به افکار اتوماتیک، خودگویی مثبت، حل مسئله و نهایتاً مواجهه تدریجی کار شد. برای تعداد جلسات به پژوهش منزیس و پاکمن استناد شد (۵). به منظور رعایت جنبه اخلاقی برای گروه کنترل که در لیست

می‌باشد. توان آماری برابر با ۰/۹۹۷، حاکی از دقت آماری بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است (جدول ۱).

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی در کاهش لکنت در دو گروه کنترل و گروه آزمایش

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری (P)	ضریب اتا (میزان تاثیر)	توان آماری
پیش آزمون	۱	۳۳۶/۶۰	۸۱/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۱
عضویت گروهی	۱	۱۰۱/۱۳	۲۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۹۹۷

جدول ۲. مقایسه میانگین رتبه پس آزمون لکنت در دو گروه بر اساس آزمون مان-ویتنی

گروه‌ها	میانگین رتبه	Z	P
کنترل	۱۷/۳۳	۳/۲۱	۰/۰۰۱
آزمایش	۷/۳۳		

با توجه به اینکه واریانس گروه‌ها همگن نبود، علاوه بر آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون مان-ویتنی نیز استفاده شد. مقدار P به دست آمده از این آزمون ۰/۰۰۱ است که در سطح $P < 0.01$ معنادار بوده است. بنابراین تفاوت بین میانگین رتبه گروه‌ها و کاهش لکنت در گروه آزمایش معنادار بوده است (جدول ۲).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر "گفتار درمانی همراه با درمان شناختی رفتاری" بر کاهش شدت لکنت افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به لکنت در شهر اصفهان بود و نتایج حاصل از آن نشان داد که توأم بودن این دو روش توانست بر کاهش بالینی شدت لکنت مؤثر باشد.

Nielson (۱۹۹۹)، Reddy و Sharma (۲۰۱۰) در پژوهش‌های خود مطرح کردند که زمانی که گفتاردرمانی با درمان شناختی- رفتاری توأم شوند کاهش قابل توجهی در شدت لکنت و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا ایجاد می‌شود و این سبب افزایش اعتماد به نفس و بهبود کیفیت زندگی آنها می‌گردد (۱۲،۱۳).

Klein و Amster (۲۰۰۸) به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش لکنت مؤثر بوده است (۱۴). نتایج پژوهش حاضر با نتایج این تحقیقات هم‌خوانی دارد.

در توجیه تاثیر گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی رفتاری بر کاهش لکنت با توجه به تحقیقات درمانی گزارش شده می‌توان اینگونه اظهار داشت که روش‌های روان‌تر صحبت کردن همچون کشیده‌گویی، مکث، مکث-کشیده‌گویی عمدتاً روش‌هایی هستند که با کاهش سرعت گفتار و ایجاد تغییراتی در ویژگی‌های گفتار طبیعی باعث کاهش شدت لکنت می‌شوند. این شیوه‌ها با منحرف کردن توجه فرد از روش صحبت کردن عادی و همیشگی خود، کاستن از سرعت گفتار و ایجاد تغییرات لازم در ویژگی‌های زبرزنجیری گفتار که باعث افزایش هماهنگی در اجرای گفتار می‌شود و ایجاد الگوی گفتاری جدید، لکنت را کاهش می‌دهند (۳،۲۳).

درمان شناختی-رفتاری هم از طریق شناسایی افکار ناکارآمد، آموزش خطاهای شناختی (بیشترین افکار ناکارآمد مطرح شده

توسط اعضای گروه شامل خطاهای شناختی از جمله ذهن‌خوانی، تعمیم مبالغه‌آمیز و بی‌توجهی به امور مثبت بود)، ارزیابی این افکار، پاسخ‌دهی به افکار، به افراد کمک می‌کند تا افکار غیرمنطقی‌شان را شناسایی و اصلاح کنند. همچنین با استفاده از روش خودگویی مثبت، آنها یاد می‌گیرند که به اعمال و تجربیات مثبتشان بیشتر توجه کنند و با تکنیک حل مسئله نیز می‌آموزند که برای مشکلات خود راه حل مناسب انتخاب کنند و نهایتاً با مواجهه تدریجی یاد می‌گیرند که چگونه با شرایط سخت به تدریج مواجه شوند. هدف نهایی این نوع درمان این است که افراد برای حل مشکلات حال و آینده، تبدیل به درمانگر خود شوند و به استقلال برسند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که روش‌های گفتاردرمانی همراه با درمان شناختی-رفتاری توانست بر کاهش بالینی شدت لکنت مؤثر باشد. این نتایج تأکیدی بر استفاده از روش‌های شناخت درمانی بویژه درمان شناختی رفتاری است که تا به حال در درمان‌های لکنت انجام نشده‌است. محصول مهم این پژوهش این است که در چارچوب یک آزمایش علمی تأثیر استفاده از این روش را در درمان لکنت نشان می‌دهد. هر چند که این امر در ظاهر خیلی بدیهی می‌نماید ولی تا به حال به صورت علمی چنین پژوهشی انجام و ارائه نشده بود.

محدودیت‌ها

افرادی که به عنوان نمونه انتخاب شدند دارای شرایط ورود و خروج بودند که در تعمیم نتایج به افراد خارج از این شرایط

و اضطراب مورد بررسی قرار گیرد و بیماران در فواصل زمانی ۳، ۶ و ۹ ماهه پیگیری شوند.

باید با احتیاط عمل نمود. همچنین به دلیل تعداد کم آزمودنی و تصادفی نبودن نمونه‌گیری، برای تعمیم نتایج نیاز به نمونه‌هایی با اندازه بزرگتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

با سپاس از آقای محمدرضایی آسیب شناس گفتار و زبان کلینیک مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان و کلیه افراد مبتلا به لکنت که ما را در انجام این پژوهش یاری فراوانی نمودند.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثر درمان شناختی رفتاری و روش‌های گفتاردرمانی در قالب یک بررسی RCT مجدداً تکرار شود و هر کدام به طور جداگانه بر کاهش لکنت

References

- Guitar B. Stuttering and integrated approach to its nature and treatment. 3rd Edi, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Andrews G, Guitar B, Howie P. Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. J Speech Hear Disord 1980; 45(3): 287-307.
- Shafiei B, Mehralian Z. Non fluency disorder in children. Esfahan. Esf Medical Sciences university publishing, 2003.
- Max L. Stuttering and internal models for Sensorimotor control: a theoretical perspective to generate testable hypotheses. Speech Motor Control in Normal & Disordered Speech. New York: Oxford University Press; 2007.
- Menzies R, O Brian S, Onslow M. An Experimental clinical Trial of a Cognitive-Behavior Therapy Package for Chronic Stuttering. Journal of speech language and Hearing Research, 2008, 51, 1451-1464.
- Onslow M, Costa L, Andrews C, Packman A. Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for stuttering. E Journal of speech and Language, and Hearing Research. 1996;39:739-49.
- Ham R. Techniques Of Stuttering Therapy. Prentice-Hall publisher, The University of Michigan, 1986.
- Bloodstein, O, & Bernstein Rantner, N. A handbook on stuttering ,6th ed. Clifton park, NY: Thomson Delmer, 2008.
- Hawton ,Keith. Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems. Ghasemzadeh H. Tehran. Arjmand publisher, 2010.
- Yaruss js, Quesal Rw. Stuttering and international classification of functioning, Disability and health. Journal of communication Disorder, 2004, 34, 163-82.
- Beck A, Emery G, Greenberg R. Anxiety disorders and phobias, New York, 1985.
- Reddy R, Sharma M.P. Cognitive Behavior therapy for stuttering, Indian. Psycho medical , 2010, 32, 49-53.

14. Nielson, M. Cognitive-behavioral treatment of adults who stutter: The process and the art. In R. F. Curlee Ed., Stuttering and related disorders of fluency. NY: Thieme Medical Publisher, 1999.
15. Amster B, Klein E. Perfectionism and stuttering: Is there a connection
16. Preliminary findings using a modified cognitive-behavioral treatment approach. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2008, 36, 35-40.
17. Packman A, Kuhn L. Looking at stuttering through the lens of complexity. International Journal of Speech-Language Pathology, 2009,11,77-82
18. Bothe Anne. Evidence-based treatment of stuttering. Journal of Fluency Disorder, 2003, 28, 247-258.
19. Gall M, Borg W, Gall J. Educational Research: an introduction. Nasr A. Tehran. shahid beheshti publisher, 2003.
20. Robey R, R. A five-phase model for clinical-outcome research. Journal of Communication Disorders, 2004, 37, 401-411
21. Tahmasebi Garmatani N. Determination of the Reliability & validity of the Stuttering Severity Instrument-Fourth Edition. Master thesis of Speech therapy, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran .2011.
22. Beck J. Cognitive Therapy: basics and beyond. Dorahaki I, Abedi M. Esfahan. Golhaye mohammadi publisher, 2001.
23. Free M. Cognitive Group Therapy. Ahoughalandari R. Welfare Organization of Lorestan, 2004.
24. Molavi H. Data Analysis for the Behavioral Sciences Using SPSS. Isfahan. Mehrghaem publishing, 2000.
25. Blood, G. W. A Behavioral-Cognitive Therapy program for adults who stutter: Computers and counseling. Journal of Communication Disorders, 1995, 28(2), 165-180.

Examine the Influence of Speech Therapy with Cognitive Behavior Therapy on Reducing the Severity of Stuttering In Stuttering Patients of 18 Years Old And Above In the City of Isfahan

Pegah Ansari¹, Bijan Shafie*, Yousef Gorji²

Original Article

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to examine the influence of "speech therapy with cognitive behavior therapy" on reducing the severity of stuttering amongst stuttering patients of 18 years old and above in the city of Isfahan.

Materials and Methods: The study used a quasi-experimental design with pretest - posttest control group. The sample group included 24 people suffering from stuttering who attended public speech therapy clinics of Isfahan. For the diagnosis and severity of stuttering, stuttering severity instrument (SSI4) was used. After doing the pre-test, subjects were placed into one experimental group of speech therapy with cognitive behavior therapy and one control group. Speech therapy for this research included ten 45-minutes sessions which was done for each individual subject and cognitive behavior therapy included ten 90-minutes group sessions. After finishing the therapy sessions, the post-test was done. In analyzing the data, Analysis of Covariance & Mann-Whitney U test were deployed.

Results: Data analysis showed that speech therapy with cognitive behavior therapy has a significant impact on reducing the severity of stuttering.

Conclusion: speech therapy with cognitive behavior therapy is effective in reducing stuttering.

Keywords: Unstable ankle, Ankle orthosis Postural control index , Balance control

Citation: Ansari Pegah, Shafie Bijan, Gorji Yousef. **Examine the Influence of Speech Therapy with Cognitive Behavior Therapy on Reducing the Severity of Stuttering In Stuttering Patients of 18 Years Old And Above In the City of Isfahan.** J Res Rehabil Sci 2013; 9(4): 570-571

Received date: 4/11/2012

Accept date: 26/8/2013

* Faculty member speech therapy rehabilitation sciences, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) shafiei_al@rehab.mui.ac.ir

1- MSc, Department of Counseling & Guidance, Islamic Azad University of Khomeinishahr, Isfahan, Iran

2- PHD, Department of Psychology, Faculty of humanities, Islamic Azad University of Khomeinishahr, Isfahan, Iran