

مقایسه تعامل کلامی مادران و کودکان دارای لکنت و بدون لکنت

علی دهقان احمد آباد*

تاریخ دریافت: ۸۵/۳/۲۶ تجدید نظر: ۸۵/۳/۱۱ پذیرش نهایی: ۸۵/۳/۲۹

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی تعامل کلامی بین مادر و کودک دارای لکنت و مقایسه آن با کودکان بدون لکنت است. **روش:** از بین مراجعه کنندگان دارای لکنت به کلینیکهای گفتاردرمانی شهرستان رباط کریم در دو ماه مهر و آبان ۱۳۸۴، ۲۰ کودک به همراه مادرانشان به صورت تصادفی انتخاب شدند و نمونه های گروه مقایسه نیز از بین دانش آموزان ناحیه یک شهرستان رباط کریم که با گروه اول همتا شده بودند، انتخاب شدند. از ۴۰ جفت مادر و کودک، ۲۰ جفت شامل مادر طبیعی و کودک دارای لکنت بودند که از میان کودکان ۱۸ نفر پسر و ۲ نفر دیگر دختر بودند که دارای میانگین سنی ۸/۹ (دامنه ۷/۲-۱۲/۴) بودند و ۲۰ جفت دیگر شامل مادر و کودک بدون لکنت بودند که به لحاظ جنسی و سنی با گروه مقایسه، منطبق شده بودند و متوسط سنی کودکان آنها نیز ۸/۹ (۷/۰-۱/۱) سال بود. کودکانی که دارای مشکلات شنوایی، تولیدی، صوت، زبان، روانی و عاطفی، جسمانی و یا روانی گفتار (در کودکان بدون لکنت) بودند، از مطالعه حذف شدند. از هر گروه یک نمونه گفتاری به مدت ۱۵ دقیقه ضبط شد که ۵ دقیقه اول شامل تعامل کلامی کودک با درمانگر و ۱۰ دقیقه باقی شامل تعامل کلامی مادر و کودک در هنگام کامل کردن یک پازل تصویری بود که همه این تعاملات با دستگاه ضبط صوت ضبط و در نهایت پیاده شد. **یافته ها:** میانگین امتیازات در تمامی اجزای ارتقابی هم در گروه مادران کودکان دارای لکنت در مقایسه با گروه مادران کودکان بدون لکنت و هم در گروه کودکان دارای لکنت در مقایسه با همایان عادی شان به جز در تعداد کل کلمات تفاوت معناداری با هم نداشتند؛ تنها تفاوت معنادار بین مادران کودکان دارای لکنت و بدون لکنت در تعداد کل کلمات به کار رفته بود ($P=0.37$)؛ بدین معنا که مادران دارای کودکان دارای لکنت از میزان کلمات بیشتری نسبت به مادران کودکان عادی استفاده می کردند و از سویی دیگر بین میزان کلمات استفاده شده در کودکان دارای لکنت و گروه مقایسه نیز تفاوت معنادار وجود داشت ($P=0.49$). **نتیجه گیری:** نتایج نشانگر تفاوتهايی در تعامل کلامی و بالا بودن سرعت گفتاری مادران کودکان دارای لکنت و فرزندان دارای لکنت در مقایسه با گروه مقایسه است. یافته های این پژوهش بر تعاملهای کلامی در درمان کودکان دارای لکنت تأکید می کند.

واژه های کلیدی: لکنت، تعامل کلامی، سرعت گفتار مادران

مقدمه

لکنت اختلالی ماندگار است که بر پیشرفت و دستاوردهای شغلی، اجتماعی، تحصیلی و عاطفی افراد دارای لکنت تأثیر می‌گذارد. (بلاداستین^۱ و کانچر، ۱۹۹۵). این اختلال ترکیبی از گسیختگی کلمات، کشیده‌گویی، تکرار صدای اول کلمات، گیر و قفل است اما هیچ‌یک از اینها به تنها‌یی لکنت نیست. (هگده^۲، ۱۹۹۵) برخی از نظریه‌های آسیب‌شناسی عوامل فیزیولوژیک را در شروع لکنت مؤثر می‌دانند؛ مانند غلبه دو طرفه، غلبه نیمکره راست برای گفتار، آسیب مغزی، بدعملکردیهای عصبی_ عضلانی^۳ یا عصبی- روانی^۴، بدعملکردی حنجره‌ای و بدعملکردی سیستم مرکزی شنیداری و امروزه پیشرفت‌های اخیر در فنون تصویربرداری توجه ما را به عوامل عصب‌شناختی^۵ و یا فیزیولوژیک برای تبیین چگونگی شروع لکنت یا عامل لکنت سوق داده است. (آمبروس و یاپری، ۲۰۰۲؛ برن استین راتنر، ۲۰۰۴؛ دهقان احمدآباد، ۱۳۸۴؛ کارل و دیل، ۲۰۰۰؛ گیتار و مارچین اسکی، ۲۰۰۱؛ گون و بولات سار، ۲۰۰۳؛ لاتگولیس و همکاران، ۱۹۸۶)؛ بنابراین رد پای اختلالات عصبی در شکل گیری و نضج این اختلال بسیار به چشم می‌آید.

معمولًاً لکنت در کودکان قبل از ۸ سالگی شروع می‌شود و میزان لکنت را حدود ۵٪ در جوامع انسانی گزارش کرده‌اند. (کارل و دیل، ۲۰۰۰؛ میرز و فریمن، ۱۹۸۵) که حدود ۷۰ - ۸۰ درصد آنها بدون درمانهای رسمی خاصی بهبود می‌یابند. حدود یک درصد از آنان، پس از ۶ سالگی در میان کودکان باقی می‌ماند و اگر تأثیر آن بر روی زندگی و فعالیتهای روزمره افراد دارای لکنت مخرب نباشد، بسیار بارز و چشمگیر است. (یاروس و کانچر، ۱۹۹۵) بنابراین به نظر می‌رسد تعیین متغیرهایی که به آغاز و ایجاد و یا تشدید لکنت می‌انجامد، به منظور کشف رویکردهای تجربه محور کارآمد و مؤثر برای تشخیص و درمان این اختلال امری ضروری و حیاتی است و بر این اساس دو رویکرد درمانی در مبحث درمان این اختلال پیش می‌آید: اولی رویکردهای درمانی مستقیم است که عبارت است از: فنون و روش‌هایی که در آنها مستقیماً به درمان خود اختلال می‌پردازد و دومین رویکرد، رویکردهای درمانی غیرمستقیم است که عبارت است از: درگیر کردن محیط و اطرافیان بیمار دارای لکنت در فرایند درمان؛ زیرا محیط ارتباطی که کودک دارای لکنت در آن زندگی می‌کند می‌تواند نقش مهمی را در موفقیت یا شکست درمان ایفا کند (برن استین راتنر، ۱۹۹۸؛ برن استین راتنر و سیلورمن، ۲۰۰۰؛

دهقان احمد آباد، ۱۳۸۴؛ گیتار، ۱۹۸۰). در میان این محیط ارتباطی والدین به مثابه قسمتی بسیار مهم از فرایند درمان لکنت محسوب می‌شوند (اندرسون و کانچر، ۲۰۰۰؛ برن استین راتنر، ۱۹۹۸؛ برن استین راتنر، ۱۹۹۸) و از بین والدین نیز مادر کوک دارای لکنت، به عنوان کسی که در اولین سالهای گفتاری مهم‌ترین مدل گفتاری را برای کوک فراهم می‌آورد، از اهمیت بسزایی برخوردار است (محمدزاده، ۱۳۷۴) و همچنین الگوی کلامی که مادر در هنگام برقراری ارتباط با کوک از آن سود می‌جوید اهمیت بالایی دارد و از سویی دیگر بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که سرعت گفتاری والدین کوکان دارای لکنت به خصوص مادران لکنتی بیشتر از مادران کوکان بدون لکنت است (گرگوری و هیل، ۱۹۸۰). از این رو بسیاری از آسیب‌شناسان گفتار و زبان و محققان به والدین کوکان دارای لکنت توصیه می‌کنند که سرعت گفتاری‌شان را کاهش دهند (آمبروس و یاپری، ۲۰۰۲؛ کارل و دیل، ۲۰۰۰؛ گرگوری و هیل، ۱۹۸۰؛ گون و بولات سار، ۲۰۰۳).

شواهد تجربی نشان می‌دهند که چنین تغییراتی در رفتار گویشی والدین، منجر به کاهش میزان لکنت کوک می‌شود (آمبروس و یاپری، ۲۰۰۲؛ برن استین راتنر، ۱۹۹۸). یافته‌های تجربی و بالینی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که کوکان دارای لکنت زمانی که آرامتر صحبت می‌کنند یا از گفته‌های کوتاه‌تری استفاده می‌کنند، روان‌تر نیز صحبت می‌کنند (اندرسون و کانچر، ۲۰۰۰). در مجموع نتایج ناشی از این مطالعات نشان می‌دهند که مطالعه بیشتر تأثیر تغییرات در سرعتهای گفتاری و طول گفته‌ها بر گفتار کوکان دارای لکنت الزاماً است.

از سویی دیگر علاوه بر مسئله سرعت گفتار که به آن اشاره شد، والدین کوکان دارای لکنت در استفاده از اجزای ارتباطی شامل وقفه‌ها، عدم پاسخ‌گویی؛ سؤالات، تقدیر کلامی، تشویق کلامی، فرامین و اظهارات مهم نسبت به والدین کوکان بدون لکنت تکانشی‌تر عمل می‌کنند؛ یعنی در هنگام مکالمه با کوکانشان آنها را بیشتر تحت فشار ارتباطی جهت پاسخ‌گویی قرار می‌دهند که این قضیه سبب ایجاد و تداوم مسئله لکنت در این کوکان می‌شود (گرگوری و هیل، ۱۹۸۰؛ گون و بولات سار، ۲۰۰۳)؛ بنابراین براساس موارد یادشده آنچه که در مطالعه حاضر سعی بر انجام آن

داریم، بررسی سبکهای ارتباطی و میزان سرعت گفتاری مادران فارس زبان کودکان دارای لکنت و خود این کودکان در مقایسه با همتایان بدون لکنت‌شان است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد هدف در این پژوهش شامل همه مراجعه‌کنندگان دارای لکنت با دامنه سنی ۷ - ۱۲ سال به کلینیکهای درمانی شهرستان رباط کریم در دو ماه مهر و آبان ۱۳۸۴ بود که از میان این افراد ۲۰ کودک به همراه مادرشان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و نمونه‌های کنترل نیز از بین دانشآموزان مدارس ناحیه یک شهرستان رباط کریم به روش تصادفی ساده انتخاب شدند؛ به این صورت که از بین جمعیت این ناحیه ۲۰ کودک به لحاظ سنی و میزان تحصیلات مادرانشان با گروه آزمایش، همتا شد. کودکانی که دارای مشکلات شنوایی، تولیدی، صوت، زبان، روانی، عاطفی، جسمانی یا روانی گفتار (در کودکان بدون لکنت) بودند، از مطالعه حذف شدند. از میان ۲۰ کودک دارای لکنت شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۸ نفر پسر و ۲ نفر دیگر دختر بودند که دارای میانگین سنی ۸:۹ (دامنه ۷:۲-۱۲:۴) بودند. به گفته مادران هیچ یک از کودکان دارای لکنت که در این مطالعه حضور یافتند، قبلًا سابقه درمانی نداشتند. در نهایت این کودکان را آسیب‌شناس گفتار و زبان مورد بررسی قرارداد تا از لحاظ معیارهای ورود به تحقیق، حائز شرایط لازم باشند. کودکان بدون لکنت شامل ۲۰ کودک بدون لکنت، ۱۸ پسر و ۲ دختر که متوسط سنی آنها نیز ۸:۹ (دامنه: ۱:۷-۱۲:۱) بود. این کودکان و مادرانشان نیز از دبستانهای ناحیه ۱ شهرستان رباط کریم انتخاب شده بودند. همه کودکان مورد بررسی را آسیب‌شناس گفتار و زبان برای کسب معیارهای ورود به تحقیق مورد بررسی قرار داد که درجهٔ تحقق این امر از کودکان خواسته می‌شد که یک متن ۱۵۰ کلمه‌ای را بخوانند که ۵ یا تعداد بیشتر ناروانی در سطح درون کلمه‌ای معیار قرارگیری در گروه افراد دارای لکنت مدنظر قرار می‌گرفت و ۲ یا تعداد کمتر ناروانی، در سطح درون کلمه‌ای معیار برای قرارگیری در گروه افراد بدون لکنت بود (کانچر و فریزر، ۱۹۸۹).

ابزار

ابزاری که جهت جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از آن استفاده شد گویه‌های ارتباطی استخراج شده از مطالعات مختلف بود که در ضمیمه مشاهده می‌گردد و در نهایت اجزاء ارتباطی تعامل مادر-کودک بر اساس اجزاء موجود که در ضمیمه آمده، استخراج گردید. این گویه‌ها بر اساس مطالعات مختلف جمع آوری گردیده و منظور از آن ایجاد یک زبان مشترک و تعریفی دقیق بین محققین جهت بررسی این گویه‌های ارتباطی می‌باشد. بر اساس اطلاعات بدست آمده از مطالعات فوق، اجزاء زیر به عنوان شاخص در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند: فرامین، سوالات، عدم پاسخگویی، وقفه به عنوان واکنش منفی، تشویق کلامی و تقدیر کلامی به عنوان واکنش مثبت، زمان واکنش و نهایتاً تعداد کل کلمات، که این دو جزء آخر می‌تواند به عنوان شاخصی از سرعت گفتاری باشد زیرا طبق تعریف، سرعت گفتاری عبارت است از: تعداد کل کلمات که در یک بازده زمانی مشخص بیان می‌گردد (اینگاهام^۱). نهایتاً کل اجزاء یاد شده در نمونه پیاده شده، شمارش گردید. جهت ارزیابی پایایی سبکهای ارتباطی در تعاملات بین مادران کودکان دارای لکنت و غیر لکنتی ۳ نفر به طور مستقل تمامی موارد ضبط شده را پیاده نموده و با هم مقایسه نمودند که نتایج این مقایسه بر اساس ضریب توافق کاپا اندازه گیری گردید.

روش اجرا

این پژوهش به روش زمینه‌ای انجام شده و روش کار به این صورت بود که همه این ۴۰ کودک در ابتدا با آزمونگر روبرو می‌شدند و با اوی به صحبت می‌پرداختند؛ سپس به همراه مادرانشان در یک محیط ساختاربندی شده وارد تعامل می‌شدند. زمان برای تعامل با آزمونگر حدود ۵ دقیقه و برای تعامل با مادران در حدود ۱۰ دقیقه بود. جمع آوری اطلاعات در یک جلسه صورت می‌پذیرفت و برای تسهیل گفتار خوبه‌خودی دو دسته تصویر به صورت پازل تهیه شده بود که کودک در هنگام کامل کردن این پازلهای تصویری با مادرش به صحبت کردن می‌پرداخت و در نهایت کل تعامل کلامی کودک-مادر با یک دستگاه ضبط صوت، با کیفیت بالا ضبط می‌شد و در نهایت این تعاملات به صورت دقیق و کلمه به کلمه نوشته می‌شد.

یافته‌ها

میانگین‌های کسب شده هر دو گروه وارد رایانه شد و با نرم افزار SPSS 11.5 و استفاده از آزمون t مستقل با هم مقایسه شدند. ضریب توافق کاپا^۷ در اجزای ارتباطی برای گروه مادران لکنتی عبارت بود از: برای وقفه ۷۳/۰؛ عدم پاسخ‌گویی ۵۸/۰؛ سؤالات ۷۹/۰؛ تقدیر کلامی ۶۵/۰؛ تشویق کلامی ۶۳/۰؛ فرامین ۸۵/۰؛ اظهارات مهم ۶۶/۰ و کل کلمات ۱ و برای مادران کودکان دارای لکنت میزان این ضریب عبارت بود از: برای وقفه ۵۹/۰؛ عدم پاسخ‌گویی ۳۸/۰؛ سؤالات ۸۴/۰؛ تقدیر کلامی ۹۵/۰؛ تشویق کلامی ۶۹/۰؛ فرامین ۶۵/۰؛ اظهارات مهم ۸۷/۰ و کل کلمات ۹۴/۰ بود. براساس قرارداد فلیس^۸ (۱۹۸۱) دامنه ۶۵/۰ - ۷۵/۰ مقیاس خوب در نظر گرفته می‌شود که از این میان، جزء‌های وقفه، تقدیر کلامی، تشویق کلامی و اظهارات مهم برای مادران کودکان دارای لکنت و تشویق کلامی و فرامین برای مادران کودکان بدون لکنت در این دامنه قرارمی‌گیرند و ارزشهای ما بین ۷۶/۰ - ۱ مقیاس عالی در نظر گرفته می‌شوند که عبارت‌اند از: سؤالات، فرامین و کل کلمات برای مادران کودکان دارای لکنت و سؤالات تقدیر کلامی، اظهارات مهم و کل کلمات برای مادران کودکان بدون لکنت.

ضریب توافق کاپای اجزای ارتباطی برای گروه کودکان دارای لکنت عبارت بود از: برای وقفه‌ها ۵۹/۰؛ برای عدم پاسخ‌گویی ۷۰/۰؛ برای سؤالات ۱؛ برای تشویق کلامی ۹۰/۰؛ برای زمان تعامل ۹۶/۰ و برای کل کلمات ۹۵/۰ و در کودکان بدون لکنت این امتیازات به ترتیب ذیل بود: برای وقفه‌ها ۶۵/۰؛ برای عدم پاسخ‌گویی ۶۰/۰؛ برای سؤالات ۹۳/۰؛ برای تقدیر کلامی ۸۸/۰؛ برای زمان تعامل ۱ و برای کل کلمات ۱. توافق برای اجزای عدم پاسخ‌گویی خوب و برای سؤالات، تقدیر کلامی و زمان تعامل و کل کلمات در کودکان دارای لکنت عالی و در کودکان بدون لکنت، ضریب توافق برای وقفه‌ها و عدم پاسخ‌گویی خوب و برای سؤالات، تقدیر کلامی زمان تعامل و کل کلمات عالی بود.

از آزمون t مستقل برای مقایسه مادران کودکان دارای لکنت با مادران کودکان بدون لکنت و همچنین کودکان دارای لکنت و بدون لکنت برای تجزیه و تحلیل اجزای ارتباطی استفاده شد. میانگینهای، انحراف معیارها و نتایج t تست برای مادران هر گروه در جدول شماره ۱ و برای کودکان نیز در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیارها و نتایج (t-test) گروه مادران در اجزای ارتباطی (N=20)

سطح معناداری	t مقدار	انحراف معیار مادران کودکان بدون لکنت	میانگین مادران کودکان بدون لکنت	انحراف معیار مادران کودکان دارای لکنت	میانگین مادران کودکان دارای لکنت	اجزای ارتباطی
۰/۰۸۳	-۱/۷۸۱	۱/۸۹	۱/۰۲	۳/۶۴	۲/۶۶	وقفه‌ها
۰/۲۸۱	۱/۰۹۳	۳/۸۵	۱/۸۴	۱/۱۳	۰/۸۶	عدم پاسخ‌گویی
۰/۸۰۱	-۰/۲۵۴	۱۶/۳۴	۱۳/۵۳	۱۶/۱۴	۱۴/۸۴	سُؤالات
۰/۶۲۲	۰/۴۹۷	۱۰/۷۹	۴/۳۹	۳/۶۰	۳/۱۲	تقدیر کلامی
۱/۰۰۰	۰/۰۰	۰/۶۸	۰/۲۳	۰/۴۰	۰/۲۳	تشویق کلامی
۰/۲۴۵	-۱/۱۸۲	۴/۰۵	۳/۴۶	۱۴/۵۵	۷/۴۵	فرامین
۰/۴۸۱	-۰/۷۱۳	۳/۳۷	۲/۰۴	۹/۹۶	۳/۷۲	اظهارات مهم
۰/۰۳۷	-۲/۱۵۶	۶۰/۵۸	۱۰/۲۴۳	۱۴۳/۲۸	۱۷۷/۴۳	کل کلمات

جدول ۲- میانگین و انحراف معیارها و نتایج (t-test) گروه کودکان در اجزاء ارتباطی (N=20)

سطح معناداری	t مقدار	انحراف معیار کودکان بدون لکنت	میانگین کودکان بدون لکنت	انحراف معیار کودکان دارای لکنت	میانگین کودکان دارای لکنت	اجزای ارتباطی
۰/۷۹۴	۰/۲۶۳	۴۲/۳۶	۱۲/۱۸	۱۹/۰۷	۹/۴۵	وقفه‌ها
۰/۸۷۱	۰/۱۶۳	۲۸/۹۲	۲۰/۴۵	۴۸/۸۰	۱۸/۳۸	عدم پاسخ‌گویی
۰/۴۳۳	۰/۷۹۲	۸۴/۲۳	۲۶/۷۱	۱۳/۸۱	۱۱/۵۹	سُؤالات
۰/۷۰۵	۰/۳۸۱	۶۲/۸۸	۳۳/۲۰	۳۷/۱۷	۲۶/۹۸	تقدیر کلامی
۰/۵۸۸	-۰/۵۵	۲۲۳/۴۴	۲۷۷/۶	۱۷۴/۷	۳۰۳/۷۵	زمان تعامل (به ثانیه)
۰/۰۴۹	-۲/۰۳۱	۲۳/۴۹	۲۳/۷۰	۶۲/۴۱	۵۴/۰۱	کل کلمات

همان‌طور که در جداول مشاهده می‌شود هیچ‌گونه تفاوت معناداری در همه اجزای ارتباطی برای هر دو گروه به‌جز در تعداد کل کلمات وجود ندارد؛ تنها تفاوت معناداری که بین مادران کودکان دارای لکنت و بدون لکنت و همچنین فرزندانشان وجود داشت، در تعداد کل کلمات به‌کار رفته دو گروه است و از سویی این میزان بالا بودن بروندۀ کلامی در گروه آزمایشی، نشانگر بالا بودن سرعت گفتاری مادران کودکان دارای لکنت و کودکان دارای لکنت نسبت به گروه کنترل است؛ زیرا بر طبق نتایج مطالعه حاضر مادران کودکان دارای لکنت از کلمات بیشتری نسبت به مادران کودکان بدون لکنت استفاده می‌کنند. ($P=0.37$) و همچنین کودکان دارای لکنت از کلمات بیشتری

نسبت به کودکان بدون لکنت استفاده می‌کنند. ($P=0.49$) که این مسئله در یک بازده زمانی ثابت برای هر دو گروه دارای لکنت و بدون لکنت اتفاق می‌افتد.

بحث و نتیجه‌گیری

الگوهای رفتاری کلامی والدین کودکان دارای لکنت و بدون لکنت در مطالعه حاضر بررسی شدند. از جمله این الگوهای رفتاری عبارت‌اند از: فرامین، سؤالات، تشویق کلامی، تقدیر کلامی، اظهارات مهم، عدم پاسخ‌گویی، وقفه‌ها، زمان تعامل و میزان کلمات که دو جزء آخر نشان‌دهنده نیم‌رخی از وضعیت گفتاری گروه اختلالی برای پایه‌ریزی روش‌های درمانی غیرمستقیم است. اگرچه در مطالعات اخیر به نقش جنبه‌های عصب‌شناختی در شروع لکنت تأکید شده با این حال از رفتارهای کلامی والدین اغلب به مثابه عامل مهمی در شروع و تداوم اختلال یاد می‌شود. فرضیه پایه‌ای در این زمینه این است که والدین کودکان دارای لکنت از میزان بیشتری از سؤالات، وقفه‌ها و واکنشهای کلامی منفی و کلمات در هنگام تعامل کلامی با کودکانشان استفاده می‌کنند که این قضیه منجر به ایجاد محیط ارتباطی پرتنشی برای کودکان دارای لکنت می‌شود و نکته دیگر این پژوهش افزون بودن سرعت گفتار و میزان کلمات مادران کودکان دارای لکنت در مقایسه با مادران کودکان بدون لکنت بود ($P=0.37$) که این مسئله می‌تواند توجیهی برای پایه‌ریزی پروتکل درمانی مبتنی بر کاهش میزان این سرعت در مادران کودکان دارای لکنت باشد. چرا که بسیاری از برنامه‌های درمانی برای کودکان پیش‌دبستانی شامل اصلاح تعاملات کلامی والدین با کودکانشان است (لانگولیس و همکاران، ۱۹۸۶؛ گون و بولات سار، ۲۰۰۳؛ گیتار و همکاران، ۱۹۹۲). حتی مؤسسه شنوایی و گفتار امریکا (ASHA، ۱۹۹۰) به والدین توصیه می‌کند که با کودکانشان به آهستگی صحبت کنند و از پرسیدن سؤالات زیاد احتراز کنند و میزان وقفه‌های ناگهانی در هنگام صحبت کردن با کودکانشان را به حداقل برسانند.

از سویی دیگر، هیچ‌گونه تفاوت معناداری در هیچ کدام از اجزاء و سبکهای ارتباطی که والدین در ارتباط با فرزندانشان به کار می‌برند، در هر دو گروه کودکان دارای لکنت و بدون لکنت وجود ندارد که این بدین معناست که مادران کودکان دارای لکنت فارس زبان به لحاظ سبکهای ارتباطی با کودکانشان در مقایسه با همتایان بدون

لکنت‌شان تفاوتی ندارند. نتایج این تحقیق با یافته‌های سایر مطالعات (کلی، ۱۹۹۰؛ کلی و کانچر، ۱۹۹۲؛ میرز، ۱۹۹۰؛ ریان، ۲۰۰۰؛ ویس و زبروسکی، ۱۹۹۰ و ۱۹۹۱) همخوانی دارد. در همه این مطالعات نتیجه کسب شده عبارت بود از اینکه والدین کودکان دارای لکنت در تعامل کلامی با فرزندانشان از والدین افراد بدون لکنت، متفاوت عمل نمی‌کنند و در نهایت براساس نتایج مطالعه حاضر، می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که رفتارهای کلامی والدین به لحاظ اجزای ارتباطی نه اجزای فرازبانی^۹ در شروع و تداوم لکنت به آن انداره که گمان می‌رفت مؤثر باشند، دارای نقشی تأثیرگذار نیستند و از سویی دیگر، یافته‌های این مطالعات بیانگر این موضوع است که سرعت گفتاری مادران کودکان دارای لکنت بیشتر از مادران کودکان بدون لکنت است و این قضیه در رابطه با خود کودکان دارای لکنت نیز مصدق دارد و به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که در بحث علت‌یابی شروع و تداوم اختلال لکنت، بایستی توجه و تمرکز را از نوع تعامل کلامی والدین به نحوه تعامل والدین با کودکانشان تغییر داد و متغیرهایی مانند سرعت مکالمه و تعداد کلماتی که در واحد زمان بیان می‌شود، در مکالمه والدین مد نظر قرار گیرد؛ زیرا تعداد کلمات بیان شده در واحد زمان از یک سو زمان پردازش کلمات را در ذهن کودک افزایش می‌دهد و بدین سبب ایجاد نوعی آشفتگی ذهنی می‌کند و از سویی دیگر کودک را وادار به پاسخ‌گویی در حد سرعت مادر می‌کند که این مسئله خارج از توان کودک است و باعث و خامت بیشتر اختلال و تداوم آن می‌شود و با مطالعات دیگر همسو است (کلی و کانچر، ۱۹۹۲؛ میرز و فری من ۱۹۸۵).

با توجه به اینکه الگوهای ارتباطی مادران کودکان دارای لکنت و تفاوت آن با مادران کودکان عادی از بحث‌انگیزترین موضوعات در درمان این کودکان است، بنابراین لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه بسیار محسوس است و از جمله حوزه‌هایی که در این زمینه بسیار مهم است و نیاز به پژوهش خصوصاً در ایران دارد، حوزه شدت لکنت و ارتباط آن با سرعت گفتاری والدین و تأثیرپذیری این جزء از میزان سرعت است و اینکه در حوزه سرعت بتوان به استاندارد واحدی که به مثبتة دامنه بی‌خطر برای مادران کودکان دارای لکنت باشد، دست یافت؛ زیرا در مشاوره‌های درمانی به مادران کودکان دارای لکنت گفته می‌شود که سرعت گفتاری خود را هنگام صحبت کردن با کودکانشان کاهش دهنده ولی به چه میزان؟ که این مسئله‌ای است که نیاز به کار و پژوهش دارد.

از سویی دیگر، مطالعه بیشتر در زمینه سبکهای ارتباطی والدین کودکان طبیعی، لازم است هرچند که در مطالعه اخیر تفاوتی مابین سبکهای ارتباطی دو گروه دارای لکنت وغیر لکنتی وجود نداشت و مطالعه خود این سبکها که به صورت قاعده‌مند در این مطالعه مشخص گردیدند، در مادران کودکان طبیعی به لحاظ شناخت سیر طبیعی این اجزای ارتباطی امری لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

یادداشت‌ها

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 1) Bloodstein | 2) Hegde |
| 3) Nervmascular | 4) Neuropsychological |
| 5) Neurological | 6) Ingham |
| 7) Kappa | 8) Feleiss |
| 9) Para Linguistic | |

ضمیمه (ابزار پژوهش)

اجزای ارتباطی

فرامین:

فرامین بر دو دسته‌اند: اول دستور مستقیم است که به لحاظ نوعی، واضح و مستقیم است و برای بیان یک فرمان یا هدایت یک عمل بیان می‌شود (مانند: آن تکه از پازل را زیر گردن بگذار). نوع دیگری از فرمان، غیرمستقیم؛ یعنی به صورت پیشنهاد غیرمستقیمی یا سؤال دستوری است که در پی هدایت فعالیت کلامی یا جسمی کودک است (مانند: آیا آن تکه را زیر گردن می‌گذاری؟) (آراغونا و ای برگ، ۱۹۸۱)

سؤال:

درخواست یا طلب کردن چیزی برای به دست آوردن اطلاعات (مانند: آیا پاهای را پیدا کردم؟ آیا عکس را تمام کردم؟) در پاسخ به این جزء، شنونده ودار به پاسخ‌گویی کلامی یا غیرکلامی می‌شود (لانگولیس و همکاران، ۱۹۸۶ و میرز، ۱۹۹۰) اظهارات مهم:

گفته‌هایی که بیانگر نوعی از عدم توافق یا نقل قولهای در برگیرنده واکنش منفی است و به این لحاظ مهم است که می‌توانند مسیر عملی را که شنونده انجام می‌دهد

مقایسه تعامل کلامی مادران و کودان دارای لکنت و ... / ۵۲۵

تغییر دهنده‌اند: «نمی فهمی من چی می گم؟» یا با لحن منفی «تکه زرد در این عکس وجود نداره» این تعاملات در عدم موافقت با گوینده اول به کار می‌رود و از بیاناتی همچون «نه»، «تو نمی‌دونی» و مانند آن بهره می‌برد (آراغونا و ای برگ، ۱۹۸۱ و میرز، ۱۹۹۰)

عدم پاسخ‌گویی:

شرکت‌کنندگان در یک مکالمه همدیگر را با سکوت نادیده می‌انگارند؛ مثل زمانی که گویی چیزی نشنیده‌اند یا اینکه به سؤال دیگران پاسخ نمی‌دهند و مانند آن (لانگولیس و همکاران، ۱۹۸۶)

وقفه:

وقفه‌ها زمانی ایجاد می‌شوند که پیوستگی گفتار گوینده با یک سؤال یا بیانات شخص شنونده که به یکباره وارد گفت و گو می‌شود، از هم می‌گسلد. یک وقفه، زمانی محاسبه می‌شود که شنونده قبل از اینکه گوینده صحبتش به پایان برسد شروع به صحبت کند. (میرز و فری من، ۱۹۸۵)

تشویق کلامی:

بیانی است که شامل رضایت کلامی، تشویق یا بازخورد مثبت در مورد رفتار شخص است؛ مثل این جمله «بله، درسته» یا «سخته! ولی تو می‌تونی انجامش بدی» و مانند آن (آراغونا و ای برگ، ۱۹۸۱ و میرز، ۱۹۹۰)

تقدیر کلامی:

در راستای تأیید کامل گوینده صورت می‌پذیرد و بیانگر این مسئله است که شنونده رفتارها یا بیانات گوینده را قبول دارد و تأیید می‌کند؛ برای مثال پاسخ مادر که می‌گوید: «بسیار خوب» زمانی که کودک می‌گوید «پاهای عکس را پیدا کردم» (آراغونا و ای برگ، ۱۹۸۱)

زمان تعامل:

کل زمان مکالمه بین مادر و کودک به ثانیه (میرزو و فری من، ۱۹۸۵)

کل کلمات:

میزان کلمات به کار رفته در بازده زمانی داده شده (میرزو و فری من، ۱۹۸۵)

منابع

دهقان احمدآباد، علی (۱۳۸۴). بررسی پروتکل کاهش سرعت گفتار مادران در درمان لکنت کودکان مدرسه‌رو مبتنی بر رویکردهای آسیب‌شناسی گفتار و زبان. دوازدهمین کنگره بین‌المللی علوم پزشکی، تبریز.

کارل و. دیل (۱۳۸۰). درمان لکنت در کودکان مدرسه‌رو، ترجمه ناهید جلیله‌وند. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران.

محمدزاده، حسین (۱۳۷۴). آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی لکنت. تبریز، انتشارات آیدین.

Ambrose,N.,&Yairi,E.(2002)."The tudor study :data and ethics"; *American Journal of Speech –Language Pathology ,11,190-204.*

Anderson,J.& Conture,E.(2000) . "Language abilities of children who stutter: A preliminary study". *Journal of Fluency Disorders,25,283-304.*

Aragona, J.A., & Eyberg, S.M. (1981). "Neglected children: Mothers' report of child behavior problems and observed verbal behavior". *Child Development, 52, 596-602.*

Bernstein Ratner,N.(2004). "Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: implications for treatment. *Journal of Speech and Hearing Research,35,14-20.*

Bernstein Ratner,N.(1998) . *Linguistic and Perceptual Characteristics of Children at Stuttering onset.* Nijmegen,The Netherlands: International fluency association /Nijmegen University press.

- Bernstein Ratner, N, & Silverman, S. (2000).** "Parental perceptions of children 's communicative development at stuttering onset". *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 43*, 1252-1263.
- Conture,E.G.,& Fraser,J.(1989).** *Stuttering and Your Child:Questions and Answers*. Memphis, TN: Speech foundation of America.
- Gregory,H.H.,& Hill,D.(1980).** "Stuttering therapy for children". *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 23*, 351-364.
- Guitar,B.(1980).** *Stuttering :An Integrated Approach to its Nature and Treatment*. Baltimre:Williams & Wilkins.
- Guitar,B.,& Marchinkoski,L. (2001).** "Influence of mother's slower speech on their children's speech rate" . *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 44*, 853-861.
- Guita, B., Schaefer, H., Donahue-Kilburg, G., & Bond, L. (1992).** "Parent verbal interactions and speech rate:A case study in stuttering" . *Journal of Speech and Hearing Research, 35*, 742-754.
- Guven, A. G & Sar,F.B.(2003).** "Do the mothers of stutterer use different communication styles than the mothers of fluent children?" . *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 8*, 25-36.
- Kelly,E.M.,& Conture,E.G. (1992).** "Speaking rates, response time latencies, and interrupting behaviors of young stutterers,non stutterers, and their mothers. *Journal of Speech and Hearing Research,35*, 1256-1267.

- Langlois, A., Hanrahan, L.L., Inouye, L.L. (1986).**" A comparison of interactions between stuttering children, nonstuttering children, and their mothers." *Journal of Fluency Disorders, 11, 263-273.*
- Meyers, S., & Freeman, F. (1985).** "Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluency". *Journal of Speech and Hearing Research, 28, 436-444.*
- Riley,G.(1980).** *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (Rev.ed.).*Austin,TX: Pro-ED.
- Weiss, A.L., & Zebrowski, P.M. (1991).** "Patterns of assertiveness and responsiveness in parental interactions with stuttering and fluent children". *Journal of Fluency Disorders, 16, 125-141.*
- Yaruss,J.S& Conture,E.G. (1995).** "Mother and child speaking rates and utterance lengths in adjacent fluent utterances :preliminary observations". *Journal of Fluency Disorders, 20, 257-278.*