اثربخشی برنامه لیدکامب بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی

دکتر محمد اورکی[۱]، مریم محسنی[۲]، مهدی بختیار[۳]

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۱/۸ تجدیدنظر: ۹۱/۴/۲۷ پذیرش نهایی:۹۱/۹/۶

چکیده

هدف: این پژوهش بالینی با هدف بررسی اثربخشی برنامه لیدکامب بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی انجام شده است. **روش:** در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی بالینی تک گروهی با اندازه‌گیری مکرر، ۱۰ کودک پیش‌دبستانی مبتلا به لکنت انتخاب شدند و به مدت ۱۲ جلسه انفرادی، تحت آموزش برنامه لیدکامب قرار گرفتند. شدت لکنت کودکان براساس شاخص درصد هجاهای لکنت‌شده در سه مرحله اندازه‌گیری شد و اطلاعات به دست آمده از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که برنامه درمانی لیدکامب توانسته است در میزان لکنت کودکان پیش‌دبستانی از نظر آماری کاهش معناداری پدید آورد (p< ۰/۰۱). **نتیجه** پژوهش حاضر، نقش موثر برنامه لیدکامب را در کاهش شدت لکنت کودکان پیش دبستانی تأیید نمود .

واژه‌های کلیدی : لکنت، برنامه لیدکامب، دانش‌آموزان پیش‌دبستانی

۱. استادیار دانشگاه پیام نور

۲.**نویسنده مسئول**: آسیب شناس گفتار و زبان و کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور

۳. دانشجوی دکترای علوم گفتار و شنوایی دانشگاه هنگ کنگ

The Effectiveness of Lidcombe Program in Reduction of Preschool Children's Stuttering Severity

Mohamad Oraki,Ph.D, [1] Maryam Mohseni, M.A[2], Mehdi Bakhtiar, M.A [3]

Received: 28.1. 12 Revised: 17.7.12 Accepted: 26.11 . 12

Abstract

Objective: The purpose of this clinical study was to evaluate the effectiveness of Lidcombe Program in reduction of preschool children's stuttering severity. **Method:** This study was a single group semi-experimental clinical trial with repeated measurement, in which 10 preschool stuttered children were selected and were affected by Lidcombe Program within a period of 12 individual sessions. Children's stuttering severity was measured according to the percentage of syllables stuttered (%SS) at three time points. Obtained data were analyzed according to ANOVA with repeated management. **Results**: The results showed that Lidcombe Program could reduce significantly preschool children's stuttering severity (p<0/01). **Conclusion:** This study confirmed the effectiveness of Lidcombe Program in reduction of preschool children's stuttering severity.

Keywords: Stuttering, Lidcombe, preschool children.

1. Assistant Professor of Payame Noor University

2. **Corresponding Author:** Speech & Language Pathologist & MSc in General Psychology of Payame Noor University
(Email: Maryammohseni270@yahoo.com)

3 .PhD Candidate of Speech and Hearing Sciences of University of Hong Kong

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

مقدمه

نارسایی لکنت زبان را اشکال در سیالی رایج و الگوی زمانی گفتار می‌دانند که با سن فرد متناسب نیست (دیوی، ۲۰۰۸). آغاز ناگهانی لکنت معمولاً بین ۲ تا ۷ سالگی است و از نظر نسبت در پسران تقریباً سه برابر دختران برآورد می‌شود (اورکی، علی اکبری، کمر زرین، بابایی، زیر چاپ). نرخ شیوع این نارسایی را ۰/۷ درصد برای کل جامعه برآورد کرده‌اند؛ که در کودکان کوچک‌تر تا ۱/۴ درصد بالا می‌رود و در نوجوانی تا ۰/۵ درصد کاهش می‌یابد(کریج، هانکوک، ترن، کریج و پیتر، ۲۰۰۲). البته تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که شیوع آن در جوامع دو زبانه بیشتر است (هاول و نیلی‌پور، ۲۰۰۹). پیش‌آگهی این نارسایی مثبت است؛ زیرا حدود ۷۴-۸۰ درصد از لکنتی‌ها به‌طور طبیعی بهبود حاصل می‌کنند (یایری و آمبروس، ۲۰۰۵).

در مبحث درمان لکنت، رویکردهای عمده را می‌توان به‌صورت رویکردهای مستقیم و غیرمستقیم طبقه‌بندی کرد. رویکردهای درمانی مستقیم شامل روشهایی است که مستقیماً به درمان خود لکنت می‌پردازد و رویکردهای درمانی غیرمستقیم عبارت است از تعدیل محیط و اصلاح رفتارهای کلامی و غیرکلامی اطرافیان بیمار دارای لکنت (گیتار، ۲۰۰۶).

برنامه مستقیم لیدکامب[1] براساس شرطی‌سازی عامل رویکرد رفتاردرمانی، جهت درمان لکنت کودکان کوچک‌تر از ۶ سال طراحی شده است. البته این برنامه را می‌توان برای کودکان ۷ تا ۱۲ سال نیز استفاده کرد ولی تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که با افزایش سن به طرف ۱۲ سال اثربخشی برنامه کاهش می‌یابد. محل رشد و توسعه این برنامه در ناحیه‌ای به نام لیدکامب واقع در حومه سیدنی بوده است(آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳، ترجمه مهدی بختیار، محمدصادق سیف پناهی و حمید کریمی).

برنامه لیدکامب مجموعه‌ای از مراحل ثابت و از پیش برنامه‌ریزی‌شده نیست؛ به عبارتی این درمان برای هر کودک و خانواده وی به‌صورت فردی ارائه می‌شود.

مانند بیشتر برنامه‌های درمانی مربوط به کودکان این برنامه نیز خانواده محور است و در واقع اجرای برنامه برعهده والدین و در محیط زندگی روزمره کودک است و درمانگر به جهت آموزش والدین، نقش مربی را دارد. در این برنامه یکی از والدین مسئولیت درمان در محیط زندگی کودک را به عهده می‌گیرد و در طی مراجعات خصوصی هفتگی به کلینیک چگونگی اجرای این درمان را یاد می‌گیرد. چگونگی ادامه و اجرای درمان با توجه به اندازه‌گیریهای روزانه والدین و سنجش هفتگی درمانگر است. درمانگر در جلسات هفتگی همچنین برنامه درمانی را کنترل، مدیریت و هماهنگ می‌کند و باید از لذت‌بخش بودن درمان برای کودک و والدین اطمینان حاصل کند (آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳).

برنامه لیدکامب چند مؤلفه اصلی دارد. این مؤلفه‌ها برای هر کودک به صورت فردی اجرا می‌شود. برنامه براساس روش‌شناسی شرطی‌سازی عامل است و به کودکان شیوه گفتاری خاصی که متفاوت با الگوی گفتاری طبیعی است، آموزش داده نمی‌شود؛ مثلاً از کودکان خواسته نمی‌شود که به‌صورت آهنگین صحبت کنند و یا این‌که سرعت گفتارشان را پایین بیاورند و همچنین از والدین خواسته نمی‌شود که به‌منظور تسهیل روانی گفتار کودک، محیط زندگی وی را تغییر دهند. ولی ممکن است زمانی که برای اجرای موفق برنامه ضروری به نظر آید، والدین برنامه معمول روزانه و یا جنبه‌های خاصی از سبک تعاملی‌شان را در طی مکالمات درمانی سازمان‌یافته تغییر دهند.

تحریکات کلامی والدین، سنجش لکنت، درمان در مکالمات سازمان‌یافته و سازمان نیافته و حفظ تأثیرات درمان، اجزای اصلی برنامه لیدکامب است. اصلی‌ترین عامل درمانی برنامه لیدکامب را بازخوردهای کلامی والدین نسبت به گفتار بدون لکنت و همچنین لکنت آشکار کودک می‌دانند (آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳ گیتار و مک کالی، ۲۰۱۰).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

چهار نوع بازخورد کلامی وجود دارد که والدین در برخورد با گفتار بدون لکنت و همچنین لکنت آشکار کودک ارائه می‌نمایند:

الف- آگاه‌سازی نسبت به گفتار بدون لکنت و لکنت مشخص؛ مثلاً : روان صحبت کردی و یا کمی لکنت داشتی و گیرکردی.

ب- تحسین گفتار بدون لکنت؛ مثلاً : عالی بود، هیچ اشتباهی نداشتی، خیلی خوب حرف زدی.

ج- درخواست خودارزیابی از گفتار بدون لکنت؛ مثلاً: به نظرت درست گفتی؟ یا آن کلمه را چه‌طور گفتی؟

د- درخواست خوداصلاحی لکنت مشخص؛ مثلاً : یک کلمه را اشتباه گفتی، می‌خواهی دوباره بگی؟ (آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳).

برنامه لیدکامب باید برای کودک تجربه‌ای لذت‌بخش و مثبت به همراه داشته باشد. یک راه برای اطمینان از مثبت و لذت‌بخش بودن تجربه درمان برای کودک آن است که والدین به جای توجه زیاد به لکنت کودک، تمرکز خویش را بیشتر بر روی گفتار بدون لکنت وی معطوف سازند. این کار برای موفق شدن در برنامه لیدکامب، امری کاملاً ضروری است. قانون عملی این کار آن است که والدین باید گفتار بدون لکنت کودک را پنج برابر بیشتر از لکنت وی مورد توجه قرار دهند. این قانون به‌ویژه در مراحل اولیه درمان که احتمالاً لکنت به‌طور چشمگیری به چشم می‌خورد، قابل اجراست.

در ابتدای هر جلسه کلینیکی یک نمونه گفتاری ۱۰ دقیقه‌ای و یا حداقل ۳۰۰ هجایی از مکالمات کودک با والدین و یا درمانگر ضبط (ترجیحاً ویدئویی) می‌شود؛ سپس درصد هجاهای لکنت شده نمونه گفتاری محاسبه می‌شود (آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳).

والدین نیز باید شدت لکنت کودک خود را به‌صورت روزانه و براساس یک معیار شدت ۱۰ درجه‌ای تعیین کنند. در این معیار شماره ۱ به گفتار بدون لکنت و شماره ۱۰ ، به لکنت بسیار شدید تعلق می‌گیرد. سنجش‌های به‌عمل آمده از شدت لکنت و درصد هجاهای لکنت‌شده، در برگه ثبت داده های کودک وارد می‌شوند.

در شروع مرحله۱، درمان فقط در طی مکالمات ۱۵-۱۰ دقیقه‌ای سازمان یافته بین والد و کودک اجرا می‌شود و پس از حصول اطمینان از ارائه صحیح و مطمئن بازخوردهای کلامی توسط والدین می‌توان بازخوردها را در طی مکالمات سازمان نیافته روزانه نیز ارائه نمود.

با توجه به احتمال عود مجدد لکنت پس از انجام درمان، برنامه لیدکامب فرایندی را طراحی نموده است تا روند کاهش شدت لکنت در انتهای مرحله ۱ هم‌چنان حفظ شود(گیتار و مک کالی، ۲۰۱۰؛ آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳).

روند اجرای برنامه لیدکامب

پس ارزیابی و دریافت اطلاعاتی در مورد شروع، سیر لکنت و تاثیر آن بر کودک و خانواده و تعیین شدت لکنت، برنامه لیدکامب در دو مرحله اجرا می‌شود(راهنمای موجود در وب سایت دانشگاه سیدنی استرالیا، ۲۰۰۸).

مرحله یک

در طی مرحله یک، والد و کودک هفته‌ای یک جلسه در کلینیک حاضر می‌شوند و والدین درمان را هر روز در محیط زندگی کودک اجرا می‌کنند. فعالیتهای زیر در جلسه حضوری کلینیکی انجام می‌شود.

- سنجش درصد هجاهای لکنت شده[۲] کودک در داخل کلینیک به‌وسیله درمانگر
- تعیین شدت لکنت نمونه گفتاری کودک از سوی والد و درمانگر
- بررسی نمرات شدت لکنت هفته گذشته کودک به‌وسیله درمانگر
- مقایسه نمرات شدت لکنت روزانه هفته گذشته و نمونه کلینیکی به‌وسیله والد و درمانگر
- مذاکره در مورد شیوه‌های مورد استفاده و پیشرفت بالینی کودک در طی هفته گذشته

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

- بحث با والدین راجع به تغییرات لازم در شیوه‌های درمانی هفته آینده.
- اجرای عملی تغییرات اعمال‌شده در شیوه‌های درمانی توسط درمانگر.
- اجرای عملی تغییرات اعمال‌شده توسط والد، بعد از تقلید از کار درمانگر.
- ارائه خلاصه‌ای از آنچه که در هفته آینده مورد انتظار است.
- در پایان پاسخ‌گویی و پرداختن به سؤالات و حل مسائل مطرح‌شده احتمالی از جانب والد

در اوایل مرحله ۱ درمان، بازخوردهای کلامی در طی مکالمات سازمان‌یافته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای روزانه و حداکثر روزی یک بار ارائه می‌شود. به‌تدریج و پس از کاهش شدت لکنت روزانه و همچنین حصول اطمینان از ارائه صحیح و به جای بازخوردهای کلامی، والدین می‌توانند بازخوردهای کلامی را در مکالمات سازمان نیافته و در زمانهای متفاوت از روز نیز ارائه نمایند و زمانی‌که لکنت کودک به سطح خیلی پایین می‌رسد، مرحله دوم درمان شروع می‌شود. معیار ورود به مرحله دوم درمان شامل: ۱- درصد هجاهای لکنت شده کلینیکی کمتر از ۱ و ۲- نمرات شدت لکنت ۱ یا ۲ در طی هفته گذشته است که حداقل ۴ مورد از نمرات شدت لکنتها باید ۱ باشد. لازم به ذکر است که این معیارها باید سه هفته متوالی حفظ شوند.

مرحله دو

در طی مرحله دوم برنامه لیدکامب، به‌تدریج بازخوردهای کلامی والدین و همچنین دفعات مراجعه به کلنیک به‌صورت کاملاً نظام‌مند کاهش می‌یابد. این مرحله ممکن است تا یک دوره چند ماهه و یا چندساله و تا زمانی که سطح پایین لکنت حفظ شود، ادامه یابد.

برنامه‌ریزی جلسات در این مرحله به این صورت است که دو جلسه اول در طی دو هفته، دو جلسه دوم در طی چهار هفته، دو جلسه بعدی در طی هشت هفته و بالاخره جلسه آخر شانزده هفته بعد تشکیل خواهد شد. در این میان چنانچه شاخص عملکرد گفتار در کودک حفظ شود، روند پیشرفت جلسات طبق روال ذکرشده خواهد بود. اما اگر کودک شاخص عملکرد گفتار را در هر یک از جلسات مرحله دوم کسب درمانگر یا از پیشروی جلسات جلوگیری به عمل می‌آورد و یا اینکه خانواده را به مرحله قبلی روال ذکر شده باز می‌گرداند (آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳؛ راهنمای موجود دروب سایت دانشگاه سیدنی استرالیا، ۲۰۰۸).

نتایج مطالعه هریس، آنسلو، پاکمن، هریسون و منزیس(۲۰۰۲) حاکی از آن است که برنامه لیدکامب اثر مثبت بر لکنت کودکان پیش دبستانی دارد و این اثر در مقایسه با بهبود طبیعی، خیلی بیشتر است. جونز، آنسلو، پاکمن، ویلسون، آرموند، شوارز و جبسکی (۲۰۰۵) نیز در مطالعه‌ای اثربخشی درمان را در یک گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ۷/۷ به دست آوردند؛ به این معنا است که لکنت کودکی که درمان را دریافت کرده، ۷/۷ برابر کمتر از کودکی بوده که در گروه کنترل قرار داشته و درمان را دریافت نکرده است. بختیار و پاکمن (۲۰۰۹) نیز اثربخشی برنامه لیدکامب را بر روی یک کودک دوزبانه فارسی-بلوچی نشان دادند. تحقیقات آزمایشگاهی و بالینی زیادی از جمله: مطالعه ویلسون، آنسلو و لینکلن (۲۰۰۴)؛ فرانکن، اسکالک و بولنز (۲۰۰۵)؛ لویس، آنسلو، پاکمن، جونز و سیمپسون (۲۰۰۸)؛ لاترمن، اولر و نیومن(۲۰۰۸)؛ میلر و گیتار (۲۰۰۹) نشان می‌دهند که لکنت را به این طریق می‌توان کنترل کرد.

در سالهای اخیر افزایش نارضایتی‌ها نسبت به درمان‌های غیرمستقیم باعث شده است که برنامه‌های مستقیم در درمان لکنت از جمله لیدکامب در جامعه علمی و بالینی توجه زیادی را به خود معطوف دارد. در حال حاضر نیز برنامه لیدکامب در نقاط مختلف دنیا اعم از امریکا، آلمان، انگلستان، نیوزیلند، کانادا، افریقای جنوبی و کشورهای دیگر مورد مطالعه، بررسی و استفاده قرار گرفته و در حال گسترش روزافزون است؛ در حالی که در کشور ما تقریباً ناشناخته است

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

(آنسلو، پاکمن و هریسون،۲۰۰۳).

هدف این پژوهش بالینی بررسی اثربخشی برنامه لیدکامب بر کاهش شدت لکنت کودکان پیش‌دبستانی (۸۲-۳۶ماهه) بوده است.

روش

این پژوهش، مطالعه‌ای نیمه‌تجربی بالینی تک‌گروهی با اندازه‌گیری مکرر محسوب می‌شود. در این پژوهش «نمونه» عبارت است از ۱۰ کودک (۵ دختر و ۵ پسر) لکنتی پیش‌دبستانی (۸۲-۳۶ ماهه) که از اول تابستان سال ۱۳۸۹ تا اول تابستان ۱۳۹۰برای درمان لکنت) به کلینیک گفتار درمانی شهید ذوالفقاری و سمانه تهران مراجعه کرده‌اند. ملاکهای شمول داشتن سن ۸۲-۳۶ ماه، ابتلاء به لکنت حداقل به مدت ۶ ماه و حداقل شدت لکنت در ابتدای درمان ۳٪ و ملاک‌های عدم شمول این پژوهش: وجود اختلالات ذهنی، عصبی، زبانی و تولیدی شدید و استفاده از روش درمانی دیگر به‌طور همزمان بوده است. پس از انتخاب نمونه بر اساس ملاکهای شمول و عدم شمول، برنامه لیدکامب بر اساس راهنمای ارائه‌شده در وب سایت مرکز تحقیقات لکنت دانشگاه سیدنی استرالیا به مدت ۱۲جلسه انفرادی ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای اجرا شده است.

برای گردآوری داده‌ها، میزان لکنت کودکان در سه مرحله: بلافاصله قبل از درمان، جلسه ششم و جلسه دوازدهم اندازه‌گیری شده است. سنجش میزان لکنت در این پژوهش شامل تعیین درصد هجاهای لکنت‌شده بوده است. درصد هجاهای لکنت‌شده با تقسیم تعداد هجاهای لکنت شده بر تعداد کلی هجاهای نمونه گفتاری ضرب در *۱۰۰ به‌دست* می‌آید.

در یک مطالعه اعتبار درونی و بیرونی یک ترجمه فارسی از مقیاس اندازه گیری شدت لکنت[۳] که یکی از خرده مقیاسهای آن مقیاس دفعات لکنت است ، براساس درصد توافق استفاده کنندگان ۸۰ درصد به‌دست آمده است(بختیار، سیف پناهی، انصاری، قنادزاده و پاکمن، ۲۰۱۰).

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

بعد از اتمام هر جلسه درمانی، نمونه گفتاری ضبط شده به رایانه منتقل و با شمارش تعداد کل هجاهای دارای لکنت مشخص و تقسیم آن بر تعداد کل هجاهای نمونه گفتاری، درصد هجاهای لکنت‌شده محاسبه می‌شود. از آن‌جا که سنجش درصد هجاهای لکنت‌شده بر مبنای قضاوت در مورد وجود یا عدم لکنت در هجاها استوار است، لذا به منظور تعیین پایایی آن باید در فرایند پژوهش، از یک آزمونگر باتجربه و مستقل از مطالعه، استفاده شود تا درصد هجاهای لکنت‌شده ۲۰٪ نمونه‌ها را به‌طور مستقل برای همان نمونه گفتاری مورد سنجش قرار دهد؛ سپس پایایی (توافق میان شنوندگان) سنجشهای به‌عمل آمده از میزان لکنت مورد بررسی قرار می‌گیرد. حداقل توافق مورد قبول ۸۵٪ است. چنانچه این میزان توافق حاصل نشود، آزمونگر سومی باید به سنجش نمونه‌های مشکوک و دارای اختلاف بپردازد تا درصد واقعی لکنت مورد تأیید قرار گیرد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی در این پژوهش میانگین سنی گروه برابر با ۵۴/۹۰ ماه و انحراف معیار سن گروه ۱۰/۷۹۶ بود. میانگین شدت لکنت در پیش آزمون ۱۴/۵۳، در میان آزمون ۶/۸۰ و در پس‌آزمون ۴/۵۵ به‌دست آمده است، این ترتیب حاکی از آن - است که میزان لکنت زبان بعد از اجرای برنامه درمانی لیدکامب پایین آمده است (جدول ۱).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

جدول ۱. مقایسه شدت لکنت نمونه به تفکیک پیش آزمون ، میان آزمون و پس‌آزمون

	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۰	۱۴/۵۳	۴/۳۷
میان آزمون	۱۰	۶/۸۰	۴/۲۳
پس آزمون	۱۰	۴/۵۵	۳/۹۳

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی معناداری تفاوت مشاهده‌شده بین پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. لازم به ذکر است قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی پیش‌فرض همسانی کوواریانسها از آزمون کرویت موچلی استفاده شده است.

با توجه به نتیجه آزمونF اثر پیلایی که برای اثر آزمون در سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۱ قرار دارد می‌توان به معناداری اثر متغیر مستقل پی برد (جدول۲).

جدول ۲ آزمون چندمتغیره برای اندازه‌گیری تفاوت بین سطوح متغیر مستقل نمونه مورد مطالعه

	مقدار	F	درجه آزادی درون گروهی	درجه‌آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا (اندازه اثر)
اثر پیلایی	۰/۸۶۶	۲۵/۹۲۷	۲/۰۰۰	۸/۰۰۰	۰۰۰	۰/ ۸۶۶

نتایج نشان داد که عامل آزمون در گروه با توجه به F در همه سطوح و درجه آزادی (۹ و۱) در سطح اطمینان ۰/۰۵ با روند خطی معنادار است. اندازه اثر برنامه لیدکامب ۰/۸۶۶به‌دست آمده است در نتیجه اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته مناسب است (جدول ۳). در این جدول با اینکه روند درجه ۲ هم۰/۴۹۰ به دست آمد و مورد تأیید قرار گرفت، اما اندازه اثر(مجذور اتا) روند خطی بیشتر از اندازه اثر روند درجه ۲ است.

جدول ۳. آزمونهای تفاوتهای آزمودنی (بررسی روند ها)

	آزمون	مجموع مجذورات	دامنه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا (اندازه اثر)
آزمون	روند خطی	۴۹۸/۰۰۲	۱	۴۹۸/۰۰۲	۵۸/۰۰۶	۰۰۰	۰/۸۶۶
	روند درجه ۲	۵۰/۱۶۰	۱	۵۰/۱۶۰	۸/۶۴۶	۰/۰۱۶	۰/۴۹۰
خطا(آزمون)	روند خطی	۷۷/۲۶۹	۹	۸/۵۸۵			
	روند درجه ۲	۵۲/۲۱۶	۹	۵/۸۰۲			

بحث و نتیجه گیری

برنامه درمانی لیدکامب مستلزم کاربرد هوشمندانه اصول و روشهای درمان اختلالات گفتاری به همراه روان‌درمانی مبتنی بر رفتاردرمانی است. برنامه لیدکامب مبتنی بر شرطی سازی عامل است؛ بنابراین در این شیوه، لکنت کودک به عنوان پاسخ و بازخوردهای کلامی والدین را که جنبه تقویتی و تنبیهی دارند، به عنوان محرک در نظر می‌گیرند و تحریک وابسته به پاسخ می‌نامند. در یک برنامه درمانی مبتنی بر شرطی‌سازی عامل، بازخوردهایی جنبه تقویتی دارند که باعث افزایش دفعات وقوع یا مدت زمان یک رفتار شوند و برعکس چنانچه بازخوردی کاهش دفعات وقوع یا مدت‌زمان یک رفتار را باعث شود، جنبه تنبیهی پیدا می‌کند. در برنامه لیدکامب نیز هنگامی که گفتار بدون لکنت کودک مورد تحسین قرار می‌گیرد، انتظار می‌رود که این رفتار از جانب کودک بیشتر به وقوع بپیوندد و توجه و واکنش مناسب نسبت به لکنت کودک از جانب والدین می‌تواند عاملی شود که لکنت کودک را کاهش دهد (گیتار و مک‌کالی، ۲۰۱۰؛ آنسلو، پاکمن و

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

هریسون،۲۰۰۳). تحقیقات آزمایشی و بالینی همسو با این مطالعه نیز نشان داده‌اند که لکنت را به این طریق می‌توان کنترل کرد(هریس، آنسلو، پاکمن، هاریسون و منزس، ۲۰۰۲؛ ویلسون، آنسلو لینکلن، ۲۰۰۴؛ جونز، آنسلو، پاکمن، ویلسون، آرموند، شوارز و جبسکی، ۲۰۰۵؛ لترمن، اولر و نیومن، ۲۰۰۸؛ میلر و گیتار، ۲۰۰۹؛ بختیار و پاکمن، ۲۰۰۹).

هابل[۴](۱۹۸۱، به نقل از آنسلو، پاکمن و هریسون، ۲۰۰۳) شش اصل را برای مداخلات درمانی مؤثر معرفی کرده است که می‌توان برنامه‌های مداخله‌ای زبانی را نیز براساس این اصول ارزشیابی کرد. در ارتباط با برنامه لیدکامب می‌توان گفت پنج مورد از اصول هابل مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ اصل نخست مبتنی بر اعتبار بوم شناختی برنامه است. اجرای برنامه لیدکامب در محیط زندگی طبیعی کودک، باعث تحقق این اصل می‌شود. اصل دوم مربوط به این امر است که مداخله باید از طریق تبادلات اجرا شود. این اصل در واقع اشاره به همان رابطه دوطرفه عوامل درمانی دارد؛ اصل سوم بیان می‌دارد که مداخله باید هدف‌شمول باشد. افراد این فعالیتها را به خاطر لذتی که اجرای خود فعالیت دارد، انجام می‌دهند نه فقط به خاطر به دست آوردن پاداش حاصل از نیل به هدف؛ اصل چهارم اشاره به محیطهای واکنشی دارد، یک محیط پاسخ‌گو یا واکنشی، بازخوردی فوری در برابر بروز یک رفتار نشان می‌دهد تا فرد از نتایج عملکردش آگاه شود؛ اصل پنجم دلالت دارد بر اجرای فردی برنامه براساس ویژگی‌های فردی افراد و این نیز مستلزم این است که درمانگر و والدین با تفکر خلاقانه و به کارگیری مهارتهای حل مسئله مداخلات درمانی را بر اساس راهکارهایی هماهنگ و متناسب با نیازهای فردی افراد اجرا کنند.

از آنجایی‌که حذف لکنت به عنوان یک رفتار، مستلزم شرایط و زمینه خاصی است، بنابراین در درمان مستقیم لیدکامب تا حدودی به‌صورت غیرمستقیم روی عوامل زمینه‌ساز لکنت هم کار می‌شود. "*برنامه لیدکامب با این باور که عوامل محیطی باعث بروز یا تداوم لکنت (یا هر دو) هستند؛ به اعمال تغییر در محیط زندگی کودک دست نمی‌زند*"، ولی ارائه بازخوردهای کلامی والدین، به لکنت کودک باید در یک فضای ارتباطی آرام و ایمن صورت پذیرد؛ بنابراین برنامه لیدکامب جهت فراهم کردن زمینه‌ای ایمن برای ارائه بازخوردهای کلامی والدین، به‌طور غیرمستقیم باعث تغییراتی روی عوامل محیطی می‌شود؛ *مثلا "تغییر شیوه‌های ارتباطی افرادی* که در محیط زندگی کودک قرار دارند و کاهش عوامل تنش-زای احتمالی در زندگی کودک، بخشی از برنامه لیدکامب نیست؛ ولی ارائه بازخوردهای کلامی والدین مبتنی بر یک رابطه کودک والدی صحیح و نزدیک است و در واقع یکی از علل لذت‌بخش بودن این برنامه برای والدین و کودکشان نیز بهره‌گیری از رابطه میان والد و کودک در فرایند درمان است"(آنسلو، پاکمن، هریسون، ۲۰۰۳ ص۴۰۶).

لیدکامب رویکردی کاملاً ساختارمند است، هم به لحاظ ساختاری و هم به لحاظ برنامه زمانی. پیشبرد درمان هم در آن، براساس ثبت کمی شدت لکنت صورت می‌گیرد؛ بنابراین خط سیر درمان از همان ابتدا برای والدین و درمانگر کاملاً مشخص است.

در برنامه لیدکامب بازیهایی که در قالب آنها گفته‌های کودک را سازمان می‌دهیم به شکلی انتخاب می شوند که بتوانند توجه کودک را جلب کنند و برای کودک لذت‌بخش باشند. در ارتباط با کودکان کوچک‌تر و کودکانی که بازی هدفمند ندارند و همچنین کودکانی با دامنه توجه و تمرکز پایین بهترین نوع بازی، بازیهای توجه و تمرکزی است که علاوه بر لذت‌بخش بودن، باعث تقویت توجه و تمرکز کودک می‌شود.

با توجه به اینکه برنامه لیدکامب براساس کنترل آگاهانه لکنت بنا شده، اثربخشی آن نیز مستلزم رشد آگاهی و شناخت کودک نسبت به گفتار و لکنت خود است؛ بنابراین شاید بتوان گفت مهم‌ترین عامل

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]

اثربخشی برنامه لیدکامب، کنترل آگاهانه لکنت به‌وسیله خود کودک باشد.

عدم کنترل متغیرهایی نظیر سطح اجتماعی فرهنگی خانواده، سن و تحصیلات والدین را می‌توان به مثابه عمده‌ترین محدودیت این پژوهش مطرح کرد که مانع تعمیم گسترده نتایج می‌شود.

پژوهش حاضر یکی از نخستین پژوهش‌های داخلی است که اثربخشی یک رویکرد درمانی را بر لکنت کودکان پیش‌دبستانی مورد مطالعه قرار داده است. رویکردهای درمانی مختلفی در حال حاضر وجود دارد که در نقاط مختلف دنیا مورد استفاده قرار می گیرد و این در حالی است که درمانگران ما در کار با کودکان لکنتی، همچنان بر تکنیکهای عمومی سنتی متکی هستند که کارایی چندانی نیز ندارند . لکنت اختلالی است که که تحت تأثیر عوامل و متغیرهای مختلف فرهنگی زبانی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده کارآیی رویکردهای مختلف درمانی و همچنین اثربخشی برنامه لیدکامب که در حال حاضر، توجه زیادی را در سطح دنیا به خود معطوف داشته، بر روی نمونه‌های مختلف کودکان ایرانی بررسی شود.

یادداشتها

1) Lidcombe Program
2) Percentage of Syllables Stuttered
3) Stuttering Severity Instrument_3
4) Hubbell

منابع

آنسلو، مارک؛ پاکمن، آن؛ هریسون، الیزابت(۱۳۸۷). *برنامه لیدکامب در مداخله زودهنگام لکنت* (ترجمه مهدی بختیار، ؛ محمدصادق سیف پناهی و ؛ حمید کریمی) زاهدان: سروش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی۲۰۰۳)

اورکی، محمد؛ کمرزرین، حمید؛ علی اکبری، مهناز؛ بابایی، انسیه. (تحت چاپ). *روانشناسی مرضی کودک*. تهران: دانشگاه پیام نور.

Bakhtiar, M; Seifpanahi, S; Ansari, H; Ghanadzade, H; Packman, A. (2010). Investigation of the reliability of the SSI-3 for preschool Persian-speaking children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *35*,87-91 .

Bakhtiar, M.; Packman, A. (2009). Intervention with the Lidcombe Program for a Bilingual school-Age child who stutters in Iran. *Folia phoniatra Logap*, 521.

Davey, G. (2008). *Psychopathology: research, assessment & treatment in clinical Psychology*. UK:Wiley Blackwell.

Franken, M.J.; Schalk, C.K.; Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, *30*: 189-199.

Graig, A.; Hancock; Tran, Y.; Craig, M.; Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. *Journal of Speech, Languageand Hearing Research*, *45*: 1097-1105.

Guitar, B.; McCauley, R. (2010). *Treatment of Stuttering Established and Emerging interval.* Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.

Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (3nd ed.). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.

Harris, V.; Onslow, M.; Packman, A.; Harrison, E.; Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27: 203-214.

Howell, p.; Nilipour, R. (2009). *Stuttering : A clinical handbook on diagnosis assessment and treatment (in farsi)*. Isfahan: Isfahan University Press.

Jones, M.; Onslow, M.; Packman, A.; Williams, S., Ormond, T.; Schwarz, T.; Gebski, V. (2005). Randomized controlled trial of the Lidcombe Pro-Randomized controlled trial of the Lidcombe program of early stuttering intervention. *British Medical Journal*, *331*: 659-661 .

Latterman, C.; euler, H.A.; Neuman, K.(2008). A randomized control trial to investigate theimpact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-Speaking preschoolers.*Journal of Fluency Disorders*, *33*: 52-65 .

Lewis, C., Onslow, M., Packman, A., Jones, M., Simpson, J.M. (2008). A phase II trial of telehealth delivery of the LP of early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *17*, 139-149 .

Manual of lidcombe (2008) in *http://www.fhs.usyd.edu.au/asrc*

Miller. B.; Guitar, B. (2009). Relationship of length and grammatical complexity to the systematic and nonsystematic speech errors and stuttering of children who stutter .term outcome of the LP of early stuttering intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *18*: 42-49.

Wilson, L.; Onslow, M.; Lincoln, M. (2004). Telehealth adaptation of the Lidcombe Program of early stuttering intervention: Five case studies. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *13*: 81-93.

Yairi, E.; Ambrose, N. (2005). *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians.* ustin, TX: Pro-Ed.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-21]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1391.12.4.2.3]