

## شیوع لکنت در دانش‌آموزان دوزبانه مقاطع مختلف تحصیلی شهر جوانرود

\*هیوا محمدی<sup>۱</sup>، فریبا یادگاری<sup>۲</sup>، رضا نیلی پور<sup>۳</sup>، مهدی رهگذر<sup>۴</sup>

## چکیده

هدف: به منظور بررسی نقش عوامل زبان‌شناختی در ابتلا به لکنت و پاسخ‌گویی به نیازهای درمانی آن، برآورد میزان شیوع این اختلال در دوزبانه‌های ایرانی ضروری است. لذا هدف از مطالعه حاضر برآورد شیوع لکنت در دانش‌آموزان مقاطع مختلف شهر دوزبانه جوانرود به تفکیک جنس و مقطع تحصیلی است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است. تمام دانش‌آموزان مدارس عادی سه مقطع تحصیلی شهر جوانرود به صورت تمام شمار بررسی شدند. غربالگری اولیه جهت شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به انواع اختلالات گفتاری توسط معلمان و با نظارت کارشناس گفتاردرمانی انجام گرفت و اطلاعات لازم در این زمینه در جلسات توجیهی به معلمین داده شد. از بین دانش‌آموزان معرفی شده توسط معلمان، موارد مبتلا به لکنت از طریق ارزیابی گفتار خودبه‌خودی، توصیف تصاویر داستانی و خواندن متن به دوزبان کردی و فارسی توسط کارشناس گفتاردرمانی بررسی و بر اساس علائم آسیب‌شناختی لکنت تشخیص داده شدند. داده‌های حاصل با استفاده از آزمونهای آماری کای اسکوئر و رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تعداد کل ۱۱۴۲۵ دانش‌آموز، ۱۲۹ نفر مبتلا به لکنت بودند. این تعداد معادل ۱/۱۳ درصد کل جامعه مورد مطالعه است. شیوع لکنت در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان به ترتیب ۲/۰۶، ۰/۸۷ و ۰/۵ درصد بود. شیوع لکنت بین پسران ۱/۳۵ درصد و بین دختران ۰/۸۸ درصد به دست آمد. نسبت ابتلای پسران به دختران ۱/۵ به ۱ بود. شیوع لکنت بین مقاطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان باهم تفاوت معنی‌دار داشت ( $P < ۰/۰۰۱$ ). تفاوت شیوع لکنت بین پسران و دختران از لحاظ آماری معنادار بود ( $P = ۰/۰۳۴$ ).

نتیجه‌گیری: شیوع لکنت در بین دانش‌آموزان دوزبانه شهر جوانرود بیشتر از میزان گزارش شده به عنوان میانگین شیوع لکنت در جوامع یک‌زبانه (۱ درصد) است. خطر ابتلا به لکنت در پسران بیشتر از دختران است.

کلیدواژه‌ها: دوزبانگی / لکنت / دانش‌آموزان / عوامل زبان‌شناختی

- ۱- کارشناس ارشد گفتاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- دانشجوی دکترای گفتاردرمانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- دکترای زبان شناسی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۷/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۲/۲۲

\*آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه گفتاردرمانی  
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۴۳

\*E-mail: hiwa.mohamadi@gmail.com



## مقدمه

سازمان بهداشت جهانی لکنت را اختلالات آهنگ گفتار تعریف کرده است، به نحوی که فرد مبتلا آنچه را که می‌خواهد بگوید به طور کامل می‌داند، اما در لحظه گفتن به دلیل تکرار، کشش و یا قفل غیر ارادی، در بیان آن یا دچار مشکل می‌شود یا باز می‌ماند (۱). به دلیل این که لکنت یک اختلال رشدی است و در سنین رشد کودک شروع می‌شود، جامعه در معرض خطر برای این بیماری شامل تمام کودکانی است که در حال یادگیری زبان هستند (۲).

میزان شیوع لکنت در یک زبانها در پژوهشهای متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهشها متفاوت است. کرایگ و همکاران (۲۰۰۲) میزان شیوع لکنت را در فاصله سنی ۵ تا ۱۸ سال ۰/۹ درصد گزارش کردند. ون بورسل و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای در کشور بلژیک این میزان را ۰/۵۸ درصد گزارش کردند. کرایگ و تران (۲۰۰۵) میزان شیوع لکنت را در فاصله سنی ۲ تا ۱۰ سال ۱/۴ درصد و در فاصله سنی ۱۱ تا ۲۰ سال ۰/۵ درصد گزارش کردند (۳). بلودستین (۱۹۹۵) با مرور پژوهشهای پیشین میزان شیوع کلی لکنت را در سنین ۵ تا ۱۸ سال ۱ درصد گزارش کرد (۴-۱). لی و استارک (۲۰۰۵) با جمع‌بندی مطالعات گذشته میزان شیوع کلی لکنت را ۱/۲۹ درصد برآورد کردند (۲). نسبت ابتلای پسران به دختران در مطالعات مختلف بررسی شده است. کرایگ و همکاران (۲۰۰۲) این نسبت را در سنین ۲ تا ۵ سالگی ۲/۳ به ۱، ۶ تا ۱۰ سالگی ۳/۳ به ۱ و ۱۱ تا ۲۰ سالگی ۴ به یک گزارش کردند. گوتار (۲۰۰۶) این نسبت را ۳ به ۱ اعلام کرده است (۵).

اگر چه شیوع لکنت در افراد دوزبانه مورد علاقه محققان و درمانگران بوده است، اما اطلاعات موجود در زمینه دوزبانگی و لکنت نا چیز است (۴). بر اساس آمارهای جهانی بیش از ۵۰ درصد از جمعیت جهان دوزبانه برآورد شده‌اند (۶) و دوزبانگی در سطح جهان یک هنجار محسوب می‌شود (۴). شواهد موجود این واقعیت را تأیید می‌کند که کشور ما به دلیل وسعت زیاد، تأثیر رسانه‌ها، آموزش و مهاجرت جامعه‌ای چند فرهنگی است. مسئله میزان شیوع لکنت در میان فرهنگ‌های مختلف بحثی قدیمی و گسترده است و طیفی از ادعاها و نتایج متفاوت و متنوع را شامل می‌شود. همانند ادعای عدم وجود لکنت در قبائل بومی آمریکایی، شوشون<sup>۱</sup>، بانوک<sup>۲</sup> و اوتیس<sup>۳</sup> که توسط جانسون و دو تن از شاگردانش مطرح و بعدها رد شد یا ادعای شیوع بالای لکنت در جوامع دوزبانه که توسط بسیاری از محققان چون ون رایپر (۱۹۸۲)، بلودستین (۱۹۹۵)، تراویس و جانسون (۱۹۳۷)، استرن (۱۹۴۸) و شیمز و آیزنسون (۱۹۸۹) اعلام شده است (۴).

به‌استثنای نتایج گزارش شده توسط یونگ و همکاران (۲۰۰۱)، اطلاعات به دست آمده از پژوهش‌های خارجی نشان می‌دهد که لکنت در افراد دوزبانه نسبت به یک زبانه شایع‌تر است (۷). همچنین الگوی لکنت و وجود آن در دوزبان فرد دوزبانه می‌تواند متفاوت باشد. نواکا (۱۹۸۸) سه الگوی متفاوت را ذکر کرد. در الگوی اول لکنت تنها در یک زبان اتفاق می‌افتد. در دو الگوی دیگر لکنت در هر دو زبان اتفاق می‌افتد، اما در یکی شدت لکنت و توزیع ناروانی‌ها در دوزبان یکسان است و در الگوی دیگر شدت و توزیع ناروانی‌ها در دوزبان متفاوت است. نواکا امکان ظهور الگوی اول را غیر معمولی می‌داند. در واقع او معتقد است اگر ناروانی‌ها فقط در یک زبان اتفاق بیفتد، تنها ناشی از عدم مهارت در زبان دوم است نه لکنت (۴).

به دلیل رابطه متقابل فرهنگ و ارتباط و وابسته بودن ارتباط و اختلالات مربوط به آن به فرهنگ و نیز اهمیت زبان به عنوان بخشی از فرهنگ هر جامعه (۱۰)، به راحتی نمی‌توان نتایج تحقیقات سایر جوامع و کشورها را در زمینه لکنت و دوزبانگی در مورد اقوام کشورمان پذیرفت. به منظور شناخت بهتر عوامل زبان‌شناختی مؤثر در ایجاد لکنت در افراد دوزبانه ایرانی، شناخت میزان شیوع لکنت در آنها اولین گام است و لذا بررسی شیوع این اختلال در میان دانش‌آموزان مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان شهر دوزبانه جوانرود به عنوان هدف اصلی این تحقیق برگزیده شده است. بررسی شیوع لکنت به عنوان شناخته‌شده‌ترین اختلال گفتاری در فرهنگها و قومیت‌های متفاوت، باعث می‌شود که نیازهای واقعی جوامع دوزبانه را بهتر شناخته و در تأمین آنها بهتر عمل کنیم.

## روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است. تمام دانش‌آموزان سه مقطع تحصیلی ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان شهر جوانرود به عنوان جمعیت نمونه مورد مطالعه قرار گرفتند. ابتدا برای برآورد آمار کلی دانش‌آموزان مقاطع مختلف شهر جوانرود به اداره کل آموزش و پرورش شهرستان جوانرود مراجعه و اطلاعات آنها شامل تعداد و اسامی مدارس سطح شهر به تفکیک مقطع تحصیلی و نیز تعداد دانش‌آموزان در هر مدرسه مورد مطالعه قرار گرفت.

در مرحله اول محقق در یک جلسه ۲۰ دقیقه‌ای برای تمام کارکنان مدرسه اختلالات گفتاری را توصیف کرد و از آنها خواست که موارد مبتلا یا مشکوک به هر کدام از این اختلالات را معرفی کنند. به این ترتیب



درخواست آنها، ارائه مشاوره‌های درمانی لازم به دانش‌آموزان و والدین آن‌ها بود.

#### یافته‌ها

تعداد کل دانش‌آموزان شهر جوانرود در سه مقطع مختلف تحصیلی در سال تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ برابر با ۱۱۴۲۵ نفر بود. میانگین سنی دانش‌آموزان  $12/85 \pm 1/27$  سال در فاصله سنی ۶ تا ۱۹ سال بود. از این تعداد ۳۹۳۷ نفر (۳۵ درصد) با میانگین سنی  $9/10 \pm 2/07$  سال و فاصله سنی ۶ تا ۱۲ سال در مقطع ابتدایی، ۳۲۳۵ نفر (۲۸ درصد) با میانگین سنی  $13/1/46 \pm 1/46$  سال و فاصله سنی ۱۱ تا ۱۵ سال در مقطع راهنمایی و ۴۲۵۳ نفر (۳۷ درصد) با میانگین سنی  $16/21 \pm 2/71$  سال و فاصله سنی ۱۴ تا ۱۹ سال در مقطع دبیرستان تحصیل می‌کردند.

| مقطع تحصیلی | وضعیت ابتلا |       | کل   | مقدار احتمال |
|-------------|-------------|-------|------|--------------|
|             | سال         | لکنتی |      |              |
| ابتدایی     | تعداد       | ۳۸۵۶  | ۸۱   | ۳۹۳۷         |
|             | درصد        | ۹۷/۹۴ | ۲/۰۶ | ۱۰۰          |
| راهنمایی    | تعداد       | ۳۲۰۷  | ۲۸   | ۳۲۳۵         |
|             | درصد        | ۹۹/۱۳ | ۰/۸۷ | ۱۰۰          |
| دبیرستان    | تعداد       | ۴۲۳۳  | ۲۰   | ۴۲۵۳         |
|             | درصد        | ۹۹/۵۰ | ۰/۵۰ | ۱۰۰          |
| کل          | تعداد       | ۱۱۲۹۶ | ۱۲۹  | ۱۱۴۲۵        |
|             | درصد        | ۹۸/۸۷ | ۱/۱۳ | ۱۰۰          |

جدول شماره ۱ تعداد و درصد دانش‌آموزان سالم و لکنتی شهر جوانرود را در سه مقطع مختلف تحصیلی نشان می‌دهد. از تعداد کل ۱۱۴۲۵ دانش‌آموز در سه مقطع مختلف تحصیلی به طور کلی ۱۲۹ نفر مبتلا به لکنت شناسایی شد. این تعداد معادل  $1/13$  درصد کل جامعه مورد مطالعه است. همچنانکه در این جدول مشاهده می‌شود، شیوع لکنت در مقطع ابتدایی  $2/06$  درصد، در مقطع راهنمایی  $0/87$  درصد و در مقطع دبیرستان  $0/50$  درصد به دست آمده است. همه افراد مبتلا به لکنت در تحقیق حاضر در هر دو زبان لکنت داشتند. همانطور که مشاهده می‌شود شیوع لکنت در بین این سه مقطع تحصیلی از لحاظ آماری معنادار است ( $P < 0/001$ ).

جدول شماره ۲ شیوع لکنت را در سه مقطع مختلف تحصیلی به تفکیک جنس نشان می‌دهد. از ۱۱۴۲۵ دانش‌آموز ۶۱۷۱ نفر (۵۴ درصد) پسر و ۵۲۵۴ نفر (۴۶ درصد) دختر بودند.

تمام دانش‌آموزان مبتلا به انواع اختلالات گفتاری با کمک اولیای مدرسه شناسایی شدند. در مرحله بعد به منظور تشخیص قطعی لکنت و جداکردن افراد لکنتی از موارد مشکوک مبتلا به دیگر اختلالات گفتاری، هر کدام از دانش‌آموزان معرفی شده توسط معلم‌ها، به مدت حداقل ۲۰ دقیقه توسط کارشناس گفتاردرمانی مورد مصاحبه و ارزیابی قرار گرفتند. در تحقیق حاضر تشخیص لکنت بر اساس نظر کارشناس گفتاردرمانی و نیز تأیید معلم مربوطه انجام گرفت. نظر کارشناس گفتاردرمانی که مهمترین عامل شناسایی و تأیید لکنت در دانش‌آموزان بود (۱۰)، با ارزیابی به روش زیر داده شد. در این ارزیابی از دانش‌آموزان نمونه گفتار خودبه‌خودی، گفتار توصیفی (به هر دو زبان فارسی و کردی) و خواندن متن (فقط به زبان فارسی) به دست آمد. گفتار خود به خودی با استفاده از پرسشنامه سئوالات باز استخراج می‌گردید. گفتار توصیفی با استفاده از تصویر ۶ تایی موجود در آزمون زبان پریشی فارسی به دست می‌آمد (۱۱) و برای خواندن متن، با توجه به این که متأسفانه متن‌های استاندارد خواندن به تفکیک پایه تحصیلی در کشور ما وجود ندارد، از هر دانش‌آموز خواسته شد که آخرین درس تدریس شده از کتاب ادبیات فارسی کلاس خود را بخواند. پس از به دست آوردن نمونه‌های گفتار از هر دانش‌آموز، آزمونگر بر اساس ملاک‌های تشخیصی اعلام شده در DSM-IV به تشخیص لکنت اقدام می‌کرد. این ملاک‌ها شامل اختلال در روانی گفتار و زمان بندی آن به شرح زیر است:

۱- تکرار شامل تکرار بخشی از کلمه، تکرار کل کلمه و تکرار کلمات تک هجایی

۲- کشش صداها شامل واکه‌ها یا همخوانهای قابل کشش و طولانی شدن مرحله گیرش همخوانهای انسدادی (گیر یا قفل).

لازم به ذکر است که هریک از این علائم یا ترکیبی از آنها باید در گفتار فرد مشاهده می‌شد تا تشخیص لکنت گذاشته شود (۱۲).

سپس داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار اس.پی.اس.اس. ویرایش ۱۱ بر اساس درصدها و مقایسه این درصدها در گروه‌های مختلف و آزمونهای آماری کای اسکور و رگرسیون لجستیک مورد تحلیل قرار گرفت. میزان شیوع بیماری با تقسیم تعداد افراد مبتلا بر تعداد افراد مورد مطالعه به دست آمد. عدد به دست آمده در ۱۰۰ ضرب شده و به این ترتیب شیوع بیماری به درصد محاسبه شد.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر شامل اخذ موافقت‌نامه کتبی از والدین دانش‌آموزان جهت انجام مراحل تحقیق، دادن اطمینان به والدین مبنی بر بی‌خطر بودن تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات به دست آمده و تشخیص لکنت کودکانشان و در صورت



| مقطع تحصیلی | جنسیت | وضعیت ابتلا |       | نسبت ابتلای پسر به دختر |             |
|-------------|-------|-------------|-------|-------------------------|-------------|
|             |       | سالم        | مبتلا |                         |             |
| ابتدایی     | پسر   | تعداد       | ۱۹۳۵  | ۴۶                      | ۱/۲۸ به ۱   |
|             | درصد  | ۹۷/۶۸       | ۲/۳۲  | ۱۰۰                     |             |
|             | تعداد | ۱۹۲۲        | ۳۴    | ۱۹۵۶                    |             |
|             | درصد  | ۹۸/۲        | ۱/۸   | ۱۰۰                     |             |
| راهنمایی    | پسر   | تعداد       | ۱۶۷۸  | ۲۲                      | ۱/۳ به ۳/۲۵ |
|             | درصد  | ۷/۹۸        | ۱/۳   | ۱۷۰۰                    |             |
|             | تعداد | ۱۵۲۹        | ۶     | ۱۵۳۵                    |             |
|             | درصد  | ۹۹/۶        | ۰/۴   | ۱۰۰                     |             |
| دبیرستان    | پسر   | تعداد       | ۲۴۷۵  | ۱۵                      | ۱/۷۶ به ۱   |
|             | درصد  | ۹۹/۴        | ۰/۶   | ۲۴۹۰                    |             |
|             | تعداد | ۱۷۵۷        | ۶     | ۱۷۶۳                    |             |
|             | درصد  | ۹۹/۶۶       | ۰/۳۴  | ۱۰۰                     |             |
| کل          | پسر   | تعداد       | ۶۲۰۵  | ۸۳                      | ۱/۵ به ۱    |
|             | درصد  | ۹۸/۶۵       | ۱/۳۵  | ۶۲۸۸                    |             |
|             | تعداد | ۵۰۹۱        | ۴۶    | ۵۱۳۷                    |             |
|             | درصد  | ۹۹/۱۲       | ۰/۸۸  | ۱۰۰                     |             |

بر اساس نتایج جدول شماره ۳ شیوع لکنت بین مردان و زنان تفاوت معنادار باهم داشته و خطر ابتلا به لکنت در مردان ۱/۴۸ برابر زنان است. همچنین شیوع لکنت بین سه مقطع مورد مطالعه تفاوت معنادار باهم دارد. خطر ابتلا به لکنت در مقطع راهنمایی ۱/۸۴۸ برابر و در مقطع ابتدایی ۴/۴۴۶ برابر مقطع دبیرستان است.

#### بحث

مقایسه نتیجه مطالعه حاضر در گروههای سنی مشابه، تفاوت قابل ملاحظه با مطالعه هاریس و آندروس (۱۹۶۴)، لویت (۱۹۷۴)، بردی و هال (۱۹۷۶)، بلودستین (۱۹۹۵) و کرایگ (۲۰۰۲) دارد (۵، ۲). همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج گزارش شده توسط کرایگ و همکاران (۲۰۰۲)، کرایگ و تراین (۲۰۰۵) و ون بورسل و همکاران (۲۰۰۶) متفاوت است (۳). البته این تفاوت ناشی از آن است که جامعه مورد مطالعه آنها یک زبانه بوده‌اند، در حالی که در مطالعه حاضر جامعه مورد مطالعه دوزبانه هستند. مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات آرون (۱۹۶۲) و بویل و همکاران (۱۹۹۴) که در جوامع یک زبانه انجام شده‌اند تقریباً نزدیک و حتی کمتر است. شاید دلیل اصلی این تفاوت در گروههای سنی مورد مطالعه، روشهای پژوهش به کار رفته و تفاوتهای فرهنگی و زبانی نهفته باشد. نتایج مطالعه حاضر با میزان گزارش شده توسط بلودستین نیز متفاوت است.

میزان ابتلا به لکنت در دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی ۲/۳۲ درصد و در دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی ۱/۸ درصد، در دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی ۱/۳ درصد و در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی ۰/۴ درصد، در دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان ۰/۶ درصد و در دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان ۰/۳۴ درصد بود. همچنین نسبت ابتلاء پسران به دختران نیز در این جدول به تفکیک مقطع تحصیلی آمده است. در مقطع راهنمایی در مقایسه با دو مقطع دیگر میزان ابتلاء پسران به دختران بیشتر است. جدول شماره ۳ نتایج تحلیل داده‌ها را از نظر تفاوت خطر ابتلا به لکنت بر حسب جنسیت و مقطع تحصیلی با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد.

| جنسیت           | مقطع تحصیلی | مقدار  |       | متغیر |
|-----------------|-------------|--------|-------|-------|
|                 |             | تعداد  | درصد  |       |
| زن (مرجع)       | مبتلا       | تعداد  | ۴۶    | OR    |
|                 |             | درصد   | ۰/۸۸  |       |
| مرد             | مبتلا       | تعداد  | ۸۳    | OR    |
|                 |             | درصد   | ۱/۳۵  |       |
| دبیرستان (مرجع) | مبتلا       | تعداد  | ۲۰    | OR    |
|                 |             | درصد   | ۰/۵   |       |
| راهنمایی        | مبتلا       | تعداد  | ۲۸    | OR    |
|                 |             | درصد   | ۰/۸۷  |       |
| ابتدایی         | مبتلا       | تعداد  | ۸۱    | OR    |
|                 |             | درصد   | ۲/۰۶  |       |
|                 |             | احتمال | ۰/۰۳۴ |       |
|                 |             | احتمال | ۱/۴۸  |       |
|                 |             | احتمال | ۱/۸۴۸ |       |
|                 |             | احتمال | ۴/۴۴۶ |       |



نتیجه مطالعه حاضر از میزان شیوع گزارش شده برای افراد دو زبانه در مطالعه تراویس و همکاران (۱۹۳۷) و استرن (۱۹۴۸) کمتر است (۴). تراویس و همکاران (۱۹۳۷) شیوع لکنت را در جمعیت دوزبانه ۲/۶ درصد گزارش کردند. استرن و همکاران (۱۹۴۸) این میزان را ۲/۱۶ درصد گزارش کردند. تفاوت در گروه سنی مورد مطالعه، نوع دوزبانگی مورد مطالعه، تعداد آزمودنیها و همچنین تفاوت‌های فرهنگی موجود بین جوامع مورد مطالعه در پژوهشهای فوق عاملی مهم در تفاوت نتایج است. به جفت زبانه‌های مورد مطالعه نیز به عنوان عاملی مهم در تفاوت نتایج اشاره شده است (۴). یونگ و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود شیوع لکنت در یک زبانه‌ها و دوزبانه‌ها را به ترتیب ۲۱/۷۴ و ۲۱/۶۵ درصد گزارش کردند که تفاوت چندانی باهم ندارند (۷). دلیل بالا بودن شیوع لکنت در این مطالعه روش به کار رفته است. این پژوهشگران اطلاعات مورد نیاز را از طریق پرسشنامه‌ای که در سایت کالج لندن برای کاربران گذاشته بودند به دست می‌آوردند. بدیهی است که کاربران لکنتی بیشتر از سایت‌های مربوط به لکنت بازدید می‌کنند و به همین دلیل نیز شیوع لکنت در جامعه پاسخ دهنده به این پرسشنامه زیاد بوده است. پژوهش جغتایی و همکاران (۱۳۷۲) تنها پژوهش بومی در زمینه «سطح نیازهای جامعه به خدمات بهزیستی» است که میزان شیوع اختلالات گفتاری نیز در آن برآورد شده است. در رده سنی ۵ تا ۱۴ سال شیوع لکنت در منطقه ۲ (شامل استانهای کردستان، کرمانشاه، ایلام و لرستان) ۰/۹ درصد و در منطقه ۳ (شامل استانهای آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، زنجان، همدان و اردبیل) ۱/۶ درصد بوده است. در مقایسه با منطقه ۲ که استانهای اغلب کردنشین را شامل می‌شوند، شیوع لکنت در مطالعه حاضر ۰/۲۳ درصد بیشتر و در مقایسه با منطقه ۳ شامل استانهای ترک نشین ۰/۴۷ درصد کمتر است. مقایسه نتایج این مطالعه در دو منطقه مذکور و همچنین مقایسه آنها با نتیجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد شیوع لکنت در منطقه ۳ شامل استانهای ترک نشین بیشتر است (۸). بالا بودن شیوع لکنت در مناطق ترک نشین را می‌توان به تفاوت‌های بین زبانه‌های مورد مطالعه نسبت داد. دو زبان کردی و فارسی هر دو متعلق به شاخه ایرانی زبانه‌های هندوایرانی هستند. بر این اساس دو زبان کردی و فارسی خویشاوندی نزدیکی باهم داشته و نگاهی به ساختار دستوری و واژگان کردی (در این مطالعه گویش سورانی کردی) و مقایسه آن با زبان فارسی نشان می‌دهد که این دو زبان در بسیاری از موارد واژگانی با ریشه مشترک دارند. همچنین در این دو زبان ساختارهای نحوی مشابهی وجود دارد. درحالی که زبان ترکی به عنوان یکی از زبان‌های شاخه ترکیک<sup>۱</sup> خانواده ایتالیایی با زبان فارسی هیچ گونه خویشاوندی تاریخی

ندارد و این دو زبان از لحاظ واژگان و ساختار نحوی دو زبان کاملاً متفاوت هستند (۱۳). کارنیول معتقد است که هر چه تفاوت بین دو زبانی که فرد یاد می‌گیرد بیشتر باشد، پردازش آنها مشکل‌تر شده و بنابراین خطر ابتلا به لکنت را افزایش می‌دهد (۱۴). از طرفی همه افرادی که در این مطالعه مبتلا به لکنت تشخیص داده شدند در هر دو زبان دچار لکنت بودند و موردی که لکنت او فقط در یک زبان باشد یافت نشد. این یافته با نظر نواکا (۱۹۸۸) که بیشتر به آن اشاره شد مطابقت دارد.

همان‌گونه که در یافته‌ها مشاهده می‌شود ابتلا به لکنت در پسران نسبت به دختران در مقاطع راهنمایی و دبیرستان بیشتر شده است، که می‌توان آن را با بالاتر بودن میزان بهبودی خودبه خودی در دختران توجیه کرد (۵، ۲). می‌توان نتیجه گرفت که در این مقطع (۱۲ تا ۱۴ سالگی) بهبودی خودبه خودی در دختران بیشتر از پسران است، اما با ورود به دبیرستان این نسبت دوباره کاهش می‌یابد. شاید به این دلیل که بهبودی خودبه خودی در این دوره سنی در پسران بیشتر از دختران است. مقایسه نسبت پسران به دختران در مطالعه حاضر با آمار منتشر شده از مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهد که کاهش این نسبت در مقطع دبیرستان اندکی غیر طبیعی به نظر می‌رسد. پژوهشگران مختلف نسبت ۳ به ۱ را به عنوان نسبت ابتلا به لکنت در مردان نسبت به زنان اعلام کرده‌اند (۵، ۲). نسبت ابتلاء پسران به دختران به طور کلی کمتر از نتایج مطالعات موجود در این زمینه است. به عبارت دیگر دختران در جامعه دانش‌آموزان شهر جوانرود به نسبت مطالعات دیگر و در مقایسه با پسران، بیشتر دچار لکنت شده‌اند. شاید دلیل عمده این مسئله به بافت فرهنگی مرد سالارانه جامعه مورد مطالعه و فشارهای فرهنگی-اجتماعی موجود بر زنان برمی‌گردد. مقایسه شیوع لکنت در سه مقطع تحصیلی مورد مطالعه، این احتمال را مطرح می‌سازد که درصدی از دانش‌آموزان مبتلا به لکنت مقطع دبستان در مقطع راهنمایی و دبیرستان بهبود پیدا می‌کنند. بهبودی خودبه خودی در دانش‌آموزان دوزبانه مبتلا به لکنت را می‌توان به نوع دوزبانگی مربوط دانست. جامعه مورد مطالعه ما همگی دوزبانه‌های آموزشی بودند که در بدو ورود به مدرسه شروع به یادگیری زبان فارسی کرده‌اند (۱۵، ۱۳). در چنین جامعه‌ای احتمال دارد که با افزایش سن و بالاتر رفتن مهارت زبانی، افراد به سمت شرایط دوزبانگی همپایه پیش روند و به همین دلیل نیز ناروانی آنها کاهش پیدا کند.



### نتیجه گیری

شیوع لکنت در جمعیت مطالعه حاضر کمتر از مطالعات صورت گرفته خارجی در زمینه همه گیرشناسی لکنت در دوزبانه‌ها است. این تفاوت احتمالاً از حجم نمونه مورد مطالعه، روش مطالعه، نوع دوزبانگی مورد مطالعه و تفاوت‌های فرهنگی ناشی می‌شود. میزان ۱/۱۳ درصد به عنوان میزان شیوع لکنت در دانش آموزان شهر جوانرود بیشتر از نتایج حاصل در جوامع یک زبانه است. شیوع لکنت در جامعه مورد مطالعه به عنوان جامعه‌ای دوزبانه بیشتر از آمار پذیرفته شده جهانی است. ابتلا به لکنت

در پسران نسبت به دختران در مطالعه حاضر کمتر از نسبت‌های اعلام شده است. این مسئله احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی است.

### تشکر و قدردانی

از اعضای محترم پژوهشکده گفتار و زبان، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مدیریت محترم و حراست آموزش و پرورش استان کرمانشاه و شهرستان جوانرود و مدیران و معلمان مدارس این شهرستان که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند، صمیمانه تشکر می‌شود.

### منابع:

- ۱- Packman A, Attanasio J. S. Theoretical issues in stuttering, First published, Psychology press, 2004; 1-57
- 2- Lees R, Stark C. The treatment of stuttering in the young school aged child. First edition, Whurr publishing for professionals, 2005; 1-19
- 3- Bloodstein O, Nan Ranter B. A handbook on stuttering, 6th edition, Clifton Park, NY: Cengage Publishing, 2007; 78-113
- 4- Van Borsel J, Maes E, Foulon S. Stuttering and Bilingualism: A review. Journal of Fluency Disorders 2001; 26: 179-205
- 5- Guitar B. Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment. Third edition, U.S.A, Lippincott Williams and Wilkins, 2006; 19-29
- 6- Hakansson G, Salame E K, Nettelblatt U. Measuring language development in bilingual children: Swedish-Arabic children with and without language impairment. linguistics 2003; 41(2): 255-288
- 7- Au-Yeung J, Howell P, Davis S, Charles N, Sackin, S. UCL survey on bilingualism and stuttering. Paper presented at the 3<sup>rd</sup> congress on Fluency Disorders, Nyborg, Denmark, 2000
- ۸- جغتایی، م. محمد، ک. سطح نیازهای جامعه به خدمات بهزیستی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۲
- 9- Battle D.E. Communication disorders in multicultural populations. Third edition U.S.A, Butterworth-Heinemann. 2002; 3(6): 267-297
10. <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Stuttering.html>
- 14- Karniol R. Stuttering out of bilingualism. First Language 1992; 12: 255-283
- ۱۱- نیلی پور، ر. آزمون زبان پریشی فارسی، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲
- ۱۲- نیکخو، م. آوادیس یانس، ه. نقشبندی، س. میرهاشمی، م. غفرانی. م. راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)، چاپ سوم، تهران، انتشارات سخن، ۱۳۷۷، ۱۵۰-۱۳۲
- ۱۳- اگرادی، و. دابروولسکی، م. آرنف، م. درآمدی بر زبان شناسی معاصر، ترجمه: درزی. ع، چاپ اول، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۸۰، ۵۲۲-۴۸۰
- ۱۴- نیلی پور، ر. زبان شناسی و آسیب شناسی زبان، چاپ اول، تهران، انتشارات هرمس، ۱۳۸۱، ۹۹-۸۷