DOI: 10.48305/jrrs.2026.46487.1154 Published by Vesnu Publications

شناخت تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت

ساجده ژیان آهنی[۱]، محمد کمالی[۲]، مریم ترامشلو[۳]، سمانه حیدری[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: لکنت به عنوان یک اختلال روانی گفتار، می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی، ارتباطات اجتماعی و سلامت روان بزرگسالان داشته باشد. مدیریت مؤثر لکنت و تبعیت از درمان، از عوامل کلیدی در موفقیت برنامه‌های توان‌بخشی افراد دارای لکنت محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف شناخت تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. ۱۵ بزرگسال دارای لکنت ۱۸ تا ۶۲ ساله که حداقل شش ماه دارای لکنت بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته عمیق جمع‌آوری گردید و تا حد اشباع نظری ادامه یافت و در نهایت، به روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی مورد تجزیه قرار گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها شش مقوله «بازسازی خودپنداره و مدیریت هیجانات، راهبردهای رفتاری، عوامل حمایتی، انگیزش و آغاز درمان، چالش‌های تداوم درمان و کیفیت رابطه درمانی» حاصل گردید. مدیریت موفق لکنت نتیجه تعامل بین خودپنداره بازساخته شده، رفتار مؤثر و حمایت محیطی است. تبعیت از درمان نیز فراتر از تکنیک‌ها، به رابطه درمانی، انعطاف‌پذیری و توجه به موانع روانی- اجتماعی وابستگی دارد.

نتیجه‌گیری: مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت پدیده‌ای چند بعدی و وابسته به عوامل فردی، اجتماعی و درمانی است. توجه به این تجربیات در طراحی برنامه‌های توان‌بخشی، می‌تواند منجر به بهبود پایبندی درمانی و کیفیت زندگی این افراد شود.

کلید واژه‌ها: لکنت؛ مدیریت لکنت؛ تبعیت از درمان؛ مطالعه کیفی؛ بزرگسالان

ارجاع: ژیان آهنی ساجده، کمالی محمد، ترامشلو مریم، حیدری سمانه. **شناخت تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت.** پژوهش در علوم توانبخشی ۱۴۰۴؛ ۲۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۵ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱/۱۵

مقدمه

زبان به عنوان مهم‌ترین ابزار انتقال اندیشه و برقراری ارتباط، نقش اساسی در تعاملات انسانی دارد و در شکل‌گیری گفتاری روان و کارامد مؤثر است (۱). گفتار دارای ابعاد گوناگونی از جمله تنفس، آواسازی، تولید و روانی گفتار می‌باشد (۲). اختلالات ارتباطی به طور کلی در سه حیطه اصلی شامل اختلالات گفتاری، زبانی و شنوایی طبقه‌بندی می‌شوند. اختلالات گفتاری به طور عمده به دنبال مشکلات مرتبط با تولید اصوات گفتاری، روانی گفتار و شیوه بیان و تولید واژگان بروز می‌یابند (۳). روانی گفتار یکی از مؤلفه‌های اصلی گفتار طبیعی است و هرگونه اختلال در تداوم، سرعت، زمان‌بندی یا برنامه‌ریزی حرکتی گفتار، می‌تواند منجر به ناروانی و لکنت شود (۵، ۴). افراد بزرگسال دارای لکنت، اختلالات غیر ارادی مانند تکرار هجاها، گیر یا انسداد گفتاری، کشیده‌گویی و اجتناب از برخی واژگان را تجربه می‌کنند (۶). در صورت تداوم این اختلال، مداخله درمانی ضروری است و مدیریت به‌موقع آن می‌تواند از تثبیت و مزمن شدن مشکلات گفتاری جلوگیری کند (۸، ۷). در این میان، آسیب‌شناسان گفتار و زبان با طراحی و اجرای برنامه‌های درمانی متناسب با نیازهای فرد، نقش مهمی در بهبود ارتباط و کیفیت زندگی افراد دارای لکنت ایفا می‌کنند (۹).

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دکتری تخصصی، دانشکده علوم توان‌بخشی و مرکز تحقیقات توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳- دکتری تخصصی، گروه گفتار درمانی، دانشکده علوم توان‌بخشی و مرکز تحقیقات توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴- استادیار، گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
نویسنده مسؤول: سمانه حیدری؛ استادیار، گروه مدیریت توان‌بخشی، دانشکده علوم توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
Email: heidari.sa@iums.ac.ir

رویکردهای درمانی لکنت در بزرگسالان به طور عمده در دو گروه قرار می‌گیرند؛ گروهی که بر جنبه‌های شناختی، هیجانی و مدیریت تجربه لکنت تمرکز دارند و گروهی که با استفاده از فنون اصلاح گفتار، روانی گفتار را هدف قرار می‌دهند (۲). با توجه به پیامدهای عاطفی، روان‌شناختی و اجتماعی لکنت، مدیریت این اختلال از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (۱۰). بسیاری از افراد دارای لکنت، ممکن است با افزایش اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و ناامیدی مواجه شوند (۱۱). از این‌رو، تکنیک‌هایی مانند حساسیت‌زدایی، پذیرش لکنت و کاهش تنش‌های فیزیکی و هیجانی، به بهبود نگرش فرد نسبت به لکنت و کاهش تأثیرات منفی آن کمک می‌کند (۱۲). هم‌زمان، ارزیابی اثربخشی مداخلات درمانی و مشارکت فعال افراد در تعیین اهداف درمان، به یکی از محورهای مهم مراقبت‌های مبتنی بر شواهد تبدیل شده است (۱۳). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که تلفیق تکنیک‌های اصلاح گفتار با رویکردهای شناختی- رفتاری، علاوه بر بهبود روانی گفتار، موجب ارتقای کیفیت زندگی، افزایش خودکارامدی، کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود سازگاری افراد با لکنت می‌شود (۱۴). تکنیک‌های مبتنی بر خودمدیریتی از جمله تقویت تماس چشمی، خودافشایی درباره لکنت، استفاده هدفمند از لکنت ساختگی، حفظ و بررسی آگاهانه لحظات لکنت، کاهش و حذف رفتارهای اجتنابی و افزایش تحمل ناکامی، نقش مؤثری در مدیریت لکنت و بهبود سازگاری فرد با این اختلال ایفا می‌کنند (۱۵). موفقیت این رویکردها زمانی حاصل می‌شود که فرد بتواند با وجود لکنت، ارتباطی مؤثر و رضایت‌بخش برقرار کند (۱۶). با این حال، عوامل متعددی از جمله حمایت اجتماعی، انگیزه، خودمدیریتی، پذیرش درمان و پایبندی به جلسات درمانی بر موفقیت مدیریت لکنت اثرگذار می‌باشد و مقاومت در برابر درمان می‌تواند اثربخشی آن را کاهش دهد (۱۷، ۱۲).

پایبندی به درمان یکی از عوامل کلیدی موفقیت مداخلات درمانی است (۱۸). افرادی که مسؤولیت‌پذیری بیشتری در پیگیری برنامه درمانی دارند، اغلب دستاوردهای درمان را بهتر حفظ می‌کنند؛ در حالی که عدم تعهد به درمان، احتمال بازگشت یا تشدید لکنت را افزایش می‌دهد (۱۷). سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO)، تبعیت از درمان را میزان پایبندی فرد به توصیه‌های درمانی و تغییرات سبک زندگی تعریف کرده است (۱۹). حضور منظم در جلسات توان‌بخشی علاوه بر افزایش اثربخشی درمان، مقرون به‌صرفه است (۲۰). در حالی که عدم تبعیت از درمان پیامدهای اقتصادی، روان‌شناختی، اجتماعی و درمانی متعددی برای فرد، خانواده و نظام سلامت به همراه دارد و حتی ممکن است برداشت نادرستی از اثربخشی مداخلات ایجاد کند (۲۱، ۱۸). با وجود اهمیت این موضوع و انجام مطالعات متعدد درباره تبعیت از درمان در بیماری‌هایی مانند دیابت، سرطان، بیماری‌های مزمن و نارسایی قلبی (۲۵-۲۲)، شواهد موجود درباره تجربه تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت به ویژه در جامعه ایرانی همچنان محدود است و بیشتر تحقیقات پیشین بر عوامل موفقیت درمان تمرکز داشته‌اند تا تجربه افراد از فرایند درمان و پایبندی به آن (۲۶).

با توجه به محدود بودن شواهد درباره چگونگی تجربه بزرگسالان دارای لکنت از فرایند درمان و عوامل مؤثر بر تداوم یا عدم تداوم آن، انجام پژوهشی با رویکرد اکتشافی ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، مطالعه حاضر با استفاده از تحلیل محتوای قراردادی، با هدف کاوش و دستیابی به درکی عمیق از تجارب بزرگسالان دارای لکنت در فرایند درمان، از جمله تجربه‌های مرتبط با مدیریت لکنت و تبعیت از درمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بر اساس روش Graneheim و Lundman و جامعه پژوهش شامل بزرگسالان دارای لکنت در شهر تهران و در بازه سنی ۱۸ تا ۶۲ سال بود. تشخیص لکنت در شرکت‌کنندگان بر اساس تشخیص بالینی آسیب‌شناس گفتار و زبان و سابقه دریافت خدمات گفتار درمانی انجام شد. در مطالعه حاضر از ابزار استانداردی به منظور سنجش شدت لکنت استفاده نشد؛ چرا که هدف تحقیق، بررسی تجارب افراد دارای لکنت بود و نه اندازه‌گیری شدت لکنت. تمامی شرکت‌کنندگان مبتلا به لکنت رشدی بودند و افراد مبتلا به لکنت اکتسابی یا نوروژنیک ناشی از بیماری‌های عصبی یا آسیب مغزی وارد پژوهش نشدند. در زمان انجام مصاحبه‌ها، شرکت‌کنندگان در مراحل متفاوتی از فرایند درمان قرار داشتند؛ برخی در حال دریافت گفتار درمانی توسط آسیب‌شناس گفتار و زبان خود بودند؛ در حالی که برخی دیگر درمان را متوقف کرده بودند یا در زمان انجام مطالعه درمانی دریافت نمی‌کردند. هیچ یک از شرکت‌کنندگان در طول تحقیق از پژوهشگر خدمات درمانی دریافت نکردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انجام شد.

در مرحله نخست، مشارکت‌کنندگان واجد شرایط از میان مراجعان کلینیک‌های گفتار درمانی و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. سپس برای دسترسی به افراد واجد شرایط بیشتر، از روش گلوله برفی استفاده شد؛ به گونه‌ای که برخی از مشارکت‌کنندگان، افراد دیگریکه شرایط ورود به تحقیق را داشتند به پژوهشگر معرفی کردند. علاوه بر این، پژوهشگر هم‌زمان به جستجوی مشارکت‌کنندگان جدید از طریق کلینیک‌های گفتار درمانی ادامه داد. در تمامی مراحل نمونه‌گیری، انتخاب نهایی مشارکت‌کنندگان بر اساس معیارهای ورود و با هدف حفظ حداکثر تنوع از نظر سن، جنسیت، مدت ابتلا به لکنت، سابقه درمان و وضعیت درمانی در زمان مصاحبه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. پس از انجام ۱۳ مصاحبه، نشانه‌هایی از اشباع داده‌ها مشاهده شد؛ با این حال، به منظور اطمینان از عدم استخراج کد جدید، دو مصاحبه دیگر نیز انجام گردید و در نهایت، تحلیل داده‌ها بر اساس ۱۵ مصاحبه صورت گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و عمیق جمع‌آوری شد. مدت زمان هر مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها در محیطی آرام و با انتخاب مشارکت‌کننده (کلینیک، کتابخانه عمومی یا منزل) انجام شد تا احساس امنیت و آرامش بیشتری برای مشارکت‌کنندگان فراهم گردد. پیش از شروع ضبط مصاحبه، چند دقیقه گفتگوی غیر رسمی به منظور ایجاد ارتباط مؤثر و کاهش اضطراب اولیه انجام گردید. راهنمای مصاحبه بر اساس مرور متون طراحی و روایی محتوایی آن توسط سه متخصص آسیب‌شناسی گفتار و زبان تأیید شد. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه عبارت بود از: «لطفاً تجربه خود را از زندگی با لکنت توضیح دهید.»، «تجربه شما از درمان لکنت چگونه بوده است؟»، «چه عواملی باعث ادامه یا توقف درمان در شما شده است؟» و «چه عواملی مدیریت لکنت را برای شما آسان‌تر یا دشوارتر کرده است؟». سؤالات پیگیری نیز متناسب با پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان و با هدف دستیابی به درک عمیق‌تر از تجارب آنان مطرح می‌شد.

تمامی مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله پس از هر جلسه به صورت کلمه به

http://jrrs.mui.ac.ir

کلمه پیاده‌سازی گردید. تحلیل داده‌ها به صورت دستی و بدون استفاده از نرم‌افزار انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی بر اساس مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman تحلیل گردید. این مراحل شامل بررسی مکرر متن مصاحبه‌ها، استخراج واحدهای معنایی، تلخیص واحدهای معنایی، کدگذاری اولیه، مقایسه کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها، تشکیل زیرطبقات و در نهایت، استخراج طبقات اصلی بود (۲۷). برای تأمین استحکام داده‌ها، معیارهای Lincoln و Guba شامل باورپذیری، انتقال‌پذیری، قابلیت اتکا و تأییدپذیری مد نظر قرار گرفت. باورپذیری از طریق درگیری مستمر پژوهشگر با داده‌ها، بازخوانی مکرر متن مصاحبه‌ها و بازبینی مستمر فرایند کدگذاری حاصل گردید. انتقال‌پذیری با نمونه‌گیری دارای حداکثر تنوع و ارایه توصیف دقیق ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان تقویت شد. همچنین، ثبت دقیق مراحل تحلیل داده‌ها و مستندسازی فرایند کدگذاری، قابلیت اتکا و تأییدپذیری یافته‌ها را افزایش داد (۲۸). پژوهش پس از اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1404.131 انجام شد. پیش از شروع مصاحبه‌ها، اهداف و روند انجام مطالعه برای تمامی مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنان اخذ گردید. همچنین، به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. فایل‌های صوتی و داده‌های تحقیق فقط برای اهداف پژوهش استفاده می‌شود و افراد در هر مرحله از مطالعه، بدون هیچ‌گونه پیامدی، حق انصراف از ادامه همکاری را خواهند داشت.

یافته‌ها

درپژوهش حاضر، ویژگی‌های زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان شامل سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، سابقه لکنت، شدت لکنت و سابقه مراجعه به گفتار درمانی بررسی شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ بزرگسال دارای لکنت در بازه سنی ۱۸ تا ۶۲ سال بودند که همگی از دوران کودکی تجربه لکنت داشتند. شدت لکنت آنان بر اساس ارزیابی بالینی گفتار درمانگر و خودارزیابی افراد در چهار سطح خفیف، متوسط تا خفیف، متوسط تا شدید و شدید طبقه‌بندی گردید. همچنین، برخی از مشارکت‌کنندگان سابقه دریافت خدمات گفتار درمانی داشتند؛ در حالی که تعدادی تاکنون هیچ تجربه‌ای از گفتار درمانی نداشتند. ویژگی‌های زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

پس از تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با ۱۵ بزرگسال دارای لکنت، ۱۹ زیرمقوله استخراج شد که در قالب ۶ مقوله اصلی و ۲ حیطه کلی شامل «مدیریت لکنت» و «تبعیت از درمان» سازماندهی گردید. حیطه «مدیریت لکنت» شامل سه مقوله «ادراک خود و پیامدهای درونی لکنت، مدیریت هیجانات و دگرگونی نگرش و راهبردهای رفتاری در مواجهه با لکنت» بود. حیطه «تبعیت از درمان» نیز شامل سه مقوله «شبکه حمایت، چالش‌های شروع و تداوم درمان و ارتباط درمانی و مداخلات مکمل» بود. مقوله‌ها و زیرمقوله‌های استخراج شده در جدول ۲ ارایه شده است.

حیطه مدیریت لکنت

یافته‌های این حیطه به تجربه افراد دارای لکنت از مدیریت چالش‌های گفتاری، روانی و رفتاری مرتبط با لکنت پرداخت و در سه مقوله «ادراک خود و پیامدهای درونی لکنت، مدیریت هیجانات و دگرگونی نگرش و راهبردهای رفتاری در مواجهه با لکنت» ارایه شده است.

مقوله اول: ادراک خود و پیامدهای درونی لکنت

شرکت‌کنندگان بیان کردند که لکنت بر نحوه ادراک آنان از خود نیز اثر گذاشته است. بسیاری از آنان اظهار داشتند که در سال‌های مختلف زندگی، میان تصویری که از خود در ذهن داشتند و تجربه واقعی گفتارشان تفاوت احساس می‌کردند. برخی از مشارکت‌کنندگان این تجربه را به صورت دوگانگی میان «من آرمانی» و «من واقعی» یا «من روان» و «من دارای لکنت» توصیف کردند.

یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: «تا سال‌ها فکر می‌کردم لکنت تمام وجود من است؛ انگار یک ناتوانی ذاتی که نمی‌شود از آن فرار کرد» (مشارکت‌کننده ۶).

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک مشارکت‌کنندگان تحقیق

جنسیت	سن (سال)	تحصیلات	شغل	سابقه لکنت	شدت لکنت*	مراجعه به گفتار درمانی
مذکر	۲۳	دیپلم	تولید محتوا	از کودکی	شدید	بله
مؤنث	۳۹	دانشجوی دکتری	کاردرمانگر	از کودکی	شدید	بله
مذکر	۲۵	کارشناسی	تدریس مهندسی نرم‌افزار	از کودکی	متوسط تا خفیف	بله
مؤنث	۱۸	دیپلم	بیکار	از کودکی	متوسط تا شدید	خیر
مذکر	۳۷	کارشناسی	نمایشگاه ماشین	از کودکی	متوسط تا خفیف	بله
مذکر	۳۶	کارشناسی	معمار	از کودکی	خفیف	بله
مؤنث	۳۱	کارشناسی ارشد	خانه‌دار	از کودکی	متوسط تا خفیف	خیر
مذکر	۲۰	دیپلم	باریستا	از کودکی	متوسط تا شدید	بله
مؤنث	۲۶	کارشناسی	تدریس برق	از کودکی	متوسط تا خفیف	بله
مذکر	۶۲	کارشناسی	مشاور مالی	از کودکی	متوسط تا خفیف	خیر
مؤنث	۲۸	دیپلم	جواهرساز	از کودکی	شدید	بله
مذکر	۲۷	کاردانی	مغازه‌دار	از کودکی	شدید	بله
مؤنث	۳۵	کارشناسی ارشد	کارمند	از کودکی	متوسط تا خفیف	بله
مؤنث	۴۳	کارشناسی ارشد	استاد دانشگاه	از کودکی	خفیف	بله
مذکر	۲۸	کارشناسی	فریلنسر	از کودکی	متوسط تا شدید	بله

*شدت لکنت بر اساس ارزیابی بالینی گفتار درمانگر و خودارزیابی مشارکت‌کنندگان تعیین شد و بر مبنای ابزار استاندارد سنجش شدت لکنت اندازه‌گیری نشد.

جدول ۲. حیطه‌ها، مقوله‌ها و زیرمقوله‌های استخراج شده از تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت

حیطه	مقوله‌ها	زیرمقوله‌ها
مدیریت لکنت	ادراک خود و پیامدهای درونی لکنت	شکل‌گیری هویت و خودپنداره مرتبط با لکنت(دوپارگی «من» آرمانی و «من» واقعی)
		پیامدهای روانی و هیجانی (اضطراب، شرم، بازسازی عزت نفس)
	مدیریت هیجانات و دگرگونی نگرش	راهبردهای ذهنی و هیجانی (تمرکز ذهن، آرامش، پذیرش)
		تغییر نگرش و رشد شخصی (تمرکز بر موفقیت و سازگاری)
	راهبردهای رفتاری در مواجهه با لکنت	سیر تحول فردی و تغییر شدت در طول زندگی
		راهبردهای مقابله‌ای و تنظیمی (از اجتناب تا نرم‌گویی)
		موانع فردی مدیریت (ضعف هیجانی، تعامل اجتماعی محدود، تله‌های ذهنی)
		نتایج مثبت درمان (کاهش لکنت، افزایش تعامل اجتماعی، عملکرد مستقل)
تبعیت از درمان	شبکه حمایت	نقش عوامل حمایتی (عزت نفس، جرأت‌ورزی، گفتار درونی مثبت)
		نقش خانواده و حمایت اجتماعی (واکنش والدین، مشارکت همتایان)
	چالش‌های شروع و تداوم درمان	چالش تعمیم درمان به زندگی واقعی (موانع شناختی و اجتماعی)
		موانع ساختاری و دسترسی (زمان، هزینه، بیمه، مسیر طولانی)
		انگیزه‌های تداوم درمان (تجربه مثبت، دستاورد، خودابرازی)
		دلایل ترک یا عدم شروع درمان (بی‌اعتمادی، یکنواختی، سختی تمرین)
	ارتباط درمانی و مداخلات مکمل	کیفیت رابطه درمانی و همدلی درمانگر
		نقش روان‌درمانگر مکمل
		فن‌آوری و درمان آنلاین (ترجیح آنلاین/ حضوری، نقش فضای مجازی در تداوم درمان)
		تجربه مداخلات مکمل و جایگزین (پزشکی، معنوی، موسیقی، خوددرمانی)

شرکت‌کننده دیگری این تجربه را چنین بیان نمود: «یک "من" درونم بود که می‌خواست روان و مسلط صحبت کند و یک "من" بیرونی که در کلمات گیر می‌کرد. سال‌ها طول کشید تا بفهمم هویتم چیزی فراتر از این گیر کردن‌هاست» (مشارکت‌کننده ۲).

علاوه بر این، شرکت‌کنندگان از پیامدهای روانی و هیجانی لکنت نیز سخن گفتند. اضطراب پیش از صحبت کردن، احساس شرم در موقعیت‌های ارتباطی و کاهش عزت نفس از جمله تجاربی بود که در مصاحبه‌ها بارها مطرح شد. برخی از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کردند که با گذشت زمان و کسب تجربه‌های ارتباطی موفق، نگرش آنان نسبت به خود تغییر کرده است و توانسته‌اند عزت نفس خود را تا حدی بازسازی کنند.

یکی از شرکت‌کنندگان لحظه وقوع لکنت را این‌گونه توصیف کرد: «ماجرا اینه که بازم مثل اینه که توی بیابونی و احتیاج داری به گوشی و آنتن گوشیت هی می‌ره و میاد... آنتن که هی می‌ره و میاد، مغزت رو اذیت می‌کنه و میگی ای بابا باز آنتن رفت» (مشارکت‌کننده ۱).

شرکت‌کننده دیگری بیان کرد: «بدترین بخش خود لکنت نیست؛ آن لحظه‌ای است که می‌خواهی حرف بزنی و می‌دانی گیر می‌کنی. قلبت می‌زند، عرق می‌کنی، ذهنت خالی می‌شود. بعد از آن هم شرمندگی» (مشارکت‌کننده ۱۵).

مقوله دوم: مدیریت هیجانات و دگرگونی نگرش

شرکت‌کنندگان راهبردهای مختلفی را برای مدیریت هیجانات مرتبط با لکنت و کاهش تأثیر آن بر زندگی روزمره توصیف کردند. این راهبردها شامل تمرکز بر محتوای گفتار به جای نحوه بیان، حفظ آرامش، پذیرش لکنت و استفاده از خودگویی مثبت بود. برخی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که به کارگیری این راهبردها به آنان کمک کرده است تا در موقعیت‌های ارتباطی احساس کنترل بیشتری داشته باشند.

یکی از شرکت‌کنندگان نوشتن احساسات را یکی از راهبردهای مؤثر برای مدیریت هیجانات دانست و اظهار داشت: «درمانگر من کلاس هوش هیجانی برامون گذاشت... نوشتن‌ها کمک بزرگی به رسمیت شناختن احساسات کرد و باعث شد بفهمم در موقعیت‌های مشابه چطور برخورد کنم» (مشارکت‌کننده ۱۲).

علاوه بر این، برخی از مشارکت‌کنندگان به تغییر تدریجی نگرش خود نسبت به لکنت اشاره کردند. آنان بیان نمودند که با گذشت زمان، بیشتر بر توانایی‌ها، موفقیت‌ها و سازگاری با شرایط تمرکز کرده و لکنت را به‌عنوان بخشی از تجربه زندگی خود پذیرفته‌اند.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «می‌دونی آدمی که لکنت داره یک سلاحش نیست... ولی باید یاد بگیری که با پذیرشش می‌تونی باهاش کنار بیای» (مشارکت‌کننده ۷).

مقوله سوم: راهبردهای رفتاری در مواجهه با لکنت

شرکت‌کنندگان تجارب متفاوتی از مدیریت رفتاری لکنت در طول زندگی خود بیان کردند. آنان تغییر شدت لکنت را در دوره‌های مختلف زندگی و موقعیت‌های گوناگون گزارش و به استفاده از راهبردهای مختلف برای مدیریت آن اشاره کردند. این راهبردها از اجتناب از برخی کلمات یا موقعیت‌های ارتباطی تا استفاده از تکنیک‌هایی مانند نرم‌گویی، کاهش سرعت گفتار و به کارگیری آگاهانه تکنیک‌های درمانی را در برمی‌گرفت.

یکی از شرکت‌کنندگان درباره تغییر شدت لکنت در طول زندگی گفت: «حقیقتاً بازه‌هایی تو زندگیم بوده که شدت لکنتم خیلی زیاد بوده... به همون نسبت هم زمان‌هایی بوده که لکنت خیلی کمی رو تجربه می‌کردم» (مشارکت‌کننده ۱۰).

شرکت‌کننده دیگری اظهار داشت: «الآن دیگر کلمه را دور نمی‌زنم؛ سعی می‌کنم با یک کم مکث و کشش، آن را رد کنم. حتی گاهی عمداً لکنت می‌کنم تا به خودم ثابت کنم نمی‌میرم!» (مشارکت‌کننده ۵).

در کنار این راهبردها، شرکت‌کنندگان به عواملی نیز اشاره کردند که استفاده از این روش‌ها را دشوار می‌کرد. ترس از قضاوت دیگران، دشواری در کنترل هیجان، محدود شدن تعاملات اجتماعی و افکار منفی از جمله موانعی بود که در تجربه آنان مطرح شد.

یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «دفعه اولی که جلوی دیگران می‌خواستم از تکنیک‌های درمانیم استفاده کنم، اولش حس می‌کردم همه دارن به من نگاه می‌کنن و من رو قضاوت می‌کنن. خیلی طول کشید تا به خودم مسلط بشم و بتونم کنترلمو به دست بگیرم» (مشارکت‌کننده ۸).

همچنین، بسیاری از مشارکت‌کنندگان به پیامدهای مثبت درمان اشاره کردند و بیان داشتند که درمان علاوه بر کاهش شدت لکنت، موجب افزایش مشارکت در تعاملات اجتماعی، اعتماد به نفس بیشتر و استقلال در برقراری ارتباط شده است.

یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: «تا ۱۰ سال اول زندگی، دو جمله خیلی برام تأثیرگذار بود... وقتی در کنفرانس‌ها بدون لکنت یا با حداقل لکنت صحبت می‌کنم، حس قدرت و کنترل پیدا می‌کنم... هر بار که یک ترس قدیمی را پشت سر می‌گذارم، اعتماد به نفسم بیشتر می‌شود» (مشارکت‌کننده ۳).

حیطه تبعیت از درمان

یافته‌های این حیطه به تجربه شرکت‌کنندگان از عوامل مؤثر بر شروع، تداوم و قطع درمان لکنت پرداخت. این یافته‌ها در سه مقوله «شبکه حمایت، «چالش‌های شروع و تداوم درمان و ارتباط درمانی و مداخلات مکمل» ارایه شده‌اند (جدول ۲).

مقوله اول: شبکه حمایت

شرکت‌کنندگان حمایت‌های فردی و اجتماعی را از عوامل مؤثر در سازگاری با لکنت و تداوم درمان توصیف کردند. آنان بیان نمودند که ویژگی‌هایی مانند عزت نفس، جرأت‌ورزی و گفتگوی درونی مثبت به آنان کمک کرده است تا با اطمینان بیشتری در موقعیت‌های ارتباطی حضور یابند، با دشواری‌های ناشی از لکنت بهتر کنار بیایند و درمان را با انگیزه بیشتری ادامه دهند.

یکی از شرکت‌کنندگان تجربه خود را این‌گونه بیان کرد: «واقعیت اینه که با وجود لکنت هم می‌شه راهی پیدا کرد که کارت رو انجام بدی و ارتباطت رو برقرار کنی. من خودم وقتی شروع کردم با لکنت حرف زدن، یاد گرفتم که نباید اجازه بدم جلوی عمل و کارم رو بگیره. تجربه شخصی من هم این بوده که با تمرین و حضور در موقعیت‌های واقعی، می‌تونی کنترلش کنی و اعتماد به نفس پیدا کنی» (مشارکت‌کننده ۱۴).

علاوه بر عوامل فردی، شرکت‌کنندگان به نقش خانواده و حمایت اجتماعی نیز اشاره کردند. همراهی اعضای خانواده، پذیرش از سوی اطرافیان، تشویق برای ادامه درمان و حمایت دوستان و همسالان از جمله عواملی بود که به باور آنان تداوم درمان را تسهیل می‌کرد و زمینه استفاده از راهبردهای آموخته شده را در موقعیت‌های واقعی زندگی فراهم ساخته بود.

یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «مادرم هیچ‌گاه برایم حرف را تمام نکرد. صبر می‌کرد تا خودم کلمه را بیرون بیاورم. همین صبر کردنش به من فهماند که حرف زدن من ارزش شنیدن دارد» (مشارکت‌کننده ۷).

شرکت‌کننده دیگری اظهار نمود: «خانواده خیلی در ایجاد اعتماد به نفس مهمه. خانواده به من می‌گفت: می‌تونی، انجام بده، برو جلو. گفتن "می‌تونی، حتی با لکنت" روی ذهن کودک خیلی اثر داره» (مشارکت‌کننده ۱۳).

مقوله دوم: چالش‌های شروع و تداوم درمان

شرکت‌کنندگان تجارب متنوعی از موانع شروع و ادامه درمان لکنت بیان کردند. آنان به عوامل شناختی و اجتماعی در کنار موانع ساختاری اشاره داشتند که بر تصمیم‌گیری برای آغاز درمان و استمرار آن تأثیر می‌گذاشت. بخشی از این تجربه‌ها به دشواری استفاده از آموخته‌های درمانی در موقعیت‌های واقعی زندگی اختصاص داشت. شرکت‌کنندگان عنوان کردند که اگرچه در محیط درمان قادر به استفاده از تکنیک‌های آموخته شده بودند، اما به کارگیری این راهبردها در موقعیت‌های روزمره به ویژه هنگام مواجهه با استرس، ترس از قضاوت دیگران یا تعامل با افراد ناآشنا، برای آنان دشوار بود.

یکی از شرکت‌کنندگان گفت: «سعی می‌کنم از روش‌ها استفاده کنم، ولی بعضی وقت‌ها نمی‌شه. اگه تمرین کنی و به خودت یادآوری کنی، خیلی خوبه. اصلاً این روش‌ها باید بشه جزیی از زندگیت. تمرین‌های گفتار درمانی رو نباید کنار بذاری؛ وقتی کنار بذاری، اون مسأله دوباره برمی‌گرده» (مشارکت‌کننده ۲).

علاوه بر این، شرکت‌کنندگان به موانع ساختاری مؤثر بر تداوم درمان نیز اشاره کردند. هزینه‌های درمان، محدودیت پوشش بیمه، کمبود زمان، فاصله مکانی و دشواری دسترسی به خدمات تخصصی، از جمله عواملی بود که ادامه درمان را برای برخی از آنان با مشکل مواجه می‌کرد.

یکی از شرکت‌کنندگان اظهار نمود: «اگه خدمات گفتار درمانی تحت پوشش بیمه قرار بگیره، خیلی خوبه و باعث می‌شه افراد بیشتر به گفتار درمانی مراجعه کنن» (مشارکت‌کننده ۹).

در کنار این چالش‌ها، بسیاری از شرکت‌کنندگان بیان کردند که مشاهده تغییرات مثبت در گفتار و ارتباطات و تجربه پیشرفت در روند درمان، انگیزه آنان را برای ادامه جلسات درمانی افزایش داده است.

یکی از شرکت‌کنندگان از یک تجربه را به عنوان نقطه عطف درمان خود یاد کرد و گفت: «یادم میاد یه جلسه کاری بود که معمولاً توش حرفی نمی‌زدم و فقط گوش می‌کردم. اون روز برای اولین بار نظرمو گفتم. شاید برای بقیه چیز مهمی نبود، ولی وقتی از جلسه اومدم بیرون حس کردم بعد از مدت‌ها نذاشتم لکنت تصمیم بگیره که حرف بزنم یا نه. همون اتفاق کوچیک باعث شد با انگیزه بیشتری درمان رو ادامه بدم» (مشارکت‌کننده ۱۴).

در مقابل، برخی از شرکت‌کنندگان ناامیدی از نتایج درمان، یکنواخت شدن تمرین‌ها، دشواری انجام تکالیف درمانی و کاهش امید به ادامه درمان را از دلایل توقف درمان یا عدم شروع مجدد آن عنوان کردند.

یکی از شرکت‌کنندگان درباره علت ترک درمان خود گفت: «گاهی حس می‌کردم تمرینات گفتار درمانیم داره خیلی تکراری و خسته‌کننده می‌شه. احساس می‌کردم احتیاج دارم که یه تنوعی بدم، ولی نمی‌دونستم چجوری، ولی خب این موضوع رو هیچ‌وقت با گفتار درمانگرم مطرح نکردم و یهو بی‌خیال ادامه درمان شدم» (مشارکت‌کننده ۱۱).

مقوله سوم: ارتباط درمانی و مداخلات مکمل

شرکت‌کنندگان عنوان کردند که کیفیت رابطه درمانی و استفاده از برخی مداخلات مکمل، تجربه آنان از درمان را تحت تأثیر قرار داده است. بسیاری از آنان برخورد همدلانه درمانگر، پذیرش، درک متقابل و ایجاد فضایی امن را از عوامل مؤثر در شکل‌گیری اعتماد و مشارکت فعال در درمان دانستند. برخی نیز

http://jrrs.mui.ac.ir

اظهار داشتند که چنین رابطه‌ای انگیزه آنان را برای ادامه جلسات درمانی افزایش داده است.

یکی از شرکت‌کنندگان تجربه خود را این‌گونه توصیف کرد: «چیزی که باعث شد درمان رو ادامه بدم، این بود که حس می‌کردم هر جلسه از همون جایی که جلسه قبل تموم شده ادامه پیدا می‌کنه. گفتار درمانگرم منو یادش می‌موند، نگرانی‌هامو فراموش نمی‌کرد و این حس رو می‌داد که واقعاً براش مهمم... همین باعث شد بهش اعتماد کنم و حرف‌هایی رو بزنم که قبلاً به کسی نگفته بودم» (مشارکت‌کننده ۵).

برخی از شرکت‌کنندگان تجربه مراجعه همزمان یا ارجاع به روان‌درمانگر را مطرح کردند و نقش روان‌درمانی را در مدیریت جنبه‌های هیجانی و روان‌شناختی مرتبط با لکنت مفید دانستند.

یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «ببینید به نظر من درمان برای فرد دارای لکنت باید ترکیب گفتار درمانی و روان‌شناسی باشه؛ یعنی فقط روی کلمه‌ها کار نکنه، روی ذهن و احساس منم کار کنه؛ چون بخش زیادی از لکنت من ذهنیه...» (مشارکت‌کننده ۹).

برخی دیگر نیز تجربه استفاده از درمان آنلاین را بیان کردند. آنان دسترسی آسان‌تر، صرفه‌جویی در زمان و امکان تداوم درمان را از مزایای این شیوه دانستند؛ در حالی که گروهی دیگر درمان حضوری را برای برقراری ارتباط مؤثرتر با درمانگر ترجیح می‌دادند. علاوه بر این، تعدادی از شرکت‌کنندگان به تجربه استفاده از مداخلات مکمل و جایگزین از جمله درمان دارویی، فعالیت‌های معنوی، موسیقی و خوددرمانی اشاره کردند.

یکی از شرکت‌کنندگان درباره تجربه درمان آنلاین گفت: «الآن درمان آنلاین دارم و اینجوری راحت‌ترم و چسبیدم به درمان که می‌شه گفت ۵۰ درصد خوب شدم؛ چون آنلاین هست و سختی راه رو نداره. شاید اگه این شرایط آنلاین نبود من اصلاً به فکر درمان نمی‌افتادم» (مشارکت‌کننده ۱۱).

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان درباره تجربه استفاده از مداخلات مکمل اظهار داشت: «من اون اوایل قبل از شروع درمان اضطراب و تپش قلبم خیلی بالا بود و زن داداشم گفت باید بری پیش مغز و اعصاب. اول رفتیم و الآن پیش دکتر می‌رم که دارو بهم داده و از وقتی داروها رو می‌خورم، اضطرابم خیلی بهتر شده» (مشارکت‌کننده ۴).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تجربه این افراد، فراتر از ناروانی گفتار، پدیده‌ای چند بعدی و در دو حیطه اصلی «مدیریت لکنت» و «تبعیت از درمان» قابل تبیین است. در حیطه مدیریت لکنت، ابعاد هویتی، هیجانی و رفتاری نقش برجسته‌ای در تجربه افراد داشت؛ در حالی که در حیطه تبعیت از درمان، عوامل فردی، خانوادگی، درمانی و ساختاری بر شروع و تداوم درمان تأثیرگذار بود.

یکی از یافته‌های محوری مطالعه حاضر، نقش خودپنداره و هویت در تجربه زیسته بزرگسالان دارای لکنت بود. یافته‌ها نشان داد که تجربه لکنت برای این افراد، تنها به ناروانی گفتار محدود نمی‌شود، بلکه با تعارض میان «خود آرمانی» و «خود واقعی»، اضطراب پیش‌بینانه، احساس شرم و اجتناب از موقعیت‌های ارتباطی همراه است. این یافته با نظریه خودپنداره Rogers (۲۹) همخوانی دارد؛ نظریه‌ای که ناسازگاری میان خود واقعی و خود آرمانی را منشأ تعارض‌های هیجانی و اضطراب می‌داند (۲۹). تجربه مشارکت‌کنندگان تحقیق حاضر نیز نشان داد که فاصله میان تصویری که از خود مطلوب داشتند و تجربه واقعی آنان از لکنت، زمینه‌ساز شکل‌گیری تعارضات هویتی و کاهش پذیرش خود شده است. از این‌رو، به نظر می‌رسد نظریه خودپنداره Rogers چارچوب مناسبی برای تبیین ابعاد روان‌شناختی تجربه لکنت در بزرگسالان فراهم می‌کند. همچنین، این یافته با نتایج پژوهش Alatawi و Good که نشان دادند بخش قابل توجهی از دشواری‌های افراد دارای لکنت، نه صرفاً به ناروانی گفتار، بلکه به تأثیر لکنت بر هویت فردی، مشارکت اجتماعی و ادراک فرد از خود مربوط می‌شود (۱۲)، همسو است. به نظر می‌رسد زمانی که افراد احساس می‌کنند توانایی‌ها و قابلیت‌های آنان تحت تأثیر لکنت پنهان مانده است، فاصله میان خودپنداره مطلوب و تجربه واقعی آنان افزایش می‌یابد؛ فاصله‌ای که می‌تواند بر عزت نفس، روابط اجتماعی و تصمیم‌های فردی آنان اثر بگذارد. این برداشت با سایر مطالعات حوزه لکنت نیز هم‌راستا می‌باشد. Gerlach و همکاران با معرفی مفهوم «هویت انگ‌زدایی شده قابل پنهان» نشان دادند که سازه‌های مرتبط با هویت از جمله مرکزیت هویت، نقش مهمی در سلامت روان افراد دارای لکنت ایفا می‌کند (۳۰). همچنین، Dean و Medina در تحقیقی کیفی بر روی بزرگسالان اسپانیایی دارای لکنت، گزارش کردند که انگ ناشی از لکنت، به طور مستقیم بر شکل‌گیری هویت فردی آنان اثر می‌گذارد (۳۱). همسویی این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بازتعریف هویت، یکی از مؤلفه‌های اساسی سازگاری با لکنت است و به نظر می‌رسد این فرایند در بافت‌های فرهنگی مختلف نیز تجربه‌ای مشترک باشد. بر این اساس، توجه به ابعاد هویتی لکنت، در کنار کاهش ناروانی گفتار، می‌تواند یکی از محورهای مهم مداخلات درمانی در بزرگسالان دارای لکنت باشد.

فراتر از ابعاد هویتی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مدیریت لکنت، فرایندی چند بعدی است و تنها به استفاده از تکنیک‌های گفتاری محدود نمی‌شود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پذیرش لکنت، مدیریت هیجانات و تغییر نگرش نسبت به تجربه لکنت، زمینه را برای به کارگیری مؤثر راهبردهای رفتاری فراهم می‌کند. این یافته با نتایج تحقیقات Hart و همکاران (۱۴) و Medina و Perez (۳۲) که بر نقش محوری مداخلات مبتنی بر پذیرش در مدیریت لکنت تأکید کرده‌اند، همسو است. Hart و همکاران به این نتیجه رسیدند که تلفیق درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) با تکنیک‌های سنتی روان‌سازی گفتار، موجب بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش رفتارهای مرتبط با لکنت می‌شود (۱۴). به طور مشابه، Medina و Perez در پژوهش کیفی خود بر روی ۸۸ بزرگسال دارای لکنت، مفهوم «طیف پذیرش» را مطرح کردند و نشان دادند که پذیرش، فرایندی پویا و تدریجی است که زمینه را برای تغییرات رفتاری فراهم می‌کند (۳۲) که با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت؛ چرا که مشارکت‌کنندگان نیز عنوان کردند تا زمانی که درگیر مبارزه مداوم با لکنت بودند، استفاده از تکنیک‌های گفتاری برای آنان اثربخشی محدودی داشت؛ در حالی که پس از پذیرش لکنت به عنوان بخشی از تجربه زندگی، توانستند این راهبردها را با اطمینان و پایداری بیشتری به کار گیرند. این موضوع نشان می‌دهد که پذیرش فقط یک پیامد درمان نیست، بلکه می‌تواند زمینه‌ساز استفاده مؤثر از راهبردهای درمانی باشد. از این‌رو، توجه همزمان به ابعاد هیجانی و روان‌شناختی لکنت، در کنار آموزش

http://jrrs.mui.ac.ir

تکنیک‌های گفتاری، احتمالاً اثربخشی مداخلات درمانی را افزایش خواهد داد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مدیریت لکنت از دیدگاه بزرگسالان دارای لکنت، فراتر از اصلاح الگوی گفتار و مستلزم مدیریت هیجانات و تغییر نگرش نسبت به لکنت است. مشارکت‌کنندگان راهبردهایی مانند حفظ آرامش، تمرکز بر پیام گفتار، پذیرش و خودگویی مثبت را از عوامل مؤثر در مدیریت لکنت معرفی کردند. این یافته با نتایج مطالعه مؤذنی و همکاران که بر نقش عوامل هیجانی در فرایند مدیریت لکنت تأکید کرده‌اند (۱۷)، هم‌راستا می‌باشد. در مجموع، می‌توان گفت که پذیرش لکنت، نه به معنای تسلیم شدن در برابر آن، بلکه به مفهوم کاهش تعارض‌های درونی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اتخاذ نگرشی واقع‌بینانه‌تر نسبت به خود است؛ فرایندی که می‌تواند زمینه‌ساز سازگاری بهتر و مدیریت مؤثرتر لکنت باشد. افزون بر این، مشارکت‌کنندگان بیان کردند که به کارگیری موفق راهبردهای ذهنی و رفتاری، علاوه بر کاهش شدت لکنت، منجر به افزایش اعتماد به نفس، مشارکت اجتماعی و احساس خودکارامدی در برقراری ارتباط نیز شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات درمانی در بزرگسالان دارای لکنت، علاوه بر آموزش تکنیک‌های گفتاری، باید به بازسازی خودپنداره، پذیرش لکنت و تنظیم هیجانات نیز توجه داشته باشد تا پیامدهای درمانی پایدارتر و جامع‌تری حاصل گردد.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت، فرایندی پویا و چند بعدی است که فراتر از حضور در جلسات درمان یا انجام تمرین‌های گفتاری می‌باشد و تحت تأثیر تعامل عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، درمانی و ساختاری قرار دارد. مشارکت‌کنندگان، تبعیت از درمان را فرایندی مستمر برای حفظ انگیزه، غلبه بر موانع و انتقال آموخته‌های درمانی به موقعیت‌های واقعی زندگی توصیف کردند. این برداشت با دیدگاه شجاعی و محمودی که تبعیت از درمان را حاصل تعامل عوامل شناختی، هیجانی، اجتماعی و محیطی می‌دانند (۳۳)، همخوانی داشت.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر، نقش محوری شبکه‌های حمایتی در تداوم درمان بود. مشارکت‌کنندگان بیان کردند که عواملی مانند عزت نفس، جرأت‌ورزی، خودگویی مثبت و امید به بهبود، در کنار حمایت خانواده، پذیرش اجتماعی و تشویق اطرافیان، انگیزه آنان را برای ادامه درمان تقویت می‌کند. علاوه بر این، وجود رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد، همدلی و درک متقابل با درمانگر، به افزایش تعهد درمانی و استمرار مشارکت در فرایند درمان کمک می‌کرد. یافته‌های مطالعات صادقی فیروزآبادی و همکاران (۳۴)، آبیز و همکاران (۳۵) و مؤذنی و همکاران (۱۷) نیز بر اهمیت حمایت‌های فردی، خانوادگی و درمانگر در ارتقای تبعیت از درمان تأکید کردند.. در مجموع، به نظر می‌رسد شبکه‌های حمایتی با تقویت احساس امنیت روان‌شناختی، افزایش خودکارامدی و حفظ انگیزه، نقش مهمی در استمرار درمان ایفا می‌کنند.

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، تبعیت از درمان با چالش‌های متعددی همراه است. مشارکت‌کنندگان، دشواری انتقال مهارت‌های آموخته شده به موقعیت‌های واقعی زندگی، هزینه‌های درمان، محدودیت‌های زمانی، پوشش ناکافی بیمه و دسترسی محدود به خدمات تخصصی را از مهم‌ترین موانع ادامه درمان عنوان کردند. این نتایج با یافته‌های پژوهش Alatawi و Good (۱۲) همخوانی داشت. آن‌ها نشان دادند که موفقیت درمان تنها به یادگیری تکنیک‌های گفتاری وابسته نیست، بلکه توانایی به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره و فراهم بودن شرایط مناسب برای دسترسی به خدمات درمانی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم درمان دارد (۱۲). همچنین، تجربه پیشرفت در درمان، افزایش اعتماد به نفس، بهبود روابط اجتماعی و مشاهده اثربخشی مداخلات، از مهم‌ترین عوامل تقویت‌کننده انگیزه برای ادامه درمان بود. در مقابل، ناامیدی از نتایج درمان، یکنواخت شدن جلسات و تمرین‌ها و ادراک ناکارامدی درمان، از جمله عواملی بود که منجر به کاهش پایبندی یا ترک درمان می‌شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که حفظ انگیزه برای ادامه درمان، تنها به ویژگی‌های فردی وابسته نیست، بلکه تحت تأثیر کیفیت تجربه درمان و ادراک فرد از اثربخشی آن نیز قرار دارد.

از دیگر یافته‌های مهم مطالعه حاضر، نقش کیفیت رابطه درمانی، مداخلات مکمل و بهره‌گیری از فن‌آوری در تبعیت از درمان بود. مشارکت‌کنندگان بر اهمیت همدلی، احترام، مشارکت فعال و ایجاد رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد از سوی درمانگر تأکید داشتند؛ موضوعی که با یافته‌های تحقیق مؤذنی و همکاران (۱۷) همسو بود. به نظر می‌رسد شکل‌گیری چنین رابطه‌ای، احساس امنیت و اعتماد لازم را برای مشارکت فعال فرد در فرایند درمان فراهم و زمینه تداوم درمان را تقویت می‌کند. همچنین، برخی از مشارکت‌کنندگان استفاده از روان‌درمانی، رویکردهای معنوی و سایر مداخلات حمایتی را در کنار گفتار درمانی برای مدیریت بهتر ابعاد هیجانی و روان‌شناختی لکنت مفید ارزیابی کردند؛ یافته‌ای که با نتایج پژوهش Mongia و همکاران (۳۶) هم‌راستا می‌باشد. علاوه بر این، درمان آنلاین به دلیل کاهش محدودیت‌های جغرافیایی، صرفه‌جویی در زمان و تسهیل دسترسی به خدمات، از سوی بسیاری از مشارکت‌کنندگان تجربه مثبتی تلقی شد؛ هرچند برخی همچنان درمان حضوری را برای برقراری ارتباط مؤثرتر با درمانگر ترجیح می‌دادند.

به طور کلی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت، حاصل تعامل عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، درمانی و ساختاری است. بر این اساس، به نظر می‌رسد مداخلاتی که علاوه بر آموزش مهارت‌های گفتاری، به تقویت شبکه‌های حمایتی، ایجاد رابطه درمانی مؤثر، توجه به ابعاد روان‌شناختی لکنت و کاهش موانع دسترسی به خدمات درمانی بپردازند، بتوانند زمینه را برای افزایش تبعیت از درمان و بهبود پیامدهای درمانی در این افراد فراهم کنند. همچنین، یافته‌های تحقیق حاضر بر ضرورت اتخاذ رویکردی چند بعدی و فردمحور در مدیریت لکنت تأکید دارد؛ رویکردی که در آن ابعاد گفتاری، روان‌شناختی و اجتماعی به صورت هم‌زمان مورد توجه قرار گیرند.

محدودیت‌ها

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که یافته‌ها بر پایه تجارب زیسته ۱۵ بزرگسال دارای لکنت و در بستر فرهنگی و اجتماعی ایران به دست آمد. از این‌رو، هرچند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت، انتقال‌پذیری یافته‌ها به سایر بافت‌های فرهنگی و نظام‌های درمانی باید با احتیاط انجام شود. همچنین، داده‌ها بر اساس روایت‌ها و ادراک شخصی مشارکت‌کنندگان جمع‌آوری شد و ممکن است تحت تأثیر تفاوت‌های فردی در شیوه بیان تجربه‌ها، یادآوری رویدادها و برداشت شخصی از فرایند درمان قرار گرفته باشد. از سوی دیگر، با وجود تلاش برای انتخاب مشارکت‌کنندگان با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و تجارب درمانی متنوع، دیدگاه افرادی که هرگز تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند یا تجربه‌های متفاوتی از مدیریت لکنت و تبعیت از درمان داشته‌اند، ممکن است در یافته‌های تحقیق منعکس نشده باشد. با این

http://jrrs.mui.ac.ir

حال، تنوع مشارکت‌کنندگان از نظر سن، جنسیت، شدت لکنت، سابقه درمان و وضعیت شغلی، در کنار نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها و استفاده از راهبردهای افزایش قابلیت اعتماد پژوهش، به تقویت اعتبار یافته‌ها کمک کرده است.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده اثربخشی مداخلاتی را بررسی کنند که علاوه بر آموزش تکنیک‌های گفتاری، بر پذیرش لکنت، تنظیم هیجان، بازسازی خودپنداره و تقویت خودکارامدی ارتباطی نیز تمرکز نمایند. همچنین، با توجه به نقش برجسته شبکه‌های حمایتی در تداوم درمان، طراحی و ارزیابی مداخلات خانواده‌محور و برنامه‌های مبتنی بر حمایت همتایان می‌تواند موضوع پژوهش‌های آینده باشد. از سوی دیگر، بررسی اثربخشی مدل‌های تلفیقی گفتار درمانی و روان‌شناختی و نیز مقایسه درمان حضوری، آنلاین و ترکیبی در افزایش تبعیت از درمان، می‌تواند شواهد کاربردی ارزشمندی برای ارایه خدمات به بزرگسالان دارای لکنت فراهم کند. همچنین، انجام مطالعات کمی و طولی برای بررسی روابط میان عوامل شناسایی شده در تحقیق حاضر و طراحی و اعتباریابی ابزارهای اختصاصی سنجش تبعیت از درمان در افراد دارای لکنت، می‌تواند به توسعه دانش این حوزه و طراحی مداخلات مبتنی بر شواهد کمک نماید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین تجربه مدیریت لکنت و تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت انجام شد و نشان داد که مدیریت موفق لکنت و تداوم تبعیت از درمان، فرایندی چند بعدی، پویا و فراتر از اصلاح روانی گفتار است. یافته‌ها نشان داد که پذیرش لکنت، بازسازی خودپنداره، مدیریت هیجانات، به کارگیری راهبردهای رفتاری، برخورداری از شبکه‌های حمایتی، کیفیت رابطه درمانی و دسترسی مناسب به خدمات درمانی، از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر مدیریت لکنت و تداوم درمان به شمار می‌رود. در مقابل، موانعی مانند انگ اجتماعی، مشکلات هیجانی، دشواری تعمیم مهارت‌های درمانی به موقعیت‌های واقعی زندگی، محدودیت‌های اقتصادی و دسترسی ناکافی به خدمات، می‌توانند روند درمان را با اختلال مواجه کند و احتمال ترک درمان را افزایش دهد. یافته‌های به دست آمده بر ضرورت اتخاذ رویکردی جامع، فردمحور و بین‌رشته‌ای در درمان بزرگسالان دارای لکنت تأکید دارد؛ رویکردی که علاوه بر آموزش تکنیک‌های گفتاری، به ابعاد شناختی، هیجانی، اجتماعی و محیطی تجربه لکنت نیز توجه داشته باشد. همچنین، تقویت اتحاد درمانی، مشارکت فعال خانواده، بهره‌گیری از خدمات روان‌شناختی در کنار گفتار درمانی و توسعه شیوه‌های نوین ارایه خدمات از جمله درمان آنلاین، می‌تواند زمینه ارتقای تبعیت از درمان و بهبود پیامدهای ارتباطی و کیفیت زندگی این افراد را فراهم کند. از آن‌جا که تحقیقات کیفی در زمینه تبعیت از درمان در بزرگسالان دارای لکنت به ویژه در جامعه ایرانی محدود است، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند درک عمیق‌تری از تجربه زیسته این افراد فراهم آورد و مبنایی برای طراحی مداخلات درمانی جامع‌تر، تدوین برنامه‌های حمایتی و انجام مطالعات آینده در این حوزه باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سرکار خانم خانی کارشناس گفتار درمانی که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلیه بیمارانی که در اجرای طرح‌های تحقیقاتی فوق همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

نقش نویسندگان

طراحی و ایده‌پردازی پروژه: محمد کمالی
جذب منابع مالی برای انجام پروژه: سمانه حیدری
خدمات پشتیبانی و اجرایی و علمی پروژه: ساجده ژیان آهنی
فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه: مریم ترامشلو
جمع‌آوری داده‌ها: ساجده ژیان آهنی
تحلیل و تفسیر نتایج: محمد کمالی
خدمات تخصصی آمار: کار کیفی است.
تنظیم دست‌نوشته: ساجده ژیان آهنی، محمد کمالی، مریم ترامشلو، سمانه حیدری
ارزیابی تخصصی دست‌توشته از نظر مفاهیم علمی: ساجده ژیان آهنی، محمد کمالی، مریم ترامشلو، سمانه حیدری
تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به دفتر مجله: ساجده ژیان آهنی، محمد کمالی، مریم ترامشلو، سمانه حیدری
مسؤولیت حفظ یکپارچگی فرایند انجام مطالعه از أغاز تا انتشار و پاسخگویی به نظرات داوران: ساجده ژیان آهنی، محمد کمالی، مریم ترامشلو، سمانه حیدری

منابع مالی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1404.131 می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی‌باشند.

References

1. Yan X, Lei Y, Pan Y. Diving Deep Into the Relationship Between Speech Fluency and Second Language Proficiency: A Meta-Analysis. Language Learning. John Wiley and Sons Inc, 2025. p. 1051-90.
2. Zohre, Safari Hafshejani ; Hassan K. A review of effective treatments for adult stuttering. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2019; 18(6-Serial Number 123):559-70.
3. Weismer G, Brown DK. Introduction to communication sciences and disorders: the scientific basis of clinical practice. Vol. 1. Plural publishing; 2019.
4. Franke M, Hoole P, Falk S. Temporal organization of syllables in paced and unpaced speech in children and adolescents who stutter. J Fluency Disord. 2023; 76.
5. Logan KJ. Fluency disorders: Stuttering, cluttering, and related fluency problems. Vol. 1. Plural Publishing; 2020.

6. Chang SE, Below JE, Chow HM, Guenther FH, Hampton Wray AM, Jackson ES, et al. Stuttering: Our Current Knowledge, Research Opportunities, and Ways to Address Critical Gaps. Neurobiology of Language. 2025; 6.
7. Ilkhani Z, Shafiee B, Jafari N, Dehkordi SH. Effectiveness of the Westmead therapeutic method on preschool children with stuttering. Koomesh. 2020; 22(1): 138-44.
8. S. Venkatesan. From diagnosis to treatment and evaluation: A narrative review of stuttering assessment tools. World Journal of Advanced Research and Reviews. 2025; 25(3): 214-27.
9. Penman A, Hill AE, Hewat S, Scarinci N. Speech–language pathology students' perceptions of simulation-based learning experiences in stuttering. Int J Lang Commun Disord. 2021; 56(6): 1132-46.
10. Tüysüz S, Çevik D, BAŞARAN FI. A Lifelong Journey with Stuttering: Experiences of Adults Who Stutter in Türkiye. J Fluency Disord. 2026; 106218.
11. Swift MC, Depasquale M, Chen J. Cognitive processing biases of social anxiety in adults who do and do not stutter. J Commun Disord. 2024; 112.
12. Alatawi M, Good J. Between therapy and reality: A lived-experience analysis of the priorities, progress, and barriers in stuttering management. J Fluency Disord. 2025; 85.
13. Jokar AHR, Bluhm R. Neuroethical Evaluation of Neuromodulation for Stuttering: Implications for Agency, Identity, Consent, and Social Meaning. J Fluency Disord. 2026; 88: 106213.
14. Hart AK, Breen LJ, Hennessey NW, Beilby JM. Evaluation of an integrated fluency and acceptance and commitment therapy intervention for adolescents and adults who stutter. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2024; 67(4): 1003-19.
15. Young MM, Byrd CT, Richardson EM. An interpretative phenomenological analysis of voluntary stuttering experiences of adults who stutter. J Commun Disord. 2025; 118: 106580.
16. Sisskin V, Brow N, Goldstein B, Goldstein-Schuff C, Shaw K, Wertz J. Avoidance Reduction Therapy for Stuttering: Case Spotlights Through an ARTS Lens. Perspect ASHA Spec Interest Groups. 2026; 11(2): 340-55.
17. Moazeni A, Shamsaee MM, Nakhshab M. What Factors Contribute to the Motivation of Adults Who Stutter to Continue Their Treatment? A Qualitative Study. Int J Lang Commun Disord. 2025; 60(5): e70102.
18. Quinn A, Connery A. Consensus on the components of therapeutic alliance in stuttering intervention: An e-Delphi study with speech and language therapists. Advances in Communication and Swallowing. 2024; 27(2):115-30.
19. Singh P. Medication adherence: Adjunct to patient outcomes. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences. 2017; 3(1): 8.
20. Millard SK, Murphy S, Barton G, Rixon L, Shepstone L, Sims E, et al. Palin Stuttering Therapy for School aged Children and usual treatment: A randomised controlled trial feasibility study. J Fluency Disord. 2025; 84: 106114.
21. Achterbosch M, Aksoy N, Obeng GD, Ameyaw D, Ágh T, Van Boven JF. Clinical and economic consequences of medication nonadherence: a review of systematic reviews. Frontiers in pharmacology. 2025; 16: 1570359.
22. Yfantopoulos J, Protopapa M, Chantzaras A, Yfantopoulos P. Doctors' views and strategies to improve patients' adherence to medication. Hormones. 2021; 20(3): 603-11.
23. Liu Y, Zhang C, Guo M, Zheng Y, Jia M, Yang J, et al. Influencing factors for medication compliance in patients with comorbidities of chronic diseases: a meta-analysis. J Prev Med (Wilmington). 2024; 790–5.
24. Altamimi AF, Alqahtani ZA, Almughaiseeb FA, Alshiha KA, Alaryni A, Alotaibi A. The attitude and prevalence of patient noncompliance toward chronic disease medications in Saudi Arabia. J Family Med Prim Care. 2021; 10(8): 3064-70.
25. Wilson TE, Hennessy EA, Falzon L, Boyd R, Kronish IM, Birk JL. Effectiveness of interventions targeting self-regulation to improve adherence to chronic disease medications: a meta-review of meta-analyses. Health Psychol Rev. 2020; 14(1): 66-85.
26. Abdi K, Arab M, Rashidian A, Kamali M, Khankeh HR, Khalajabadi Farahani F. Exploring Barriers of the Health System to Rehabilitation Services for People with Disabilities in Iran: A Qualitative Study. Electron Physician. 2015; 7(7): 1476-85.
27. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse Educ Today. 2017; 56: 29-34.
28. Enworo OC. Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. Qualitative Research Journal. 2023; 23(4): 372-84.
29. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. New York: McGraw-Hill; 1959.
30. Gerlach H, Chaudoir SR, Zebrowski PM. Relationships between stigma-identity constructs and psychological health outcomes among adults who stutter. J Fluency Disord. 2021; 70.
31. Dean L, Medina AM. Stigma and the Hispanic stuttering experience: A qualitative study. Journal of Communication Disorders. 2021; 89: 106056.
32. Medina AM, Perez G. Feelings and the acceptance spectrum in adult stuttering: A large-scale qualitative study. J Interact Res Commun Disord. 2022; 13(2): 244-68.
33. Shojaie A, Mahmoudi H. The analysis of the concept of adherence to treatment in individuals with heart failure. Cardiovascular Nursing Journal. 2021; 10(1): 110-9.
34. Sadeghi Firouzabadi A, Ansari Shahidi M, Tajeri B, Moradmanesh F. Prediction of treatment adherence based on personality traits and motivation in patients with high blood pressure. Rooyesh-e-Ravanshenasi. 1404; 14(6): 111-20.
35. Abiz M, Robabi H, Salar A, Saeedinezhad F. The Effect of Self-Care Education on the Quality of Life in Patients with Pulmonary Tuberculosis. Med Surg Nurs J. 2020; 9(2): e108877.
36. Mongia M, Gupta AK, Vijay A, Sadhu R. Management of stuttering using cognitive behavior therapy and mindfulness meditation. Industrial psychiatry journal. 2019; 28(1): 4-12.

http://jrrs.mui.ac.ir

DOI: 10.48305/jrrs.2026.46487.1154 Published by Vesnu Publications

Exploring the Experience of Stuttering Management and Treatment Adherence in Adults Who Stutter

Sajedeh Zhyaneh-Ahani[1], Mohammad Kamali[2], Maryam Tarameshlu[3], Samaneh Heydari[4]

Original Article

Abstract

Introduction: Stuttering, as a speech fluency disorder, can profoundly affect quality of life (QoL), social communication, and mental health in adults. Effective stuttering management and treatment adherence are considered key factors in the success of rehabilitation programs for individuals who stutter. This study aimed to explore the experience of stuttering management and treatment adherence in adults who stutter.

Materials and Methods: This qualitative study employed conventional content analysis. Fifteen adults who stutter, aged 18 to 62 years, with a stuttering history of at least 6 months, were purposively recruited using maximum variation sampling. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews and continued until theoretical saturation was reached. Conventional qualitative content analysis was employed for data analysis.

Results: Data analysis yielded six categories: self-concept reconstruction and emotional management, behavioral strategies, supportive factors, treatment motivation, continuity challenges, and therapeutic relationship quality. Successful stuttering management results from the interaction between reconstructed self-concept, effective behaviors, and environmental support. Treatment adherence, beyond techniques, depends on the quality of the therapeutic relationship, structural flexibility, and attention to psychosocial barriers.

Conclusion: Stuttering management and treatment adherence among adults who stutter are multidimensional phenomena that depend on individual, social, and therapeutic factors. Integrating these lived experiences into the design of rehabilitation programs can improve treatment adherence and QoL in this population.

Keywords: Stuttering; Stuttering management; Treatment adherence; Qualitative study; Adults

Citation: Zhyaneh-Ahani S, Kamali M, Tarameshlu M, Heydari S. **Exploring the Experience of Stuttering Management and Treatment Adherence in Adults Who Stutter.** J Res Rehabil Sci 2025; 21.

Received date: 31.12.2024 Accept date: 04.02.2024 Published: 03.04.2025

1- MSc Student, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2- PhD, School of Rehabilitation Sciences AND Rehabilitation Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3- PhD, Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences AND Rehabilitation Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- Assistant Professor, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Samaneh Heydari; Assistant Professor, Department of Rehabilitation Management, School of Rehabilitation Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: heidari.sa@iums.ac.ir