



## شیوع لکنت زبان در کودکانهای مشهد

دکتر احمد میمنه جهرمی<sup>۱</sup>، دکتر محمد مازنی<sup>۲</sup>  
استادیار<sup>۱</sup>، رزیدنت<sup>۲</sup>، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### خلاصه

جهت رشد طبیعی گفتار، فرد باید دارای مغزی با نوکسیون طبیعی، ساختمانهای محیطی درگیر در گفتار نیز طبیعی، شنوایی کافی، بینایی سالم و محیط تحریک کننده باشد.  
لکنت زبان هنگامی اتفاق می افتد که در جریان گفتار بطور غیرعادی وقفه‌ای ایجاد شود که شامل قطع کردن گفتار، تکرار صداهای موجود در یک کلمه، تکرار هجاهای طولانی کردن هجاهای، بطور کامل ادا نکردن کلمات و تکرار عبارتهای ناقص می باشد.  
لکنت به دو گروه طبقه بندی می شود: اولیه و ثانویه. نوع اولیه اشکال در روانی گفتار است که بدون داشتن اضطراب می باشد ولی نوع ثانویه همراه با اضطراب و در سنین بالاتری نسبت به نوع اولیه می باشد.  
در این مطالعه که بر روی ۱۹۴۲ کودک در سطح کودکانهای مشهد انجام پذیرفت ۰/۹۲ درصد دچار لکنت بودند که نسبت ابتلا پسر به دختر دو به یک بود. ۴۴/۴ درصد کودکان از نظر بهداشت روانی به نوعی دچار اختلال بودند که شایعترین آنها پرخاشگری بود.  
کودکان مبتلا به لکنت زبان سن بین ۳/۵ الی ۶/۵ سال داشتند. در اغلب آنان لکنت از ابتدای سخن گفتن شروع شده بود. در ۵۰ درصد از موارد روند روبه بهبودی، ۱۱/۱ درصد سیر پیشرونده و ۳۸/۹ درصد بطور متناوب بوده اند. سن پدر و مادر و تحصیلات آنان و وضع اقتصادی خانواده تأثیر قابل توجهی را نشان نداد.  
کلمات کلیدی: لکنت زبان

### مقدمه

لکنت زبان از اختلالات گفتاری است که در موارد زیادی بدون هیچ سابقه خانوادگی بروز می کند و پس از پیدایش، مدتها و گاهی برای همیشه باقی می ماند. جهت شناخت سابقه این پدیده که مشکلات اجتماعی و صدمات روحی بسیار به بار می آورد، در این تحقیق آمار و علل اجتماعی آن را در کودکان کودکانهای مشهد

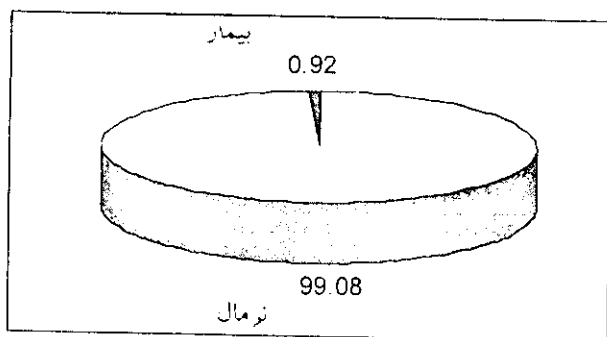
### مشهد بررسی کردیم.

گفتار شامل تولید اصوات، شکل گیری آن در دهان و ترکیب آنها در قالبهای مختلف است. بنابراین اشکالات گفتاری هم مربوط به صدا و هم مربوط به نحوه تولید آنهاست (۱۱). لکنت زبان هنگامی اتفاق می افتد که در جریان گفتار بطور غیرعادی وقفه‌ای ایجاد شود. شامل:

زبان، چگونگی پاسخ به درمان، ارتباط خویشاوندی والدین، وضعیت برخورد والدین با کودک، سطح اقتصادی اجتماعی خانواده، سابقه بیماریهای مادر در زمان بارداری، سابقه صدمه جسمی و روحی به مادر در زمان حاملگی، سوابق تولد کودک، سابقه بهداشت روانی و سوابق پزشکی کودک بطور جداگانه در جدااولی تنظیم و مرتب گردید. پس از جمع آوری اطلاعات آماری خام، آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS انجام پذیرفت.

### نتایج

از میان ۱۹۴۲ کودک، ۱۸ نفر (۰/۹۲ درصد) دچار لکنت زبان بودند که تقریباً مشابه آمار کتابهای مرجع (۱%) می باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱- شیوع لکنت زبان در جمعیت مورد مطالعه

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۴/۹۷ سال و میانگین سنی افراد مبتلا ۵/۵۲ سال بود. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین سن افراد بیمار و جنس آنها وجود داشت و لیکن میانگین سنی دختران و پسران مبتلا اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشتند. پسران ۲ برابر دختران (۱۲ نفر در برابر ۶ نفر) دچار لکنت زبان بودند. تقریباً تمامی بیماران (۶۴/۴ درصد) در ابتدای شروع به صحبت کردن، دچار لکنت زبان بودن و در ۷۷ درصد موارد والدین تأخیر در صحبت کردن را نسبت به کودکان اطراف خود گزارش

### ■ قطع شدن گفتار

■ تکرار صداهای موجود در یک کلمه (بخصوص در اول

کلمه)

■ تکرار هجاها (سیلابها)

■ طولانی ادا کردن هجاها

■ بطور کامل ادا نکردن کلمات

■ تکرار عبارتهای ناقص

این صفات گاهی با حرکات عضلانی صورت و یا حرکات بدنی دیگر همراه می شود که تحت عنوان stuttering reaction نامیده می شود (۱۱).

لکنت زبان به دو صورت اولیه و ثانویه می باشد. در نوع اولیه اشکال و اختلال در روانی گفتار است که با طولانی کردن، یا تکرار کردن، یا ایجاد مانع در صدا بدون داشتن آگاهی و هیچ نوع پریشانی برای گوینده مشخص می شود، هیجان نیز در این نوع دیده نمی شود. برعکس در لکنت زبان ثانویه اختلال غیرعادی در روانی گفتار همراه با اضطراب و هیجان می باشد، در این نوع لکنت انقباضات شدید عضلات گفتاری به منظور اجتناب از تکرار صدا یا لغت نیز دیده می شود (۵).

### روش تحقیق

در این تحقیق شیوع لکنت زبان در کودکان کودکستانهای شهرستان مشهد در سال ۱۳۷۸ مورد مطالعه و سنجش قرار گرفته است. ۱۹۴۲ کودک در ۳۸ مهد کودک نواحی ششگانه شهرستان مشهد با وضعیت اجتماعی اقتصادی متفاوت مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه ابتدایی توسط والدین تکمیل می شد. سپس پرسشنامه نهایی توسط مجریان طرح در قالب یک مصاحبه حضوری با والدین دارای فرزند مبتلا به لکنت زبان تکمیل گردید.

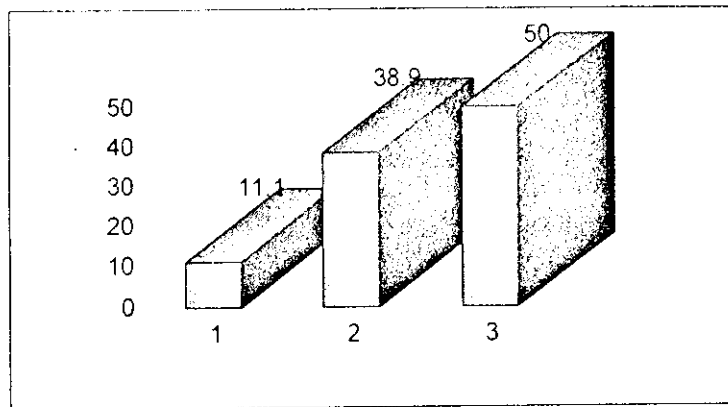
### محاسبات آماری

در این مرحله اطلاعات خام مربوط به متغیرهای کمی شامل سن کودک، تحصیلات پدر و مادر، متغیرهای کیفی نظیر لکنت

می نمودند.

به میانگین سنی این افراد دیده می شود که سیر بیماری از حالت پیشرونده به حالت متناوب و بعد از آن روبه بهبود می گذاشت (نمودار ۲).

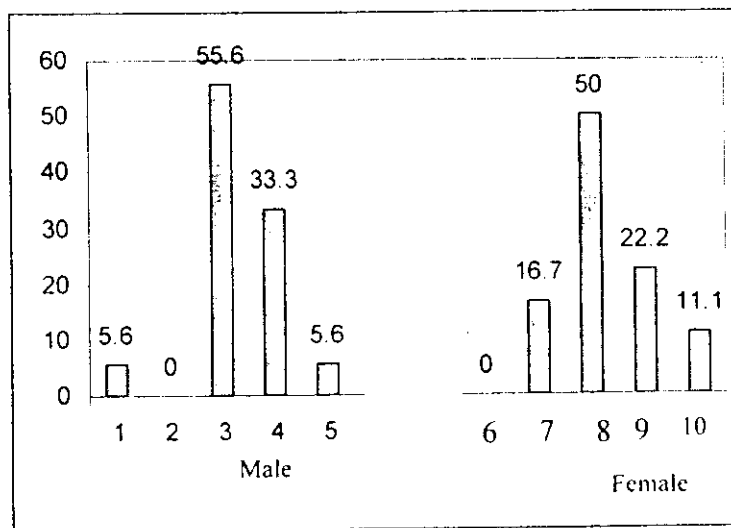
سیر لکت زبان ۱۱/۱ درصد پیشرونده، در ۳۸/۹ درصد متناوب و در ۵۰ درصد روبه بهبود توصیف شد که با توجه



نمودار ۲- بررسی سیر لکت زبان

شده بود. میزان سطح تحصیلات پدر و مادر کودکان مبتلا، و وضعیت بهداشتی روانی کودکان مبتلا در نمودار ۳ و جدول ۱ گزارش شده است.

در این مطالعه تنها دو نفر از والدین اقدام به درمان لکت زبان کودک خود نموده بودند که به صورت گفتار درمانی بوده و میزان پاسخ در یک مورد خوب و در مورد دیگر متوسط عنوان



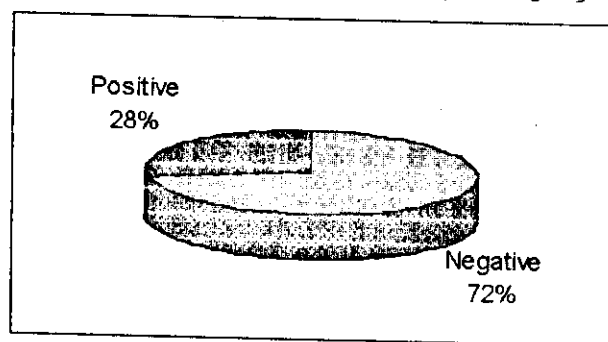
نمودار ۳- بررسی سطح تحصیلات پدران و مادران کودکان مبتلا

جدول ۱- وضعیت بهداشتی روانی کودکان مبتلا

نوع اختلال		تعداد	درصد
A	پرخاشگری	۶	۳۳/۳
B	شب ادراری	۳	۱۶/۷
C	ترس شبانه	۲	۱۱/۱
D	ناخن جویدن	۱	۵/۶
E	فرار از مهد کودک	۱	۵/۶

می‌سازد که فرد از اثرات برگشتی صدای آسیب دیده خود خلاصی پیدا کند (۵). wet در سال ۱۹۳۰ این فرضیه را ارائه داد که لکنتی‌ها تمایل موروثی به شکست گفتار دارند و در مقابل فشارهای زودگذر محیطی آسیب‌پذیر بوده و این امر باعث لکنت آنها می‌شود. این لکنت در نتیجه انواع گسترش فشارهای روانی اجتماعی خصوصاً ترس از واژه‌ها، شنونده‌ها و شرایط گفتاری که دارند شروع می‌شود. طبق این نظریات اثر متقابل عوامل زمینه‌ای مساعد (عوامل مهیاساز) و عوامل مساعدکننده (آشکارساز) بر یکدیگر پیامد مهمی دارند به این معنا که مرز بین تئوری‌هایی که می‌توان نام تئوری عضوی بر آنها گذاشت و تئوری‌های غیرعضوی مخدوش شده است (۵). جانسون معتقد بود که آنچه از یک نسل به نسل دیگر در بعضی خانواده‌ها به ارث گذاشته شده زمینه آمادگی به لکنت نیست بلکه وجود نگرانی و دلواپسی نسبت به مکشهای گفتاری کودکان است. طبق معیارهای جانسون بسیاری از کودکان که اصوات یا واژه‌ها را کراراً و با مکث زیاد تکرار می‌کنند اما در این راه تقلایی نمی‌نمایند لکنتی محسوب نمی‌شوند هرچند که پدر و مادر کودک و دیگر افراد وی را لکنتی بیندارند (۵).

۷۲ درصد (۱۳ نفر) از کودکان در فامیل خود سابقه لکنت زبان نداشتند، ۵/۶ درصد (۱ نفر) در فامیل درجه یک (پدر) و ۲۲/۲ درصد (۴ نفر) در فامیل درجه دو (پسر عمو، دایی، عمو، دختر عمو و ...) سابقه لکنت زبان داشته‌اند (نمودار ۴).



نمودار ۴- بررسی سابقه فامیلی وجود لکنت زبان

تقریباً تمام کودکان در هنگام تولد از توانایی فراگیری یک یا چند زبان و نیز توانایی قابلیت‌های لازم برای تولید گفتار برخوردارند اما بعضی در این توانایی بالقوه نسبت به دیگران باهوش‌تر و ماهرتر هستند و بعضی نیز سخنگویان سلیس و روان به‌شمار می‌آیند که خیلی زود (۸ تا ۹ ماهگی) شروع به حرف زدن می‌کنند و تا ۱۵ الی ۱۸ ماهگی نیز قادر هستند با جملات کامل و مطابق با دستور زبان صحبت کنند. اما اکثر کودکان چند ماه دیرتر به این مرحله می‌رسند. معمولاً بچه‌ها در ۱۲ تا ۱۵ ماهگی شروع به حرف زدن می‌کنند و در ۱۸ تا ۲۴ ماهگی با دستور زبان صحبت می‌کنند (۵، ۶). کودکانی که لکنت دارند احتمالاً متعلق به گروهی هستند که میانگین زمان شروع گفتارشان پایین است و به نحوی تکلم را دیرتر شروع کرده‌اند. حال اگر والدین و دیگر خویشاوندان کودک به این افراد مضطرب توجه کافی نداشته باشند و اگر این میزان محدود قابلیت آنها را در حرف زدن بپذیرند احتمالاً تعداد لکنتی‌ها بسیار کمتر از تعداد فعلی خواهد بود. کودکی که در شروع زبان تأخیر و در گفتار خود تکرار و یا مشکل دارد ممکن است در سایر مهارت‌های لازم کند نباشد. اما این کودک به هر حال صرف نظر از هوش و سایر توانایی‌هایش کودکی ویژه به‌شمار می‌رود و شاید این حالت ویژه بودن را سالها حفظ کند و حتی در سنین بزرگسالی نیز مهارت و چیرگی لازم در سازمان زبان

## بحث

تئوری‌های مختلفی در رابطه با بروز لکنت مطرح شده است. orton-travis در تئوری نیمکره غالب عنوان می‌کند که وقتی عضلات قرینه (مثل عضلات گفتاری) با هم کار می‌کنند مکانیسمی برای هماهنگ و همزمان کردن جریان تحریکات عصبی وارده از دو نیمکره مغز وجود دارد، در غیر این صورت شرایطی به وجود می‌آید که موجب نقص در سرعت و هماهنگی‌های ظریف گفتاری (یا به عبارتی دیگر لکنت زبان) می‌گردد اگرچه پس از گذشت یک‌دهه تئوری‌های تازه‌تری جای آن را گرفت. برطبق تئوری پس‌نورد شنوایی تأخیری (The delayed Auditory feedback theory) شنیده شدن همزمان گفتار سبب نوعی شکست یا گسیختگی گفتار در بعضی افراد شده که به لکنت شبیه بوده و عمدتاً به شکل تکرار صداها و سیلابهاست. با توجه به این که اغلب افراد مبتلا به لکنت زبان موقع دریافت صوت سفید (white noise) روان‌تر صحبت می‌کنند می‌توان دریافت که ماسکه کردن صدا این امکان را فراهم

روشهای درمانی رایج عبارتند از

۱- پرورش تفکر زبانی نظری

این روش برای افراد ۷-۳ ساله مناسبترین روش محسوب می‌شود اگرچه برای پیاده شدن آن حداقل چند هفته و غالباً چند ماه زمان لازم است ولی اثر درمانی آن قابل توجه است. تمرینهای خاص به کودک می‌آموزد که فقط چیزی را بیان کند که به روشنی در ذهن دارد یعنی باید از مطالب ساده ملموس یا مجرد به سوی مطالب پیچیده ملموس و سپس مطالب پیچیده مجرد برود (۸).

۲- روش آوایی

هدف ایجاد هماهنگی بین جریان کلام، جریان بازدم و ساختار موزون و آهنگین جمله است. این تمرینها را باید با تمرینهای انبساط عضلات توأم کرد به نحوی که فرد مبتلا به لکنت بتواند در حین تکلم عضلات خود را مانند یک فرد عادی منبسط کند (۹).

۳- روان درمانی

این روش هنگامی لازم است که بیمار علناً از موانع و مشکلات روانی رنج می‌برد و فشار و کشمکش‌های روانی را که آرامش درونی را سلب می‌کند در درون خود و یا در اطرافش متحمل می‌شود. روان درمانی حالت آرامشی را در بیمار به وجود می‌آورد که موجب برطرف شدن گرفتگی زبان می‌شود (۱۰).

را همانند سایر همسالان خود کسب نماید. در مجموع نکات زیر به اختصار پیرامون لکنت و افراد مبتلا به آن قابل ذکر می‌باشد:

۱- پسرها بیشتر از دخترها دچار لکنت می‌شوند. این نسبت ۴ یا ۳ پسر در مقابل ۱ دختر است (۲، ۱۱).

۲- لکنت در خانواده‌هایی که یک یا چند عضو لکنتی دارند یا خانواده‌هایی که یک کودک لکنتی دارند، احتمال وقوع مجدد بیشتری دارد (۲، ۱۱).

۳- در خانواده‌هایی که فرزندان دوقلو متولد شده‌اند، احتمال بروز فرد لکنتی بیش از سایر خانواده‌هایی که فرزندانشان به طور تکی به دنیا آمده‌اند. احتمال آن که دوقلوهای همسان به لکنت مبتلا شوند بیش از دوقلوهای غیرهمسان است (۲، ۱۱).

۴- احتمالاً افراد لکنتی در مقایسه با سایرین دیرتر حرف زدن را آغاز کرده و می‌کنند (۲، ۱۱).

۵- لکنت تقریباً همیشه یکی از مسائل مربوط به دوران اولیه کودکی بوده است که معمولاً بین ۳ تا ۹ سالگی شروع می‌شود و جز در موارد معدود کمتر پیش می‌آید که نوجوانی در سنین قبل از بلوغ شروع به لکنت کند مگر این که مدت کوتاهی در بین سنین ۳ تا ۹ سالگی نشانه‌هایی از لکنت اولیه یا حتی لکنت کاملاً واضح در او دیده شود. شروع لکنت بعد از ۱۰ سالگی بسیار نادر است. البته مواردی استثنایی هم وجود دارند مثلاً آسیب مغزی که بعد از یک دوره گفتار طبیعی ایجاد شده باشد می‌تواند موجب این وضعیت بشود (۶).

REFERENCES

1. Behrman. Vaugahn. Text book of pediatrics Nelson, 15<sup>th</sup> editions, Philadelphia-W.B.Saunders. 1996. PP 44, 82, 95, 96, 1042, 1718, 1806-7.
2. Flood, James, Salus. Peter H. Language and the language arts, Enghlewood cliffs, N.J./prentice-Hall. 1984, PP 55.
3. Kaplan, Harold I. Benjamin J. Synopsis of psychialtry behavioral sciences & clinical psychiatry. Eight Edition, Williams & Wilkins. Baltimore. 1997. PP 1063, 1088-98, 1104, 1114.
4. Norman J. Lass-Speech, language and Hearing, Philadelphia-Sanders. 1992, PP 20, 644, 678-9.
- ۵- پیشون، ادوارد. بول، سوزان. (لکنت زبان و ماهیت و درمان آن)، ترجمه الما داوودیان، تهران- نشر دانشگاهی، ۱۳۶۵، صفحه ۵۱ و ۸۶-۹۱.
- ۶- آیزنسون، جان. (اختلالات زبان و گفتار در کودکان). ترجمه حمید علیزاده، تهران- ناشر رشد، ۱۳۷۳، صفحه ۱۰۸-۱۰۹.

- ۱۳۶۵، صفحه ۲۱، ۲۸، ۳۵.
- ۱۰- گروسی پولو، نانسی. (سی درس برای درمان لکنت زبان) ترجمه یاور دهقان، تهران - نشر رشد، چاپ هشتم، ۱۳۶۸، صفحه ۲۴-۳۴.
- ۱۱- وت، رابرت. اسنسون، جان. (لکنت زبان، ماهیت و علل ایجادکننده و درمان). ترجمه توحید شیخ منزله، تهران - تایماز. ۱۳۷۲، صفحه ۲۹-۳۴.
- ۷- این ورشار، استانلی. (کودک و لکنت زبان) ترجمه دکتر غلامعلی افروز، تهران - نشر کوبه. ۱۳۶۹، صفحه ۱۳۹-۱۳۲.
- ۸- وت، گیل. نوبی، گوون. (راهنمای درمان لکنت زبان). ترجمه ناهید عظیمی، تهران تایماز، ۱۳۶۴، صفحه ۳۹، ۵۱-۴۸.
- ۹- ریبر، وان. (روشهای درمانی لکنت). ترجمه بهرام شاهی، تهران - نشر رشد،