

مقایسه کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت با افراد سالم

هیوا محمدی^{۱*}؛ منصور رضایی^۲؛ شنو مرادی^۳؛ ماریه بارانی^۳؛ صدیق بدری^۳؛ عطاء حیدری^۴

چکیده

زمینه: بر اساس گزارش‌های موجود، لکنت به‌عنوان یک اختلال مزمن، تأثیر منفی اساسی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. با این وجود وضعیت کلی کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت نسبت به سایر موضوعات، کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بین افراد مبتلا به لکنت و گروه سالم انجام شد. روش‌ها: در یک مطالعه مقدماتی از نوع مورد-شاهدی، جنبه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط کیفیت زندگی بین ۵۹ بیمار مبتلا به لکنت و ۷۳ فرد سالم در کرمانشاه مقایسه شد. میزان همبستگی کیفیت زندگی با شدت لکنت در گروه مبتلا به لکنت بررسی شد. از گونه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQoL-BREF)، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و فرم خودگزارش دهی ۷ نقطه‌ای شدت لکنت جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های T مستقل، U مان-ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن در محیط نرم‌افزار SPSS 16 تحلیل شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت در جنبه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی پایین‌تر از افراد سالم بود اما این اختلاف تنها در حیطه سلامت جسمانی معنادار بود ($P=0/008$). بین شدت لکنت و حیطه‌های سلامت جسمانی ($P=0/015$)، سلامت روانی ($P=0/004$) و سلامت محیط ($P=0/002$)، همبستگی منفی معنادار به‌دست آمد. نتیجه‌گیری: افراد بزرگسال مبتلا به لکنت، در مقایسه با گروه سالم، امتیاز پایین‌تری در حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی کسب کردند. یافته مذکور این فرضیه را مطرح می‌سازد که در مقایسه با دیگر جنبه‌ها، جنبه‌های جسمانی کیفیت زندگی تحت تأثیر اختلال لکنت بیشتر آسیب می‌بیند.

کلیدواژه‌ها: لکنت، کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روان

«دریافت: ۱۳۹۱/۳/۸ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۷»

۱. مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد روانسر

۴. گروه شنوایی‌شناسی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی همدان

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، تلفن: ۰۸۳۱-۸۳۹۳۱۵۷

Email: hiwa.mohamadi@gmail.com

مقدمه

زندگی می‌گذارد. زمانی که افراد به چگونگی حرف زدن بیش از پیامی که قرار است منتقل شود توجه کنند، آنگاه بسیاری از فعالیت‌های روزمره لذت‌بخش نخواهد بود و این دقیقاً وضعیتی است که در اختلال لکنت ایجاد می‌شود (۴). افراد بزرگسال مبتلا به لکنت به‌طور مداوم سطح بالایی از اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند (۵).

لکنت اختلالی غیرارادی در روانی گفتار است (۱). به‌دلیل ماهیت غیرارادی و مشکل‌زا بودن لکنت از نظر اجتماعی، این اختلال تأثیر بالقوه منفی روی سلامت روان و سلامت عاطفی فرد مبتلا می‌گذارد (۲ و ۳). گزارش شده است که ناتوانی‌های ارتباطی، تأثیر منفی بر کیفیت

چندبعدی است به مرور زمان محققان را متقاعد کرده است تا همزمان با بررسی و ثبت علایم گفتاری لکنت به بررسی تأثیرات گسترده‌تر اختلال بر سایر جنبه‌های زندگی افراد مبتلا مانند کیفیت زندگی پیراژند (۱)، چرا که مشابه بیماری‌های مزمن دیگر، فهم و شناخت کیفیت زندگی در افراد لکنتی جهت درمان موفقیت‌آمیز و درازمدت این اختلال بسیار مهم است (۱۳).

نگاهی به مطالعات گذشته نشان می‌دهد که بیشتر آن‌ها از مفاهیم خیلی محدود جهت بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت استفاده کرده‌اند. بیشتر این مطالعات کیفیت زندگی را با تمرکز بر جنبه‌های مختلف زندگی که امکان تأثیرپذیری بیشتری از لکنت دارند مانند عملکردهای مدرسه، انتخاب شغل (۱۴)، ارتباط با معلمان و همکلاسی‌ها، عملکرد فرد در محیط مدرسه و کار (۴) ارزیابی کرده‌اند. جستجوها نشان می‌دهد که پژوهش‌های اندکی در سطح دنیا موجود است که رابطه اختلال لکنت و میزان و چگونگی تأثیر آن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا را به‌طور سیستماتیک مطالعه کرده باشد.

Craig و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ۲۰۰ فرد بزرگسال مبتلا به لکنت و مقایسه آن‌ها با ۲۰۰ فرد سالم با استفاده از ابزار SF-36 نتیجه گرفتند که جنبه‌های سرزندگی (Vitality)، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان کیفیت زندگی به‌طور منفی تحت تأثیر اختلال لکنت قرار می‌گیرد. همچنین نتایج آن‌ها نشان داد که هر چه شدت لکنت بیشتر باشد عملکرد عاطفی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در این مطالعه نویسنده‌گان تفاوتی بین دو گروه مبتلا به لکنت و سالم از نظر جنبه‌های خطر سلامت (Health Risk) گزارش نکردند. گروه مبتلا در عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی، درد و سلامت عمومی مشابه گروه سالم بودند. همچنین بسامد ناروانی‌ها که در آن مطالعه با درصد جهاهای لکنت شده (SS%) سنجیده شد هیچ‌گونه همبستگی با حیطه‌های کیفیت زندگی نداشت (۱).

Andrade و همکاران در مقایسه ۲۰ فرد بزرگسال

تجربه لکنت ممکن است واکنش‌های منفی شناختی و رفتاری در فرد لکنتی و محیط پیرامون او ایجاد کند. این تجارب ممکن است باعث ایجاد محدودیت اساسی در توانایی فرد جهت شرکت در فعالیت‌های روزمره شود و تأثیر منفی بر کیفیت کلی زندگی او بگذارد (۶). لکنت همچنین موانع زیادی را در محیط کار برای افراد مبتلا ایجاد می‌کند (۷). با این وجود وضعیت کلی کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت در مقایسه با موضوعاتی مانند نشانه‌شناسی این اختلال، کم‌تر مورد مطالعه قرار گرفته است. این مسأله زمانی جلب توجه می‌کند که بدانیم تقریباً ۱ درصد جمعیت هر جامعه به لکنت مبتلا هستند (۲) و این افراد واکنش‌های رفتاری و شناختی منفی زیادی را تجربه می‌کنند (۶).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ تندرستی را با تأکید بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل جسمانی، روحی و اجتماعی تعریف کرد. بر اساس این تعریف، سلامت تنها عدم وجود بیماری نیست و بر همین اساس لازم شد تا اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی نتایج مداخلات درمانی تنها به شاخص‌های کمی فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد و وضعیت سلامت افراد به‌طور کامل در نظر گرفته شود (۸). بر این اساس سازمان مذکور، کیفیت زندگی را به‌عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی، فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و استانداردهای خود تعریف می‌کند (۹). کیفیت زندگی ساختاری است که به‌طور ایده‌آل، سلامت را از دیدگاه چندبعدی شامل جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی ارزیابی می‌کند. این روش برداشت و ادراک ذهنی فرد در مورد زندگی و سلامت خود، اولویت‌های زندگی و تأثیرات بیماری مانند هزینه‌های اجتماعی-اقتصادی را ارزیابی می‌کند (۱۰) و (۱۱). بنابراین کیفیت زندگی کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (۱۲).

مشخص شدن این واقعیت که لکنت یک اختلال

اختلال آن‌ها حداقل توسط دو نفر کارشناس گفتاردرمانی، تشخیص داده شده و به این منظور تحت درمان بودند. در مقابل این افراد که به‌عنوان گروه مورد در مطالعه شرکت داشتند، تعداد ۷۳ نفر فرد سالم به‌عنوان گروه کنترل و به‌روش هم‌تاسازی از نظر متغیرهای سن، جنس، شغل، درآمد و وضعیت تأهل، جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم رضایت آزمودنی و ابتلا به هر نوع بیماری شناخته‌شده در زمان اجرای پژوهش بود.

جهت بررسی کیفیت زندگی در پژوهش حاضر از فرم کوتاه‌گونه ایرانی پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بررسی می‌کند. هر یک از حیطه‌های مذکور به‌ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال هستند. پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد و دو سؤال اول آن به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق نداشته و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در هر حیطه، امتیازی معادل ۲۰-۴ به دست می‌آید که قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ است و در آن هرچه امتیاز پایین‌تر باشد نشان‌دهنده بدتر بودن کیفیت زندگی است (۱۷).

در حیطه سلامت جسمانی، مواردی چون فعالیت‌های روزمره، وابستگی به کمک‌های درمانی و پزشکی، خستگی، درد و عدم راحت بودن، ظرفیت کار، خواب و استراحت مدنظر قرار می‌گیرد. در حیطه سلامت روانی مسائلی مانند احساسات مثبت و منفی، تصور از خود، اعتماد به نفس، اعتقادات فردی، تفکر، حافظه و یادگیری بررسی می‌شود. در بعد روابط اجتماعی نیز روابط شخصی و فعالیت‌های اجتماعی موردنظر است. در نهایت حیطه سلامت محیط مواردی چون منابع مالی، امنیت و آزادی، مراقبت اجتماعی و سلامت، محیط خانه، فرصت‌های دریافت اطلاعات و مهارت‌های جدید و

مبتلا به لکنت و ۲۰ فرد همسان شده گزارش کردند که لکنت شدید و متوسط، تأثیر منفی روی کیفیت زندگی دارد (۱۵). Klompas & Ross کیفیت زندگی را در گروه کوچکی از بزرگسالان مبتلا به لکنت با استفاده از یک اندازه‌گیری چندگانه شامل وضعیت اشتغال، اعتماد به نفس، وضعیت تأهل، ازدواج و خانواده و عملکرد اجتماعی و عاطفی بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان داد که لکنت تأثیر منفی روی کیفیت ازدواج و دینامیک خانواده نمی‌گذارد اما روی ثبات عاطفی و اعتماد به نفس تأثیر منفی دارد (۴). Bramlett و همکاران در مطالعه‌ای گزارش کردند که کیفیت زندگی به‌طور منفی تحت تأثیر اختلال لکنت قرار می‌گیرد. آن‌ها نشان دادند که کیفیت زندگی در گروه مبتلا به لکنت شدیدتر بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۲). Koedoot و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای بر روی ۹۱ بزرگسال مبتلا به لکنت با استفاده از Health Utility Index 3 (HUI3) گزارش کردند که لکنت متوسط تا شدید، تأثیر منفی بر روی کیفیت کلی زندگی می‌گذارد. حیطه‌های گفتاری، عاطفی، شناختی و درد بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته بودند (۱۶).

در سطح کشور نیز ظاهراً این مسأله مهم در مورد اختلال مزمن لکنت هنوز جدی گرفته نشده و مرور پژوهش‌های انجام شده داخلی به‌وضوح جای خالی این نوع بررسی‌ها را نشان می‌دهد به‌طوری‌که تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نشده است. بنابراین مطالعه حاضر به‌عنوان اولین گام و با هدف بررسی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در افراد مبتلا به لکنت و مقایسه این گروه با افراد عادی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر یک مطالعه مقدماتی از نوع مورد-شاهدی بود. تعداد ۵۹ فرد مبتلا به لکنت از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز گفتاردرمانی شهر کرمانشاه به‌روش نمونه‌گیری آسان جهت شرکت در پژوهش دعوت شدند. تمام افراد مذکور کسانی بودند که

شدید برآورد کردند (۱۹). در ادامه ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی در دو گروه مورد و شاهد با استفاده از آزمون T مستقل و آزمون ناپارامتری U مان ویتنی مقایسه شد. همچنین میزان همبستگی بین نمره ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی و شدت لکننت با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد. متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه با استفاده از آزمون کای‌اسکویر و آزمون دقیق فیشر مقایسه شد. نرمال بودن توزیع متغیرها نیز با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در محیط نرم‌افزاری SPSS 16 انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مبتلا به لکننت ۲۰/۳ سال با انحراف معیار ۷/۶ سال بود. این میزان در گروه کنترل ۲۱/۵ سال با انحراف معیار ۷/۷ بود. نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان می‌دهد که دو گروه از لحاظ متغیر سن با هم اختلاف معنادار ندارند ($P=0/627$). مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی جنس، شغل، تحصیلات و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌اسکویر و دقیق فیشر، تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد ($P>0/05$) (جدول ۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی همسان هستند.

محیط فیزیکی مانند آلودگی، آب و هوا، سر و صدا و ترافیک را بررسی می‌کند (۱۸).

این پرسشنامه توسط نجات و همکاران به فارسی برگردانده شده است. این پژوهشگران در یک مطالعه مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای را برای این پرسشنامه در حیطه‌های سلامت فیزیکی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین در این مطالعه آلفای کرونباخ چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط در ۷۰۰ نمونه سالم و ۴۶۷ فرد بیمار محاسبه شد. در حیطه سلامت جسمانی، آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ۰/۷۲، در حیطه سلامت روانی ۰/۷۳ و ۰/۷۰، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ۰/۵۲ و در حیطه سلامت محیط ۰/۸۴ و ۰/۷۲ به ترتیب برای افراد سالم و بیمار گزارش شد. مقدار این شاخص بین مجموع چهار حیطه در گروه سالم و بیمار به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۷ به دست آمد (۱۷).

در مرحله اجرای پژوهش، دو گروه ابتدا پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سؤالاتی در مورد سن، جنس، سطح تحصیلات و تأهل را تکمیل کردند. سپس به گونه ایرانی پرسشنامه WHOQOL-BREF پاسخ گفتند. همچنین گروه مورد شدت لکننت خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از گزینه بدون لکننت تا لکننت خیلی

جدول ۱- مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه مبتلا به لکننت و گروه شاهد

P value	گروه شاهد		گروه مورد		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۶	۷۹	۵۸	۸۳	۴۹	مرد
	۲۱	۱۵	۱۷	۱۰	زن
۰/۰۶۹	۷	۴	۳	۲	دانشگاهی
	۹۳	۶۸	۹۷	۵۷	دیپلم
۰/۰۹۸	۵۳	۳۴	۶۱	۳۶	دانش‌آموز و دانشجو
	۴۷	۳۹	۳۹	۲۳	غیره
۰/۵۰۷	۸۲	۶۰	۸۶	۵۱	مجرد
	۱۸	۱۳	۱۴	۸	متاهل

جسمانی با هم تفاوت معنادار دارند ($P=0/008$). امتیاز گروه کنترل در حیطه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی بیشتر از گروه مبتلا به لکنت بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۲).

نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که حیطه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط با شدت لکنت تعیین شده توسط فرد مبتلا دارای رابطه همبستگی منفی معنادار هستند (جدول ۳).

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیرهای سلامت جسمانی و سلامت محیط نرمال است ($P>0/05$). بنابراین مقایسه این دو متغیر با استفاده از آزمون T مستقل انجام شد. مقایسه دو حیطه دیگر کیفیت زندگی شامل سلامت روان و رابطه اجتماعی به دلیل نرمال نبودن توزیع متغیرها ($P<0/05$) با استفاده از آزمون U مان ویتنی انجام شد. نتایج حاصل از این مقایسه‌ها نشان داد که دو گروه تنها در حیطه سلامت

جدول ۲- مقایسه میانگین حیطه‌های کیفیت زندگی بین گروه مبتلا به لکنت (مورد) و گروه سالم (کنترل)

P value	گروه شاهد		گروه مورد		حیطه‌های کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
0/008	11/66	69/88	11/81	64/19	سلامت جسمانی
0/182	12/4	64/31	15/79	60/84	سلامت روان
0/741	16/05	65/4	15/33	64/96	روابط اجتماعی
0/837	13/61	57/31	14/13	57/82	سلامت محیط

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که امتیاز گروه کنترل در سه حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی بیشتر از امتیاز گروه مبتلا به لکنت است، اما این اختلاف تنها در حیطه سلامت جسمانی معنادار بود. متأسفانه محدود بودن مطالعات موجود، امکان مقایسه نتایج حاضر را مشکل می‌سازد. از طرفی مطالعات اندک موجود، هرکدام از ابزار و روش متفاوتی در بررسی خود استفاده کرده‌اند. با این وجود، نتیجه مذکور تا حدی با یافته‌های Craig و همکاران (۲۰۰۹) متفاوت است. این پژوهشگران با استفاده از آزمون SF-36 تفاوتی بین دو گروه مبتلا به لکنت و سالم از نظر جنبه‌های سلامت جسمانی، نقش فیزیکی، درد و سلامت عمومی و خطرات سلامت گزارش نکردند اما گروه مبتلا به لکنت در مطالعه آن‌ها امتیاز کم‌تری در عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی،

جدول ۳- نتایج همبستگی حیطه‌های کیفیت زندگی با شدت لکنت

متغیرها	شدت لکنت
سلامت جسمانی	همبستگی اسپیرمن -0/331 *
	P value 0/015
سلامت روانی	همبستگی اسپیرمن -0/386 **
	P value 0/004
روابط اجتماعی	همبستگی اسپیرمن -0/272
	P value 0/061
سلامت محیط	همبستگی اسپیرمن -0/414 **
	P value 0/002

* همبستگی در سطح 0/01 معنادار است.

** همبستگی در سطح 0/05 معنادار است.

درمان و مداخله می‌دانند و اختلال لکنت، تأثیر مستقیم بر کیفیت خواب و بیداری و میزان راحت بودن جسمانی آن‌ها می‌گذارد. به‌هرحال و با وجود اختلافات گزارش شده به‌نظر می‌رسد که پژوهش در این حیطه کاملاً نوپا است و با گزارش‌ها و مطالعات موجود نمی‌توان به روشنی تحلیل درستی از کیفیت زندگی بیماران لکنتی ارائه داد.

نتیجه دیگر مطالعه حاضر نشان داد که سه حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط کیفیت زندگی با شدت لکنت ادراک شده توسط افراد مبتلا همبستگی منفی معنادار دارد. به تعبیر دیگر، فرد هرچقدر لکنت خود را شدیدتر بداند کیفیت زندگی او در سه حیطه فوق پایین‌تر خواهد بود. این یافته نیز با گزارش Craig و همکاران متفاوت است. این پژوهشگران ارتباط مشخصی بین شدت لکنت و حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی گزارش نکردند (۱). بر خلاف Craig و همکاران، Bramlett و همکاران گزارش کردند که هرچه شدت لکنت بیشتر باشد کیفیت زندگی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۱). Andrade و همکاران و Koedoot و همکاران گزارش کردند که کیفیت زندگی تنها تحت تأثیر لکنت متوسط و شدید قرار می‌گیرد (۱۵ و ۱۶). گزارش‌های مذکور با نتایج مطالعه حاضر مشابه است.

نتیجه‌گیری

هرچند امتیاز جنبه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی تحت تأثیر اختلال لکنت، در گروه مبتلا به این اختلال کم‌تر از گروه شاهد بود اما اختلاف دو گروه تنها در حیطه سلامت جسمانی معنادار بود. نتایج نشان داد که هرچه شدت لکنت ادراک شده توسط فرد مبتلا بیشتر باشد کیفیت زندگی در جنبه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت محیط پایین‌تر است. انجام مطالعات مشابه در گروه‌های سنی مختلف، با ابزارهای استاندارد موجود و نیز با حجم نمونه بیشتر توصیه می‌شود. حجم کم نمونه و

ایفای نقش و سرزندگی نسبت به گروه سالم کسب کردند (۱). توجه به نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که دو گروه مورد مطالعه ما تفاوت معناداری در حیطه‌های سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط با هم نداشتند و این کاملاً با یافته‌های Craig و همکاران متفاوت است. دلیل این تفاوت را می‌توان در تفاوت ابزارهای به‌کاررفته و گروه سنی متفاوت شرکت‌کنندگان دانست. همان‌طور که ذکر شد ابزار مورد استفاده ما در پژوهش حاضر WHOQOL-BREF بوده در صورتی که در پژوهش Craig و همکاران از ابزار SF-36 استفاده شده و این می‌تواند منشأ بسیاری از تفاوت‌ها باشد. همچنین میانگین سنی افراد مورد مطالعه پژوهش حاضر برای گروه مورد و شاهد به‌ترتیب ۲۰ و ۲۱ سال بوده در حالی که میانگین سنی گروه مبتلا به لکنت و سالم در پژوهش مورد بحث به‌ترتیب ۴۵ و ۴۷ سال بوده است. بدون شک افزایش سن در ادراک و برداشت فرد لکنتی از اختلال خود تغییر ایجاد می‌کند به‌گونه‌ای که ماهیت اختلال در طول دوره‌های مختلف زندگی متفاوت است (۴). گروه سنی مطالعه ما در دوران آغاز جوانی بوده و معمولاً مسایل و مشکلات مربوط به اشتغال و روابط اجتماعی وسیع را هنوز تجربه نکرده‌اند در صورتی که گروه سنی مطالعه مورد بحث، سال‌ها در روابط اجتماعی و شغلی و عاطفی درگیر بوده و احتمال دارد این درگیر بودن باعث تغییر ادراک آن‌ها نسبت به ماهیت اختلالشان در طول زمان شده باشد. یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه تأثیرپذیری کیفیت زندگی با نتایج مطالعاتی که گزارش کرده‌اند کیفیت زندگی به‌طورکلی از لکنت تأثیر منفی می‌پذیرد (۱۱ و ۱۵) مشابه است. مطالعه Koedoot و همکاران نیز مشابه مطالعه حاضر نشان داد که جنبه سلامت جسمانی نیز می‌تواند تحت تأثیر لکنت قرار گیرد (۱۶). تأثیرپذیری بیشتر حیطه سلامت جسمانی کیفیت زندگی در مقایسه با جنبه‌های دیگر آن در مطالعه حاضر می‌تواند تأکیدی بر این قضیه باشد که افراد مبتلا حداقل در سنین ابتدای جوانی، خود را به‌عنوان یک بیمار نیازمند

روش نمونه‌گیری در دسترس از محدودیت‌های پژوهش حاضر است که احتمال دارد نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین احتمال دارد کیفیت زندگی افراد مبتلا به لکنت تحت تأثیر فرآیند درمان قرار گرفته باشد که موردی غیرقابل اجتناب است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران مسأله کیفیت زندگی را به‌عنوان ابزاری جهت اندازه‌گیری نتایج مداخله در نظر بگیرند.

References

1. Craig A, Blumgart E, Tran Y. The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *J Fluency Disord.* 2009;34(2):61-71.
2. Bloodstein O, Bernstein Ratner N. *A handbook of stuttering.* 6th ed. New York: Thomson Delmar Learning. 2008.
3. Craig A, Tran Y. Fear of Speaking: chronic anxiety and stammering. *Advanced in Psychiatric Treatment.* 2006;12:63-8.
4. Klompas M, Ross E. Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. *J Fluency Disorders.* 2004;29(4):275-305.
5. Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies R. Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *J Fluency Disord.* 2004;29(3):201-12.
6. Yaruss JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *J Fluency Disord.* 2006;31(2):90-115.
7. Klein JF, Hood SB. The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *J Fluency Disord.* 2004;29(4):255-73.
8. Fayers PM, Machin D. *Quality of Life Assessment, Analysis and interpretation.* London: John Willy. 2000.
9. World Health Organisation. WHOQOL study protocol: The development of the WHO Quality of Life Assessment Instrument, MNH/PSF/93.9. Geneva: Division of Mental Health. 1993.
10. Cummins RA. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res.* 2005;49(Pt 10):699-706.
11. Bramlett RE, Bothe AK, Franic DM. Using preference-based measures to assess quality of life in stuttering. *J Speech Lang Hear Res.* 2006;49(2):381-94.
12. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(1):1-12.
13. Craig A. Editorial: the association between quality of life and stuttering. *J Fluency Disorders.* 2010; 35(3): 159-60.
14. Hayhow R, Cray AM, Enderby P. Stammering and therapy views of people who stammer. *J Fluency Disord.* 2002;27(1):1-16; quiz 16-7.
15. Andrade CR, Sassi FC, Juste FS, Ercolin B. Quality of life of individuals with persistent developmental stuttering. *Pro Fono.* 2008;20(4):219-24.
16. Koedoot C, Bouwmans C, Franken MC, Stolk E. Quality of life in adults who stutter. *J CommunDisord.* 2011;44(4):429-43.
17. Nejat S, Montazeri A, HolakouieNaieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version] [Article in Persian] *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2006;4(4):1-12.
18. WHOQOL group. WHOQOL-BREF. Introduction, Administration and scoring. Field Trial version, World Health Organization, Geneva. 1996; 12.
19. Guitar B. *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment.* 3rd ed. Lippincott William & Wilkins. 2005; 191.