



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مجموعی آزمون‌های کنش‌پریشی
دهانی و کلامی برای بزرگسالان

*Oral and verbal apraxia
tests for adults*

دکتر فریبا یادگاری

سرسنبله	: یادگاری، فریبا، ۱۳۴۲ -
عنوان و نام پدیدآور	: مجموعه آزمایش‌های کنش‌پیرشی دهانی و کلامی برای بزرگسالان Oral and verbal apraxiatasks for adults
مشخصات نشر	: نویسنده فریبا یادگاری.
مشخصات ظاهری	: تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۲.
شابک	: جدول.
وضعیت فهرست نویسی	: ۹۷۸-۶۰۰-۶۴۴۲-۱۱-۲
یادداشت	: فیبا
موضوع	: واژه‌نامه.
موضوع	: کنش‌پیرشی
شناسه افزوده	: گفتار - نارسایی‌ها
رده بندی کنگره	: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
رده بندی دیویی	: ۱۳۹۲ ی ۲۹۴/۵۹۹
شماره کتابشناسی ملی	: ۶۱۶/۸۵۵۲
	: ۲۳۷۴۲۴۶



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نام کتاب: مجموعه آزمایش‌های کنش‌پیرشی دهانی و کلامی برای بزرگسالان

نویسنده: دکتر فریبا یادگاری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۴۴۲-۱۱-۲

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۱۵۰۰۰۰ ریال

نوبت چاپ: اول

سال انتشار: ۱۳۹۲

ناشر: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نشانی: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفکس: ۲۲۱۸۰۰۸۱

با قدردانی از همکاری

- ویراستار صوری و زبانی: مؤسسه ویراستاران حرفه‌ای پارس، سجاد محمّدی، مریم بلور
- صفحه‌آرا: گروه گرافیکی ارشیا • هماهنگی و نظارت: پرستو تاجیک
- کنترل فنی صفحه‌آرایی: سیدمحمد موسوی خطاط • طراحی جلد: گروه گرافیکی ارشیا

همه حقوق نشر برای ناشر محفوظ است؛ هرگونه استفاده از متن به هر صورتی در قالب کتابچه، جزوه، تهیه CD آموزشی، تهیه نرم‌افزار، استخراج آزمون، ترجمه به دیگر زبان‌ها و استفاده از مطالب کتاب، اشکال، تصاویر و... بدون اجازه کتبی از ناشر غیر قانونی است.

به نام خداوند جان و خرد

این کتاب برگرفته از سه پایان‌نامه با عناوین و مشخصات زیر است که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده‌اند: «ارزیابی علائم آپراکسی گفتار و دهانی در بیماران دچار سکته مغزی ایسکمیک نیمکره چپ»، فاطمه ملایی (مقطع کارشناسی)، استاد راهنما: فریبا یادگاری، ۱۳۸۹؛ «بررسی شدت کنش‌پریشی دهانی و کلامی و میزان هم‌بستگی آن‌ها در بیماران مبتلا به سکته مغزی مکرر»، مریم فرشادتی دیزج (مقطع کارشناسی‌ارشد)، استاد راهنما: فریبا یادگاری، ۱۳۸۹؛ «شناسایی و مقایسه زیرساخت‌های عصبی استخوان‌بندی در بزرگسالان فارسی‌زبان دارای کنش‌پریشی دهانی، کلامی و نوشتاری»، فریبا یادگاری (مقطع دکترا)، استاد راهنما: مجتبی عظیمیان، ۱۴۰۰.

قدردانی

نویسنده لازم می‌داند از افراد زیر که بدون کمک آن‌ها، هرگز نگرفتیم این کتاب قادر نبوده است، سپاسگزاری کند: از آقایان دکتر مجتبی عظیمیان و دکتر مهدی رهگذر به خاطر راهنمایی‌ها و مشاوره‌های ارزشمندشان؛ از آقایان دکتر مسعود صالحی، دکتر اکبر بهرینی، دکتر عباس پورشهباز، محمدرضا هاتقی و خانم‌ها مریم فرشاد، فاطمه ملایی، هدی موزونی، طایفه ظریفی و آذر مهری، شریفه یونسین، سهیلا هجرتی، آرزو مشایخی، ریحانه بهرامی، مریم ملکیان و سیمین براسی‌زواره، به سبب همکاری‌ها و همراهی‌های بی‌دریغشان و از تمامی عزیزانی که به عنوان آزمودنی، در مراحل مختلف پژوهش‌های مرتبط با کتاب، همکاری کرده‌اند.

فهرست

عنوان	صفحه
پیش‌گفتار	۱
مقدمه	۲
فصل اول: آزمایش کنش پریشی دهانی	۹
۱-۱- چگونگی تدوین آزمایش	۹
۲-۱- روایی و پایایی آزمایش کنش پریشی دهانی	۱۰
۱-۲-۱- روایی محتوایی	۱۰
۲-۲-۱- روایی ملاکی پایایی نیمه و ثبات درونی	۱۰
۳-۱- ساختار و شیوه اجرا و نمره‌گذاری	۱۲
۱-۳-۱- برگه آزمایش کنش پریشی دهانی	۱۳
۱-۳-۲- ملاک‌های خطا	۱۴
۱-۴- نقاط برش و مقیاس شدت	۱۴
۱-۵- تفسیر نتایج آزمایش	۱۵
فصل دوم: آزمایش کنش پریشی کلامی	۱۷
۱-۲- چگونگی تدوین آزمایش	۱۷
۲-۲- روایی و پایایی آزمایش کنش پریشی کلامی	۱۷
۱-۲-۲- روایی ملاکی و پایایی دو نیمه و ثبات درونی	۱۸
۲-۳- ساختار، شیوه اجرا و نمره‌گذاری	۱۹
۱-۲-۳- برگه آزمایش کنش پریشی کلامی	۲۰
۲-۳-۲- ملاک‌های خطا	۲۴
۲-۴- نقاط برش و مقیاس شدت	۲۵
۲-۵- پیوست‌های آزمایش کنش پریشی کلامی	۲۶
فصل سوم: آزمایش تکمیلی کنش پریشی کلامی	۳۷

۳۷	۱-۳- چگونه تدوین آزمایه.....
۳۷	۲-۳- ساختار و شیوه اجرا.....
۳۷	۱-۲-۳- برگه آزمایه تکمیلی کنش‌پیشی کلامی.....
۴۲	۲-۲-۳- معیارهای تحلیل خطا.....
۴۲	۳-۳- پیوست آزمایه تکمیلی کنش‌پیشی کلامی.....
۴۳	منابع.....
۴۵	واژه‌نامه (انگلیسی به فارسی).....
۴۶	واژه‌نامه (فارسی به انگلیسی).....
۴۷	واژه‌یاب.....

پیش گفتار

آزمایه‌های ارائه‌شده در این کتاب، تلاشی است برای پاسخ‌گویی به نیاز استانداردسازی در نحوه ارزیابی کنش‌پریشی دهانی و کلامی در بیماران بزرگ‌سال مبتلا به ضایعه مغزی. آسیب‌های دهان گفتار و زبان به‌خوبی با دغدغه تشخیص افتراقی انواع اختلالات گفتار و زبان در کلینیک‌ها، گفتاردرمانی آشنا هستند. نگارنده با هدف تولید مجموعه‌ای از آزمایه‌های ارزیابی کنش‌پریشی، روند جمع‌آوری گویه‌ها، شناسایی انواع روش‌های ارزیابی موجود در کلینیک‌های گفتاردرمانی، بررسی روش‌های پژوهشی و بالینی مربوط به ارزیابی کنش‌پریشی را از طریق دو کار پژوهشی و در قالب این نامه‌های دانشجویی راه‌اندازی کرد. در این دو پایان‌نامه کارشناسی و کارشناسی‌ارشد، ابتدا ساختار آزمایه‌ها طراحی شد و مناسب‌بودن گویه‌های آن به لحاظ ساخت و محتوا و قابلیت اجرا در بزرگسالان سالم و آسیب‌دیده مغزی بررسی شد. سپس نگارنده در پایان‌نامه دکتری خود، به تنظیم بیشتر گویه‌ها، روشی روایی محتوا، روایی ملاکی و پایایی این آزمایه‌ها اهتمام ورزید. بدیهی است فرایند تولید این آزمایه‌ها مانند هر آزمون دیگر، فرایندی مستمر و تکاملی و پویاست. ایجاد تعاریف جدید از کنش‌پریشی، بیان نظری ارزیابی را به‌دنبال خواهد داشت که به نوبه خود، شیوه‌های جدیدتر تشخیص افتراقی کنش‌پریشی را ایجاب می‌کند. همچنین استفاده عملی از این آزمون‌ها در موقعیت‌های بالینی، ایرادهای ساختاری محتوایی آن‌ها را برای کاربران آشکار خواهد ساخت که بازخورد دادن این ایراد و ضعف‌ها، نگارنده را به‌گاهشای تغییرات مؤثر بعدی خواهد بود. نگارنده امیدوار است گامی هرچند کوچک برای استانداردسازی شیوه‌های ارزیابی اختلالات گفتار و زبان برداشته باشد همچنین هرگونه انتقاد و راهنمایی کاربر را به دیده منت می‌پذیرد.

فریبا یادگاری

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

Faribayadegari@yahoo.com

انواع اختلالات حرکتی دهانی را در حوزه آسیب‌شناسی گفتار و زبان، به سه گروه کلی تقسیم می‌کنند: کنش‌پریشی دهانی^۱ و کنش‌پریشی کلامی^۲ و گفتارفلجی^۳ (Ozsancak & Auzou, 2004: 1317-1323). اگرچه توصیف اولیه کنش‌پریشی را به استین تال^۴ (۱۸۸۱) نسبت می‌دهند، اختلال حرکتی با عنوان کنش‌پریشی و توصیف اولیه آن و شرح سازوکار عمومی خانواده کنش‌پریشی را مایکل مک‌جیوچ و برانگ^۵ (۱۹۰۰، ۱۹۰۵، ۱۹۱۳، ۱۹۲۰) می‌دانند (McGeoch & Brang, 2007: 117-118). پس از لیپمن، دسته‌بندی‌های مختلفی از کنش‌پریشی ارائه شد و معرفی کنش‌پریشی کلامی به انجمن آمریکایی گفتار و زبان توسط دارلی^۶ (۱۹۶۹)، تعریف جدیدی از مفهوم کنش‌پریشی و در واقع گفتار نشان داد. دارلی نیز همانند لیپمن پیشنهاد کرد که این اصطلاح را فقط زمانی می‌توان به کار برد که مطمئن باشیم بیمار قصد ادای کلمه‌ها و بازنمایی‌های مربوطه زبانی و توانمندی‌های حرکتی اساسی برای تولید گفتار را دارد؛ اما نمی‌تواند به‌صورت ارادی آن را به کار ببرد. دارلی، بعدها، از این اصطلاح برای توصیف اختلال برنامه‌ریزی حرکتی گفتار استفاده کرد (McNeil & Robin 2009). او اشاره نامه حرکتی را برای توصیف پیوند بین مفاهیم واجی حرکات گفتاری و دستورات حرکتی به کار برد که عضله‌های تولیدگر را هدایت می‌کند (Ziegler, 2006: 41-54). البته متخصصان دیگری و پژوهشگران، از همان ابتدا، درستی این توصیف اولیه را دستخوش پرسش‌هایی در این باره قرار دادند که آیا کنش‌پریشی کلامی برچسب تشخیصی ویژه‌ای برای اختلالی مجزا است یا صرفاً یک نام‌گذاری برای توصیف سندرم‌های شناخته‌شده زبان‌پریشی^۷ نظیر زبان‌پریشی بروکا^۸ است (Knollman-Porter, 2008: 484-493). درواقع، می‌توان دریافت که از همان ابتدای معرفی این اختلال، چگونگی ارزیابی و تشخیص افتراقی آن، موضوع سردرگم‌کننده‌ای بوده است. از آنجا که مشخصه‌های کنش‌پریشی کلامی را نمی‌توان به زبان نمادین یا به اجرای محض حرکتی نسبت داد، بلکه می‌توان به این دو قرار داد، طبقه‌بندی این اختلال، محل توافق همگانی نیست (Knollman-Porter, 2008: 484-493).

کنش‌پریشی کلامی، آسیب حرکتی ناتوان‌کننده گفتاری است که منشأ آن بین عروقی یا ناشی از زوال مغز است (Benke & Bodner, 2011: 268-275) و حاصل ضایعه‌ای در منطقه قشر پیش حرکتی قطعه پیشانی مغز چپ است (Arbib & Bota, 2003: 1237-1260). گفتار این‌گونه

1. oral apraxia

2. verbal apraxia

3. dysarthria

4. Steinthal

5. Liepmann

6. Darley

7. aphasia

8. Broca's aphasia

بیماران کز گفته،^۱ ناروانی و تقلایی،^۲ توأم با خوداصلاحی‌های فراوان و آسیب‌ناخت^۳ است. بیماران مبتلا به کنش‌پریشی کلامی هیچ‌گونه فلج یا نقایص حرکتی مربوط به عضلات تولید نشان نمی‌دهند؛ بنابراین، سازوکار آسیب در این اختلال اساساً آسیب سطح بالاتر برنامه‌ریزی حرکتی گفتار را نشان می‌دهد. کنش‌پریشی کلامی ممکن است به‌تنهایی یا با سایر اختلالات نظیر زبان‌پریشی و گفتارفلجی و نیز در دوران رشد رخ دهد (Benke & Bodner, 2011: 268-275; Yadegari & Sadrolsadat, 2001).

نشانگان کنش‌پریشی کلامی با نقایص تولیدی و آوایی مشخص می‌شود که به‌صورت خطاهای زنجیری^۴ و زبرزنجیری^۵ توأم با رفتار کورمال کردن^۶ و آزمایش و خطا نشان داده می‌شود. از آنجاکه کارکردهای حرکتی پایه‌ای حفظ شده‌اند، کنش‌پریشی کلامی به عنوان اختلال برنامه‌ریزی آوایی (حرکتی) تعریف می‌شود که سطوح عالی کنترل حرکتی گفتار تأثیر می‌گذارد (Brendel & Gerlach, 2010: 1219-1230). بیماران مبتلا به کنش‌پریشی کلامی در هماهنگ کردن حرکات متوالی تولیدی لازم برای تولید کلمات، کلمه‌ها، عبارت‌ها و جمله‌ها ناتوان هستند (Ogar & Willock, 2006: 343-350).

مشخصه‌های گفتاری کنش‌پریشی کلامی بر تعدادی از مطالعات گزارش شده است. این گزارش‌ها اغلب، بر ناهنجاری‌های تولیدی متمرکز بوده‌اند که به این اختلال مربوط است و نمونه‌های زیر را شناسایی کرده‌اند: افزایش دیرش کلمه و آکه، خطاهای زنجیری و کاهش میزان هم‌تولیدی. به علاوه، تعدادی از مطالعات، ناهنجاری‌های آوایی نظیر کشیده‌گویی مکث‌های بین‌هجایی (برای مثال دیرش‌های انسدادی^۷ و مکث‌های برنامه‌ریزی^۸)، تغییرات محدود در شدت نسبی قله^۹ در بین هجاها را گزارش کرده‌اند که به الگوهای ناهنجار تکلم^{۱۰} و ریتم می‌انجامد (Varley & Whiteside, 1998: 259-273). اگرچه بیشتر مطالعات، توصیف تعاریف کلاسیک این اختلال بر ناهنجاری‌های تولیدی متمرکز بوده‌اند، گزارش‌هایی از ناهنجاری‌های تشدید و آواسازی در کنش‌پریشی کلامی وجود داشته است (Varley & Whiteside, 1998: 259-273).

معاینه بالینی اشخاص مشکوک به کنش‌پریشی کلامی، شامل ارزیابی نیروی عضلات تولیدشده در طی حرکات غیرگفتاری است و اگر در طی این حرکات ضعفی مشاهده شود، تشخیص معمول گفتار

- | | | | |
|----------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| 1. distorted | 2. struggling | 3. self-corrections | 4. dysprosody |
| 5. segmental | 6. suprasegmental | 7. groping | 8. duration |
| 9. closure durations | 10. peak intensity | 11. stress | |

قلجی است و نه کنش‌پریشی کلامی یا شبه‌واژه‌گویی واجی.^۱ معمولاً بخشی از معیارهای تشخیصی کنش‌پریشی کلامی شامل این است که قدرت هر یک از اندام‌های تولید گفتار و وضعیت تولیدی، یعنی جایگاه تولید و سرعت حرکات در محدوده عادی قرار گیرد (McNeil & Robin, 2009).

در اینجا، باید گفت یکی از دشواری‌های تشخیص افتراقی کنش‌پریشی کلامی مربوط به شبه‌واژه‌گویی واجی است. درحالی‌که خطاهای تولید واجی، کنش‌پریشی کلامی را از شبه‌واژه‌گویی واجی متمایز نمی‌کند، احتمالاً الگوهای آوایی می‌توانند این کار را بکنند. به این معنی که خطاهای کنش‌پریشی کلامی را عموماً از نوع آوایی می‌دانند و نه واجی. بااین‌حال این موضوع همچنان محدود است.

دابل^۲ (۱۸۶۱) به بی‌پیش از پانزده رفتار کلامی و غیرکلامی پیشنهاد کرد که کنش‌پریشی کلامی را مشخص می‌کند. هر ترکیب پنج‌تایی یا بیشتر از آن، برای تشخیص کنش‌پریشی کلامی کافی است: ۱. خطاهای واجی؛ ۲. خطای واجی در جابجایی؛ ۳. خطای واجی جابه‌جایی؛ ۴. جانشینی‌های واجی؛ ۵. واکنش‌پذیری؛ ۶. جانشینی واژه‌ها؛ ۷. رفتار جست‌وجوی قابل دیدن یا شنیدن؛ ۸. تلاش‌های بی‌شمار برای رسیدن به هدف؛ ۹. خطاهای به‌شدت بی‌ثبات؛ ۱۰. افزایش خطا با افزایش طول زنجیره؛ ۱۱. خطاهای کمتر در گفتار خودکار نسبت به گفتار ارادی؛ ۱۲. مشکل قابل ملاحظه در سرکشی گفتار؛ ۱۳. به‌میان‌اندازی واژه خنثی^۳ بین هجاها یا در داخل خوشه‌های همخوانی؛ ۱۴. ناهنجاری در توصیه‌های نواختی؛ ۱۵. آگاهی از اختلال و ناتوانی در تصحیح آن‌ها؛ ۱۶. فاصله موجود بین درک و بیان. و از همین فهرست برای ایجاد مجموعه آزمون کنش‌پریشی بزرگ‌سالان^۴ استفاده کرد (Knollman-Robson, 2008).

اما پیرس^۵ (۱۹۹۱) پیشنهاد کرد که فقط سه نمونه از این پانزده رفتار، مشخصه بی‌همتای کنش‌پریشی کلامی است و آن را از خطاهای گفتاری شبه‌واژه‌گویی واجی متمایز می‌کند. این سه رفتار بی‌همتا شامل دشواری در آغازگری گفتار، به‌میان‌اندازی واژه بی‌پیشی در نواخت گفتار است. از دید او، جست‌وجوی قابل مشاهده، بسته به اینکه جست‌وجو را چگونه بررسی کنیم، برای تمایز این دو اختلال مفید است. او همچنین پیشنهاد کرد که یازده رفتار دیگر، مشخصه شبه‌واژه‌گویی واجی و کنش‌پریشی کلامی است یا در صورت جانشین کردن صداها، ممکن است علامت واضح شبه‌واژه‌گویی واجی و نه کنش‌پریشی کلامی باشد (McNeil & Robin, 2009).

- | | | | |
|-------------------------------|------------|---------------------|------------------|
| 1. phonemic paraphasia | 2. Dabul | 3. anticipatory | 4. perseverative |
| 5. transposition | 6. voicing | 7. automatic speech | 8. schwa |
| 9. Apraxia Battery for Adults | 10. Pierce | | |

به همین دلایل، پژوهش‌های اخیر بر فراهم‌سازی خطوط راهنمای تشخیصی و درمانی روشن و بدون ابهام برای متخصصان بالینی متمرکز شده است. و مباح^۱ و همکاران (۲۰۰۶) معیارهای بالینی زیر را برای تشخیص کنش‌پریشی کلامی پیشنهاد کردند: ۱. سرعت کم گفتار که به واسطه طولانی‌شدن قطعات صدا (من ماه رو می... بینم) یا دیرش‌های بین قطعات (من... ناراحت... هستم) مشخص می‌شود؛ ۲. کژگویی صداها که به تولیدهای نامفهوم منجر می‌شود؛ ۳. کژگویی صداها که به صورت جانمایی ادراک می‌شود؛ ۴. خطاهایی که به لحاظ نوع و موقعیت قرارگیری در کلمه، نسبتاً ثابت هستند مثلاً بیمار همواره قادر نیست صدای /k/ را در موقعیت اول کلمه‌ها تولید کند؛ اما می‌تواند موقعیت آخر کلمه آن را به صورت مستقل تولید نماید؛ ۵. ناهنجاری‌های نواختی؛ اغلب در تمام هجاهای یک تک‌مساوی گذاشته می‌شود و زیروبمی و نیز تغییرات بلندی کاهش می‌یابد (Knollman-Power, 2008: 484-493).

اگر به صورت نیمه‌ممنوعه^۲ کنش‌پریشی کلامی نگاه کنیم، مشخصات اصلی آن به سه حوزه تولید و نواخت و روانی گفتار مربوط می‌شوند. در حوزه تولید، برخی مشخصه‌های تولیدی رایج مشاهده‌شده در کنش‌پریشی کلامی، شامل نمونه‌های زیر است: ۱. جانمایی صداها از سایر انواع خطاهای تولید شایع‌ترند؛ ۲. صداها دوبار بهتر از سایر صداها حفظ شده‌اند؛ ۳. صداها پیچیده‌آوایی مانند سایشی‌ها و انسایشی‌ها^۳ بیشتر از سایر صداها تحت تأثیر قرار می‌گیرند؛ ۴. دشواری در به اجرا درآوردن باثبات صداها یا گفتاری دیده می‌شود؛ ۵. در هجاها و کلمه‌های بی‌معنی، خطاهای بیشتری نسبت به واحدهای معنی‌دار وجود دارد؛ ۶. خطاهای تولید در گفتار ارادی، بیشتر از گفتار خودکار مشاهده می‌شود؛ ۷. صداها کم‌بسامد ممکن است باعث افزایش خطاهای تولید شود. مشخصات نواختی که در افراد دارای کنش‌پریشی کلامی دیده می‌شود شامل این‌هاست:

۱. تقابل‌های نواختی محدود؛ ۲. اختلال نواخت؛ ۳. جداسازی هجاها؛ ۴. نواخت خارج از جایی. روانی گفتار نیز به واسطه تکرار صدا یا هجا، تلاش‌های مکرر در تولید کلمه بی‌هدف، دشواری در آغازگری گفتار و کورمال کردن برای یافتن جایگاه تولید صداها مشخص می‌شود. تشخیص‌های مختلفی از این مشخصه‌ها ممکن است در فرد دچار این اختلال رخ دهد؛ اما هیچ فرد کنش‌پریشی کلامی تمام این علائم را نشان نمی‌دهد. به علاوه، کنش‌پریشی کلامی به‌ندرت به شکل خالص رخ می‌دهد و با زبان‌پریشی یا سایر انواع کنش‌پریشی هم‌رویداد است. هم‌رویدادی زبان‌پریشی و کنش‌پریشی کلامی به‌ویژه، پرسش‌هایی را درباره ماهیت کنش‌پریشی کلامی برمی‌انگیزد. بنابراین، مواجه‌شدن با مشکلات مفهومی در مطالعه ماهیت کنش‌پریشی کلامی، در نظریه‌های بی‌شمار کنش‌پریشی کلامی، شامل آن‌هایی که

کنش‌پریشی کلامی را اختلالی زبان‌محور و نه نوعی مشکل حرکتی خالص می‌دانند، موضوع تعجب‌آوری نیست (Balasubramanian & Max, 2004: 240-246).

تلاش‌هایی نیز صورت گرفته است تا روش‌های بالینی ارزیابی و تشخیص کنش‌پریشی کلامی نقد و بررسی شود. در این جهت، مامبی^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیق خود این موضوع را بررسی کردند که تشخیص‌های بالینی آسیب‌شناسان گفتار و زبان درباره کنش‌پریشی کلامی تا چه اندازه پایایی دارد. هدف آن‌ها تعیین این بود که درمانگران گفتار و زبان تا چه حد می‌توانستند با قضاوت بالینی خود کنش‌پریشی کلامی را به‌صورت معتبر تشخیص دهند. این هدف از طریق اندازه‌گیری پایایی یک ارزیاب^۲ و بین‌ارزیاب‌ها^۳ انجام شد. در این مطالعه، از افراد دچار مشکلات ارتباطی پس از سکته، فلج‌های دهانی^۴ و چهار نفر آسیب‌شناس گفتار و زبان که به آن‌ها هیچ معیاری از کنش‌پریشی کلامی آموزش یا فرصتی برای مشورت کردن داده نشده بود، آن را بازبینی کردند. این بازبینی‌ها در آزمایشگاه^۵ و در شرایط کنترل‌شده انجام شد. در این مطالعه، ۴۲ نفر بیمار دچار اختلالات ارتباطی نظیر: بارزیشی، کنش‌پریشی کلامی و گفتارفلجی شرکت کردند و همان‌طور که گفته شد، چهار متخصص گفتار و زبان آن‌ها را انجام دادند.

وجود و شدت کنش‌پریشی از آن‌ها برآورد شد. نتایج نشان داد که پایایی یک ارزیاب برای تشخیص وجود کنش‌پریشی کلامی (ضریب کاپا از ۰/۱ تا ۱) و شدت کنش‌پریشی کلامی (کاپا از ۰/۸۴ تا ۰/۹۲) بالا بود. پایایی بین‌ارزیاب‌ها برای وجود کنش‌پریشی کلامی (کاپا ۰/۸۶) و شدت کنش‌پریشی کلامی (کاپا ۰/۷۴) نیز بالا بود. نتایج این تحقیق نشان داد که به‌رغم مجادله بر سر ماهیت و وجود کنش‌پریشی کلامی، متخصصان گفتار و زبان درباره تشخیص این اختلال توافق گسترده‌ای داشتند (Mumby & Bowen, 2007: 760-767). به‌هرحال، باید توجه داشت که در بیشتر اختلالات گفتاری، تشخیص افتراقی دغدغه مهم درمانگران است (Yamaguchi & Salehi, 2003).

درباره نوع دیگر اختلال حرکتی دهان، یعنی کنش‌پریشی دهانی، باید گفت با اینکه یکی از اختلالات بسیار شایع گروه کنش‌پریشی است، سوابق پژوهشی درباره آن بسیار پراکنده و اندک است. کنش‌پریشی دهانی یا دهانی‌چهره‌ای^۶ را می‌توان به‌صورت ناتوانی در اجرای حرکات دهانی حنجره، حلق، فک تحتانی، زبان، لب‌ها و گونه‌ها باوجود سالم‌بودن کنترل خودکار یا بازتابی این ساختارها تعریف کرد. این اختلال اغلب، با زبان‌پریشی و کنش‌پریشی کلامی هم‌رویداد است. در سوابق پژوهشی بالینی، بر درمان و بهبودبخشیدن به کنش‌پریشی دهانی تأکید چندانی نشده است؛ اما

1. Mumby

2. intra-rater reliability

3. inter-rater reliability

4. Kappa

5. orofacial or buccofacial

6. reflexive

مطالعات جدید نشان می‌دهند که اصول یادگیری حرکتی ممکن است روش‌های بهتری برای درمان انواع اختلالات کنش‌پریشی در اختیار ما بگذارد. کتز^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیق خود نشان دادند که درمان‌های مبتنی بر اصول یادگیری حرکتی، شامل روش‌های بازخورد افزوده^۲ در تکمیل درمان‌های مستقیم تحریکی و احیاکننده عملکرد، برای بیماران مبتلا به کنش‌پریشی دهانی مفید است (Katz & Carter, 2007:1230-1247).

تاکنون روش‌های مختلفی در ارزیابی کنش‌پریشی دهانی استفاده شده است. برای مثال، اوزانکاک^۳ و همکاران (۲۰۰۴)، ۴۴ بیمار مبتلا به پارکینسون با علت ناشناخته،^۴ آتروفی در چند سیستم^۵ پیش‌رونده فوق‌هسته‌ای^۶ و زوال قشری قاعده‌ای^۷ را به لحاظ وجود کنش‌پریشی دهانی بررسی کردند. از آنجا که این نویسندگان، پانتومیم کردن حرکات، طبق دستور، یکی از حساس‌ترین آزمون‌های کنش‌پریشی است، کنش دهانی در این بیماران به این صورت ارزیابی شد که دوازده حرکت را طبق دستور کلامی انجام دهند. شش نمونه از این حرکات، حرکات مجزا و منفرد بود؛ مثلاً «زبانت را بیاورد» «زبانت را ببر سمت چپ» یا «دندان‌هایت را نشان بده». چهار نمونه آن با تولید صدا همراه بود؛ مثلاً «بوس کن» یا «سوت بزن». دو حرکت نیز شامل حرکات مجزای متوالی و چندگانه بود؛ مثلاً «لب‌هایت را باد کن و سپس لب بالایت را گاز بگیر». اشکال در حرکت، زمانی خطای کنش‌پریشی می‌شد که با حرکات غیرارادی ناهنجار نظیر لرزش یا انقباض توصیف نمی‌شد (Ozsancak & Auzou, 2004: 1323-1327).

دلاسال^۸ و همکاران (۲۰۰۶) برای ارزیابی کنش‌پریشی در نقاط بالایی و پایینی صورت، از دو آزمون استفاده کردند: آزمون کنش‌پریشی بالای چهره^۹ و آزمون کنش‌پریشی پایین چهره^{۱۰}. آزمون اول از ۹ گویه و آزمون دوم از ۲۹ گویه تشکیل شده بود. گویه‌ها در گروه دشوار و آسان تقسیم می‌شدند. مثلاً «چشم‌هایت را ببند» یا «دندان‌هایت را نشان بده» جزو گویه‌های ساده و «زبانت را پشت لب پایت فشار بده» جزو گویه‌های دشوار محسوب می‌شد (Della Sala & Mastrolillo, 2006: 1159-1165). بیزوزرو^{۱۱} و همکارانش (۲۰۰۰) نیز همین دو آزمون را برای ارزیابی کنش‌پریشی چهره و دهانی استفاده کرده بودند (Bizzozero & Costato, 2000: 2213-2230).

با مرور سوابق پژوهشی، متوجه می‌شویم که در مطالعات کنش‌پریشی، آزمون‌ها روش ارزیابی خاصی که فقط ویژه کنش‌پریشی دهانی طراحی شده باشد، بسیار اندک است و معمولاً این

- | | | | |
|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|---------------|
| 1. Katz | 2. augmentative | 3. Ozsancak | 4. idiopathic |
| 5. multiple system atrophy | 6. supranuclear | 7. corticobasal | 8. Della Sala |
| 9. The Upper Face Apraxia Test | | 10. The Lower Face Apraxia Test | |
| 11. Bizzozero | | | |

کنش‌پریشی در داخل مجموعه آزمون‌های کنش‌پریشی ایده‌ای حرکتی^۱ ارزیابی می‌شود. این آزمون‌ها، کنش‌پریشی دهانی را نیز به دو شیوه ارزیابی می‌کنند: اجرای حرکت براساس دستور کلامی و تقلید حرکت از آزمونگر. دربارهٔ اینکه کدام‌یک از این دو روش در ارزیابی کنش‌پریشی دهانی معتبرند، اشاره یا تحقیق مستقیم نشده است؛ حتی هم‌پستگی این دو روش نیز بررسی نشده است.

پس از این مقدمه دربارهٔ مفاهیم و تعاریف کنش‌پریشی کلامی و دهانی، در سه فصل، ساختار آزمایش‌های کنش‌پریشی دهانی و کلامی و تکمیلی کلامی را بررسی می‌کنیم. در هر بخش، علاوه بر موضوعات مربوط به چگونگی تدوین و ساختار و پایایی و روایی آزمایش‌ها، خود آزمایش‌ها نیز به‌صورتی کاربردی ارائه شده است که متخصصان بالینی می‌توانند آن‌ها را بر روی بیماران اجرا کرده، وجود کنش‌پریشی را با معیارهای تعین‌شده و سپس با استفاده از مقیاس شدت کنش‌پریشی، شدت را بسنجند.