언어치료사의 말더듬아동 치료경험에 관한 근거이론 분석

신문자[a,§] · 최소영[b]

[a]조선대학교 언어치료학부, [b]조선대학교 대학원 언어치료학과

배경 및 목적: 말더듬 치료에서 언어치료사가 차지하는 중요성에 대한 여러 연구가 보고되어 있다. 많은 언어치료사들이 다른 말 · 언어장애군의 치료에 비해 유창성장애 치료에 더 어려움을 토로하고 있다. 이에 본 연구에서는 이러한 언어치료사의 말더듬아동 치료경험을 분석하여 중심현상과 관련요인을 살피는 것을 목표로 하였다. **방법:** 본 연구는 질적 연구방법 중의 하나인 근거이론 접근방법에 따라 언어치료사의 말더듬아동 치료 경험을 분석하였다. 연구대상은 총 다섯 명의 언어치료사였으며 심층면담을 통하여 자료를 수집하였다. **결과:** 언어치료사의 말더듬아동 치료와 관련된 경험들은 "말더듬 치료에 대한 막막함"을 중심축으로 전개되는 것으로 나타났다. 중심현상을 생성시키는 인과적 조건은 "열악한 배움 환경", "부정적 인식"이었다. 중심현상의 강도에 영향을 주는 환경적인 요소인 맥락적 조건으로는 "부모로 인한 어려움", "아동의 여건"이 작용하였다. 중심현상의 해결에 영향을 미치는 중재상황에는 "전문성 개발하기", "성공적 치료경험" 등이 작용하는 것으로 나타났다. 중심현상을 해결하기 위한 전략으로는 "성공적 치료의 모색", "치료의 포기", "치료의 회피"를 사용하는 것으로 나타났다. 언어치료사의 말더듬아동 치료경험의 유형은 "현실도전형", "현상유지형", "현실회피형"으로 분류되었다. **논의 및 결론:** 본 연구결과는 언어치료사들이 말더듬아동 치료에 막막함을 경험하고 있는 것으로 분석하였으며 이에 대한 관련요인을 분석하였다. 치료의 막막함에 대한 대처 방안은 치료 현장에서뿐 아니라 학회 및 협회차원에서 이루어져야 하고, 말더듬에 대한 사회적 편견은 국가와 사회적 측면에서 다루어질 필요가 있음을 논의하였다. 『**언어청각장애연구**』, 2012;17:201-218.

핵심어: 언어치료사, 근거이론, 말더듬아동, 언어치료 경험

§ 교신저자

신문자
조선대학교 언어치료학부 교수
광주광역시 동구 서석동 375번지
e-mail: moonjashin@chosun.ac.kr
tel.: 062-230-6187

Ⅰ. 서 론

말더듬이란 말의 흐름이 자연스럽지 못한 유창성장애 분야의 대표적인 현상이다. 유창성장애의 연구 분야에서 말더듬과 말더듬 치료에 관한 연구(고은, 2002; 남은주 · 이은주, 2011; 이경재 · 신문자, 2010; 이은주 · 심현섭, 2007)가 많은 것에 비해, 정작 말더듬 치료에서 핵심적 위치를 차지하는 치료사에 대한 연구는 국내에 거의 없는 실정이다. 많은 유창성장애 분야의 연구자들(Cooper & Cooper, 1985; Guitar, 2006; Manning, 2010; Shapiro, 1999)은 말더듬 치료의 전체 과정에서 치료사가 차지하는 위치의 중요성을 강조하였다. 예를 들면, Cooper & Cooper (1985)는 어떤 치료 전략과 기법을 사용하든 간에 치료 참여자에게서 변화를 이끌어내는데 가장 중요한 변수는 치료하고 있는 사람, 즉 치료사라고 주장하였다. 이러한 면은 특히 유창성장애 치료에서 더 부각되고 있는데 Murphy & Fitxsimons (1960)는 "치료의 성공에 영향을 미칠 수 있는 가장 중요한 하나의 변수를 꼽으라면 그건 바로 치료사"라고 하였다(p. 27). 그리고 어떤 치료 전략을 사용하는가에 상관없이 치료 프로그램이 성공적이기 위해서는 치료사의 역할이 매우 중요하다는 것에 대해 많은 연구자가 동의하고 있다(Shapiro, 1999; Van Riper, 1975; Yaruss, Quesal & Murphy, 2002). Manning (2010)은 "실질적으로 변화가 일어나기 위해 필요한 치료 기간을 결정할 때에도 치료사는 가장 중요한 위치에 있다. 아이를 양육하고 교육하고 코치할 때처럼, 유창성장애를 다룰 때 누가 안내자이고 감독자인가에 따라 치료 효과에 차이가 많다"라고 하였다(p.4). 이에 ASHA에서는 '말더듬 치료 지침(Guidelines for Practice in

■ 게재 신청일: 2012년 4월 20일 ■ 최종 수정일: 2012년 5월 24일 ■ 게재 확정일: 2012년 6월 1일

ⓒ 2012 한국언어청각임상학회 http://www.kasa1986.or.kr

Stuttering Treatment, 1995)' 을 통하여 치료 목표나 관리, 전이 및 유지뿐 아니라 유능한 치료사가 되기 위하여 갖추어야 할 특성을 강조하고, 말더듬을 다루는 치료사는 이 지침을 숙지하도록 정보를 제시한 바 있다.

특히 유창성장애 치료에는 많은 언어치료사들이 다른 장애군의 치료에 비해 어려움이 있다고 토로하고 있다. Cooper & Cooper (1991)는 언어치료사들에게 말더듬에 대한 치료사의 태도에 관한 조사 연구를 실시하였는데 12.6%의 언어치료사만이 말더듬 치료를 잘한다는 것에 답하였고, 응답자의 2.1%만이 조음장애보다 말더듬을 다루는 것이 더 편안하다고 동의하였다. 또한 Sommers & Caruso (1995)는 연구에서 대학원에서뿐 아니라 졸업 후 임상 현장에서도 유창성장애 영역의 임상 경험이 부족하다고 하였다. 이들은 석사과정 학생의 유창성장애 임상 실습시간(평균 20.2시간, 표준편차 18.7)이 언어장애(평균 104.2시간, 표준편차 52.8)나 조음음운장애(평균 77.4시간, 표준편차 56.3)보다 훨씬 적다고 보고하면서 이는 언어치료사들이 다른 의사소통장애의 치료보다 말더듬 치료를 더 까다로워하는 요인의 하나로 임상경험 시간의 부족을 들 수 있다고 지적하였다.

Kelly et al.(1997)이 만난 치료사들은 유창성장애 관련 분야 중에서도 특히 치료에 관한 실제적인 정보를 얻을 기회가 너무 적다는 점을 지적하였다. 연구에 참여한 치료사들의 39%가 학부와 대학원 과정 모두에서 치료의 임상적 측면보다는 말더듬 이론이 강조되었다고 답했다. 그리고 약 절반가량이 학부나 대학원에서 말더듬 임상 실습을 경험하지 못했다고 답하였고 다른 절반의 응답자는 자신들이 말을 더듬는 사람을 도울 준비가 되어 있지 않으며 말더듬을 다루는 기법, 정보, 경험을 원한다고 답하였다. Brisk, Healey & Hux (1997)는 학령기 말더듬아동의 평가나 치료에 대한 치료사의 훈련, 자신감, 태도가 향상되었다고 보고하였는데 치료사 대부분이 연령이나 학위취득 연도에 상관없이 치료보다 평가에 더 자신감을 보인 것으로 나타났으며 치료사에게 있어서 개선된 임상 훈련이 지속적으로 제공되어야한다고 하였다.

위의 연구들은 치료사들이 의사소통장애 분야 중 유창성장애 치료 분야에 대하여 상당한 부담을 가지고 있으며 부담을 가지게 하는 요소로는 임상경험의 시간 부족, 지속적이고 개선된 임상훈련 부재 등임을 지적하고 있다. 또한 국내에서는 이러한 문제를 다루는 연구가 전무하다.

이에 본 연구에서는 실제적인 경험에 바탕을 두고 그 경험에 대해 다차원적인 현상을 규명하는 데 필요하며(송미승, 2001), 관련된 요인들에 대해 구체적으로 밝힐 수 있는 질적 연구방법의 한 분야인 근거이론(ground theory)을 적용하여 언어치료사의 말더듬아동 치료 경험에 대한 현상을 밝히고자 한다. 근거이론은 사적으로 예민하고 정서적 깊이를 갖고 있는 치료사의 내적 경험세계와 그것에 대한 이해를 얻는데 적합한 방법일 수 있다. 말더듬아동 치료를 경험한 언어치료사들과 직접적인 심층면담을 통해 그들이 겪는 실질적인 어려움은 무엇이며, 그들의 경험을 이해하고 나아가 중재의 폭넓은 기초 자료를 수집하기 위하여 근거이론 연구방법을 적용할 수 있다. 본 연구는 Strauss & Corbin (1998)이 제시한 근거이론 분석 연구방법을 적용하여 언어치료사의 말더듬아동 치료경험에서 갖는 중심현상과 그에 영향을 미치는 인과적 조건과 맥락, 중심현상을 해결하는 전략과 그러한 전략을 사용함으로서 얻는 결과는 어떠한지에 대해 분석하고, 말더듬아동의 치료를 경험한 치료사의 유형을 분류하고자 한다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 연구 참여자

본 연구의 참여자는 한국언어장애전문가 1급 및 2급 언어치료사 자격증을 소지하고, 언어치료사로서 치료경력이 최소 6년 이상이며 말더듬아동 사례수가 10명 이상인 5명의 언어치료사이다. 구체적인 연구참여자의 특성은 다음과 같다.

<표 - 1> 연구참여자의 특성

	연령	학력	자격증	지역	치료 경력	말더듬아동 사례	근무기관
A	36	대학원 졸	1급	서울	6년	20명 이상	사설 언어치료실
B	38	대학원 졸	1급	전남	7년	10명 이상	병원 언어치료실
C	43	대학원 졸	1급	전남	6년	15명 이상	사설, 병원 언어치료실
D	37	대졸	2급	전남	6년	10명 이상	사설 언어치료실
E	31	대졸	2급	경북	6년	10명 이상	사설 언어치료실

2. 면담 질문

면담 과정에서 주로 사용한 질문 내용은 다음과 같다. Patton (1990)이 제시한 질문 유형의 6가지 영역, 즉 경험 및 행동에 대한 질문, 의견 및 가치에 대한 질문, 정서에 대한 질문, 지식에 대한 질문, 지각을 추출하기 위한 질문, 배경 및 인구학적인 질문을 고려하였으며 <표 - 2>와 같은 내용으로 구성하였다. 연구자는 면담 과정에서 이 질문을 토대로 가능한 자신의 개인적인 생각, 지각, 느낌을 표현할 수 있도록 참여자의 의견에 동의해 주고, 격려하는 표현과 태도를 유지하였다.

<표 - 2> 면담 내용

말더듬아동의 특성	말더듬 유형 / 말더듬 정도 / 말더듬 인식 유무 / 말더듬아동과 양육자와의 상호작용 특성(의사소통 방식)
말더듬아동의 치료 경험	말더듬 평가 / 말더듬 치료 과정 / 치료 종결 후 과정 / 전문성 유무
말더듬아동의 치료 경험에 대한 대처방안 및 성공감	이론과 실제의 연결 / 치료감독자의 유무 / 임상실습 경험의 유무 / 임상실습 시간의 양 / 양육자와 상담과정 / 양육자의 치료 참여 인식 정도 / 치료 종결 후 관리
말더듬아동의 치료에 필요한 프로그램 및 정책	필요 프로그램 / 언어치료기관 / 언어치료 학과 / 정책 및 제도
그밖의 사항	개인의 희망사항

3. 자료 수집

본 연구의 자료 수집은 2011년 9월부터 11월까지로 약 3개월간 이루어졌다. 우선 참여자들의 동의에 의해 개별 면담의 형식으로 진행하였고, 참여자들이 편안하게 느끼는 치료실이나 조용한 강의실에서 이루어졌다. 연구자는 참여자들에게 가능한 편하고 그들 관점에서 자유스럽게 표현할 수 있도록 하였고, 보충질문을 통하여 충분한 정보를 얻을 수 있는 반 구조화된 면담 형식을 취하였다. 면담시간은 1시간에서 2시간 30분이었고, 면담횟수는 1회부터 최고 3회까지 진행되었다. 그 후에 의문 사항은 연구자 중 1인이 참여자의 치료실을 재방문하거나 전화 질문을 통해 보충하였다. 녹화된 면담내용은 면담을 마친 날로부터 일주일 이내에 전사하였고, 완성된 전사본을 자료화하였다.

4. 자료 분석

본 연구의 자료는 경험적 자료로부터 패러다임 모형을 제시해내는 Strauss & Corbin (1998)의 근거이론 분석방법을 사용하였다. 근거 이론 방법의 연구 단계로 연구의 설정, 문헌 고찰, 표본 추출, 부호화, 연구 평가의 과정을 거쳤으며, 특히 부호화 과정은 자료를 분리하고, 분리된 현상에 이름을 붙여 개념화하는 것으로 이는 자료로부터 이론을 구성하는 핵심과정으로 구성하였다. 부호화 과정의 첫 번째 단계는 개방부호화의 과정으로, 면담내용을 전사한 자료를 한 줄씩 읽어나가는 행간분석법(line by line)에 의해 개념을 명명하고, 자료에 나타난 사건, 행위, 상호작용에 따라 유사점과 차이점을 대조하면서 개념적으로 비슷한 것끼리 모아 추상성이 높은 범주를 이루어 나갔다. 개방부호화 작업에서 연구참여자들의 면담내용을 지속적으로 비교(constant comparison)해 가면서 개념의 다양한 속성과 차원을 발견해 나갔고, 분석된 개념들은 하위범주로, 하위범주는 다시 상위범주로 추상화했다. 두 번째 단계는 연결부호화의 과정으로, 각 범주들 간의 관계를 좀 더 포괄적으로 설명하기 위하여 분석틀에 따라 인과적 조건, 현상, 맥락, 중재적 상황, 전략, 결과로 분류하여 이들의 속성과 차원의 영역을 연결했으며, 연결부호화 작업을 통하여 미흡한 범주를 채웠다. 세 번째 단계인 선택부호화 과정은 분석의 마지막 단계로 모든 범주들을 통합하는 과정으로서 현상

을 가장 잘 나타내 줄 수 있는 것으로 핵심범주(core category)를 결정하였고, 유형분석을 위해서는 핵심범주와 맥락적 조건 및 중재 상황의 속성과 차원에 따라 가설적 관계를 정형화한 후 다음에는 맥락적 조건 및 중재 상황의 속성과 차원의 경우의 수에 따라 가설적 관계진술문을 구성하였다. 이렇게 확정된 가설적 관계진술문을 다시 원자료와 지속적인 비교를 하고 인과적 조건, 중심 현상, 맥락적 조건, 전략, 결과의 각 범주 간에 반복적으로 나타난 관계를 정형화하여 연구참여자들의 상호작용 유형을 분류, 제시하였다.

5. 연구의 신뢰도와 타당도

본 연구의 자료 분석의 신뢰도를 높이기 위해 전사한 자료의 부호화 과정에 연구자들 외에 근거이론 과목을 이수 한 언어치료 박사 과정 대학원생 1인이 함께 참여하여 삼인의 의견이 합치되도록 하였다. 본 연구결과의 타당성을 확립하기 위해 두 명의 연구자가 자료를 지속적으로 비교하고 분석하며 면담을 하였으며, 근거 이론 연구에 많은 경험을 갖고 있는 교수 1인과 함께 추출된 결과에 대해 의견을 나누며 확인하는 절차를 가졌다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 언어치료사의 말더듬아동 치료경험의 개념 범주화

자료 분석 결과 나타난 개념은 모두 127개이며, 이 개념은 '역량부족으로 인한 치료의 부담감', '열악한 치료실 여건', '부모의 부정적 태도', '구체적 치료방법 시도', '상담기술 갖추기', '역량의 한계를 받아들임' 등의 24개 하위 범주로 분류되고, 이들 하위범주는 다시 '열악한 배움 환경', '치료에서 방해되는 아동의 여건', '말더듬 치료에 대한 막막함', '성공적 치료경험', '치료기술의 전문성 개발하기', '전문적 위상 자립에 나가기', '현재의 모습에 머무르기' 등 13개의 상위범주로 분류되었다. 언어치료사의 말더듬 치료경험에서 나타난 개념과 범주를 <표-3>에 제시하였다.

<표-3> 언어치료사의 말더듬아동 치료경험의 범주

개념	하위범주	상위범주	패러다임
말더듬에 대한 이해가 충분치 못함 말더듬 치료에 대한 이해가 충분치 못함 말더듬에 관한 상담경험이 없음 중복장애로 말더듬 중재효과가 분산됨 부모의 호응을 이끌기 어려움 부모가 전적으로 치료사에게 떠맡김	역량부족으로 인한 치료의 부담감	말더듬 치료에 대한 막막함	중심 현상
치료의 정체 아동 호응이 없음 아동이 반응이 없음 상태가 더 나빠짐 치료기간이 길어짐	치료효과에 대한 초조함		
말더듬 재발 가능성 많음 치료 방법이 맞는지 잘 모르겠음 치료시간에 쫓겨 자문 구하기 힘듬 치료 종결 시기가 애매함	치료의 어려움		
말더듬 전공 교수에게 수업 받지 못함 말더듬에 대한 이론과 실습을 제대로 배우지 못함 말더듬치료기관에서 임상관찰만 함 말더듬치료 임상실습을 경험하지 못함 말더듬치료에 필요한 상담 과목이 없음	전공지식 부족	열악한 배움 환경	인과적 조건

(<표 - 3> 계속)

개념	하위범주	상위범주	패러다임
말더듬 환자를 받지 않으려는 분위기 말더듬 치료 경험 없이 바로 투입됨 말더듬 치료 자문할 사람이나 자료가 없음 말더듬 사례연구가 없음	열악한 치료실 여건		
말더듬 원인이 정확하게 규명되지 않음 말더듬 치료와 상담은 어렵다 표준화된 치료 메뉴얼이 없다 완치가 잘 안 된다 말더듬아동이나 부모가 까다롭다는 인식	말더듬 치료는 힘들다는 인식	부정적 인식	
이전 치료의 실패 경험으로 치료사를 불신 시간 지나면 해결된다는 말에 치료를 망설임 치료사의 의견을 받아들이지 않음 부모교육과 상담에 참여하지 않음 치료실을 자주 바꿈	치료효과에 대한 불신	치료에 방해되는 부모의 여건	맥락적 조건
치료사에게 아동, 가족 탓만 함 속으로 불안하지만 치료에 적극적이지 않음 일방적인 의사소통 패턴이 바뀌지 않음 아동과 관계의 문제를 인정하지 않음 다른 학원양은 늘리지만 치료횟수는 줄이려 함 아동의 잦은 결석을 챙기지 않음	부모의 부정적 태도		
치료실을 자주 바꿔서 적응이 힘듬 치료실이 멀어서 결석이 잦음 중복장애로 인해 치료가 더딤 장애인 엄마의 도움이 미약함 의사소통 환경의 변화가 없음	변화시도가 힘듬	치료에 방해되는 아동의 여건	
말더듬을 지적 받아 말수가 줌 또래에게 비웃음 당함 자신의 말더듬을 인식함 식구들에게 말 때문에 자주 혼남 주위에서 치료받을 필요없다고 함	치료에 소극적임		
말속도 늦추기를 답답해 함 언제든지 조절할 수 있다는 생각으로 적용 안 함 치료 횟수를 줄이면 노력도 줌 말더듬 조절을 귀찮아함 치료사와 끊어지지는 것을 두려워 함	자기 수정의 어려움		
이전치료 실패이유 알아내기 말더듬의 환경을 파악하기 말더듬에 대한 불안감, 죄책감 해소시키기 말더듬과 말더듬 치료에 대한 부정적 인식바꾸기 일방적인 의사소통 환경 개선시키기 말더듬과 연관된 관계의 문제 개선시키기	실패요소 제거하기	치료 기술의 전문성 개발하기	중재 상황
아동과 부모에게 치료에 대한 동기 부여하기 부모가 변화의 주대상으로 인식시킬 수 있음 부모를 치료에 참여시킬 수 있음 강화를 적절히 사용할 수 있음 공감대 형성하기 말더듬치료 효과에 대한 주기성을 인지하고 있음	상담기술 갖추기		

(<표 - 3> 계속)

개념	하위범주	상위범주	패러다임
사례마다 치료 계획을 달리 할 수 있음 심리적 이완이 초기 목표임 말더듬조절가능유무가 치료의 목표 핵심임 인지 재구성시키기 시도 치료사가 모델링을 잘 함 안정화 유도 가능함 단계별 치료 진행을 수행 함 상황별 연습을 진행할 수 있음 매회기 비디오모니터링	구체적 치료방법 시도		
아동 스스로 치료효과를 인식함 쉬운 말더듬 형태로 바뀜 실패보다 성공한 말더듬 치료 사례가 더 많음 아동이 새로운 말하기를 응용 함 간접적으로 치료성공을 경험함	자신감을 얻음	성공적 치료경험	
말더듬 치료 훈련을 체계적으로 받음 1년 이상 수퍼비전을 받음 선임자 치료 관찰에 부담이 없음 치료자료 공유가 자유로움 말더듬 치료경력자가 치료실에 있음 말더듬 치료관련 자료가 많음 말더듬 치료에 대한 정기적 사례회의가 있음	치료실 자원이 풍부함	치료실 지지	
대학원 진학 말더듬치료관련 특강이나 행사 참여 말더듬전공교수 수업자료 구하기 치료관련 비디오 구하기 타학문 자료 탐구 비전공서적 구하기(말더듬 성공사례관련 서적) 말더듬 치료 경험이 많은 치료실에 가보기	새로운 방법을 시도함	성공적 치료를 모색함	
말더듬 사례를 안받음 동료에게 사례를 넘김 치료를 포기함 다른 치료실 소개함	역량의 한계를 받아들임	치료를 포기함	전략
아동이 결석하기 바람 치료 그만두기 바람 타 치료실로 가서 고마움 이직한 치료실로 아동이 따라올까 두려움 연락 끊음 우연히 만난 장소를 다시는 가지 않음 아이의 안부를 물어보지 못하고 다른 화제로 바꿈	말더듬 치료를 피함	치료를 회피함	
치료성공의 경험을 공유하고 싶음 말더듬 치료는 도전해볼만함 말더듬 치료가 재미있음 말더듬이 심할수록 해줄 것이 많음 치료성공의 만족감이 큼 언어치료사된 것이 다행임	치료에 대한 당당함	전문적 위상자립에 나가기	결과

(<표 - 3> 계속)

개념	하위범주	상위범주	패러다임
역량이 커짐 성장의 계기가 됨 대상자의 환경 및 심리적 문제에 민감성이 커짐. 인내심을 가지고 참여자를 대할 수 있음. 치료 진전에 일희일비하지 않음	열악한 치료여건을 극복함		
치료사로서 자존감 저하 쥐구멍에 들어가고 싶음 고민스러움 언어치료사 그만 두고 싶음	치료사로서 위축됨	현재의 모습에 머무르기	
딱히 해줄 방법 없음 진전이 없어도 하던 방식 그대로 함 언어치료사 그만 두고 싶음 변화를 원하지만 방법을 찾을 수 없음, 어쩔 수 없음	치료사로서 무기력함		

2. 언어치료사의 말더듬 치료경험의 패러다임 모형

가. 패러다임 모형

Strauss & Corbin (1998)에 의하면 근거이론의 패러다임 모형 개발은 개방코딩 과정에서 나타난 다양한 범주들을 중심현상을 축으로 하여 각각 인과적 조건, 맥락, 중심현상, 중재상황, 전략, 결과 등으로 분류하고 어떻게 인과적인 관계가 있는지를 밝히는 작업이다. 이에 따른 설명은 다음과 같다.

(1) 중심 현상(phenomena): 말더듬 치료에 대한 막막함

중심현상은 일련의 전략을 통해 참여자의 행동이 조절되는 생각이나 사건을 의미한다. 본 연구에서는 참여자가 말더듬 치료를 하는 과정에서 무엇을 경험하고 그것을 어떻게 표현하는가와 관련된 일련의 행동이 중심현상인 “말더듬 치료에 대한 막막함”을 중심축으로 전개되는 것으로 나타났다. 치료사들은 말더듬 치료에 대한 역량의 부족으로 인한 부담감과 치료효과에 대한 초조함 그리고 말더듬 재발의 가능성 등으로 인하여 말더듬 치료에 대한 부담감을 가지고 있었다.

> 치료실에서는 안 더듬는데 왜 집에서는 안 되는지 모르겠어요...이것을 똑같이 잡아줘야 하는데 전달을 구두로도 했지만 엄마는 예전하고 똑같이 달라짐 없이 그대로 가는 거예요. 치료실에서는 요런 상황이든 모든 상황에서 말더듬이 나타나지 않지만 집에서는 또 더듬는 상황이 생겨버리면... 말더듬이 다른 치료에 비해서 어려운 것 같아요...왜냐면 적용방법을 모르니까(참여자B).

(2) 인과적 조건(causal condition)

인과적 조건은 어떤 현상이 발생하도록 유도하는 사건들로 구성된 인과적 원인이다. 본 연구자료의 분석 결과 언어치료사의 말더듬 치료경험에 대한 중심현상인 “말더듬 치료에 대한 막막함”을 일으키는 원인, 즉 인과적 조건을 형성하고 있는 것들로 ‘열악한 배움 환경’, ‘치료에 대한 부정적 인식’으로 파악되었다.

ㄱ. 열악한 배움 환경

교육현장에서 수업 시간에 치료의 실제가 부족한 이론위주의 강의만 접하거나, 유창성장애에 관한 임상실습을 하지 못한 채 실제 치료 현장에 바로 투입이 되었을 때 치료에 대한 막막함의 정도가 증대되는 것으로 파악되었다. 또한 치료실에서 치료에 대한 감독을 받을 수 없을 때 치료에 대한 막막함의 정도가 가중된다고 하였다.

> 치료실에 있으면서 누가 수퍼바이저 해 줄 사람도 없었고, 물어볼 사람도 없었기 때문에 딱히 기준이라기 보다는 그냥 감으로 진행했어요...원장님이나 선배 치료사한테 물어보기도 하는데 그 분들이 그 아이에 대해서 잘 모르기 때문에 구체적인 설명은 들을 수가 없어요(참여자E).

ㄴ. 치료에 대한 부정적 인식

말더듬 치료는 어렵고 완치가 안 될 것이라는 부정적인 인식과 말더듬아동의 성격이나 성향이 치료를 어렵게 할 것이라는 편견을 가지고 말더듬 치료에 임할 때 참여자는 "치료에 대한 막막함"을 더 경험하였다.

저는 학교에서 말더듬수업 안 듣고 싶었어요. 말더듬은 그렇게 많지도 않고 말더듬은 하게 될 거라고는 생각도 못 했어요. 너무 어려운 케이스고...제가 초등학교 때 말더듬친구들이 있었는데 근데 치료가 가능했다면 이미 치료할 수 있지 않았을까했죠. 말더듬 아이들이 다른 애들보다 좀 까다롭다는 생각도 했어요(참여자A).

(3) 맥락(context)

맥락은 어떤 현상에 속하는 속성들을 나열한 구체적인 장으로 특정한 현상에 대응하기 위해 취해지는 구체적인 상황이다. 근거자료를 분석한 결과 "말더듬 치료에 대한 막막함"의 심리적 상황을 생성해내고 그것을 표출하고 해결하는 모든 과정에 '치료에 방해되는 부모의 여건', '치료에 방해되는 아동의 여건'이 서로 다른 양상으로 전개되는 것으로 나타났다.

ㄱ. 치료에 방해되는 부모의 여건

말더듬아동 치료에 참여하는 부모의 일방적인 의사소통 패턴이 바뀌지 않거나 치료사를 신뢰하지 않고, 아이의 말더듬이 불안하지만 치료에는 적극적이지 않은 부모의 태도는 치료사에게 "말더듬 치료에 대한 막막함"을 증가시킨다고 하였다.

어머니가 계속 거기 가서 먹어야지...또 더듬네...이런 식의 태도를 주의해 달라고 했는데도...그리고 애와 엄마와의 관계가 회복이 안 되는 그런 아이...애를 아주 문제덩어리로 보는 거예요. 너 땜에 내가 못살겠어. 근데 치료실와서 엄마가 울긴 울어요. 근데 노력은 안 해요... 불안한 거 알지만...그렇다고 과하게 내주는 건 아닌데...숙제도 안 해오시고 시간도 안 늘리면서 집에선 되게 심하다고 하는 것(참여자C).

ㄴ. 치료에 방해되는 아동의 여건

말더듬아동이 처해있는 상황이 치료 시 변화의 시도를 유도하기 힘들 때, 다양한 외부적인 요건으로 인하여 아동의 태도가 치료에 소극적일 때, 그리고 자기수정의 어려움 등도 치료를 힘들게 하는 요소였다.

근데 정말 일 주일에 두 번에서 한 번으로 줄일 때까지도 괜찮아요. 근데 2주에 한 번씩으로 치료회기를 줄여 놓으면 얘가 안 하는 거예요. 아이가 저 안 더듬어 그래요. 게임하고 재미있으니까. 그리고 그룹치료 하니까 재미있는 거예요. 그리고 자기 말에 대해서 잘 알아요. 제가 마음만 먹으면 말이 잘된다는 거예요 자꾸 노력을 안 해요(참여자A).

(4) 중재상황(intervening condition)

중재상황은 현상에 속하는 광범위한 구조적인 상황으로 특정한 맥락 안에서 취해진 작용/상호작용 전략에 영향을 주도록 작용한다. 본 연구에서 근거자료를 분석한 결과 "말더듬 치료에 대한 막막함"의 생성, 표출, 해결 등 모든 전개과정이 참여자의 '치료 기술의 전문성 개발하기'와 '성공적 치료경험'과 '치료실지지'에 따라 서로 다른 양상으로 전개되는 것으로 나타났다.

ㄱ. 치료 기술의 전문성 개발하기

말더듬아동의 성공적인 치료를 위해 이전 치료의 실패 이유를 파악하는 등 치료의 실패요소를 제거하고, 말더듬아동의 부모들의 적극적인 치료의 참여를 위해 상담 기술을 갖추며 사례마다 각기 다른 차별화되고 구체적인 치료방법을 시도하는 등 다양한 전문성을 갖추게 된다.

1초에 1음절부터 시작해서 앞에 자연스럽게 말하면서 말하는 단위의 길이를 늘려가는 단계 전에...처음부터 우리가 원하는 속도로 하면 금방 다시 빨라지기 때문에 처음에 확 늦춰요. 근데 이건 아주 부자연스럽고 과장된 ERA-SM 이라고 할 수 있어요. 이것을 조금씩 당길 때 어 너무 빠른것 같은데요 하면서 느린 속도를 유지할 수 있고 느린 속도에 둔감화가 되죠(참여자A).

ㄴ. 성공적 치료경험

치료사들은 선배 치료사의 성공적 치료의 경험을 간접적으로 경험하거나 자신의 치료 사례에서 실패보다 성공의 횟수가 더 많을 때 말더듬 치료에 자신감을 얻는다고 하였다.

가장 좋은 점이 이젠 하고 싶은 말 다 할 수 있다는 거예요 3개월 만에...이제 자기 연기자 할 수 있을 것 같다고...한 달 채 안되서 바로 외부 연습, 상황별 연습에 들어갔어요...그 방법을 터득하고...또 자기

말 모니터링 능력이 확실히 되니까 사용을 잘 하더라구요(참여자C).

ㄷ. 치료실지지

말더듬 치료에 대한 정보나 자료가 많으며, 정기적인 사례회의를 통하여 치료에 대한 체계적인 훈련을 제공받을 수 있는 풍부한 치료실 자원도 중재상황의 여건에 포함되었다.

처음에 치료실에 가서 선생님들 케이스를 한 달 동안 보고 처음에 평가부터 시작했어요....유창성에 대해서 해 줄 수 있는 것은 다해주시고, 모든 영역에 있어서 다 피드백을 주셨어요. 케이스도 성인, 아동, 직접치료, 간접치료 다 트레이닝 시켜주셨고 부모교육도 시켜주셨어요. 1년 정도... 혼자 할 수 있게 되더라구요(참여자A).

(5) 작용/상호작용적 전략(action/interaction strategy)

전략은 주어진 맥락 속에서 존재하는 현상을 조절하고 반응하려는 참여자의 작용/상호작용이다. 본 연구에서 참여자가 인지한 "말더듬 치료에 대한 막막함"은 그 강도에 따라서 서로 다른 양상의 대처 전략을 선택하게 하는데 중심현상을 해결하기 위한 전략으로 '성공적 치료를 위한 모색함' 과 '치료를 포기함', 그리고 '치료를 회피함'으로 나타났다.

ㄱ. 성공적 치료를 위한 모색함

어떤 치료사들은 치료에 대한 막막함에 대한 대처 전략으로 대학원을 진학하거나 타학문 자료를 탐구하는 등 끊임없이 새로운 방법을 시도하고 모색하였다.

우리교과서 다 팽개치고 제목이 말더듬 이렇게 고쳤다...실제로 말더듬환자가 쓴 책을 샀어요...이렇게 하면 진짜 고쳐질까...그리고 다른 치료실에 몰래 가보기도 했죠. 그리고 다른 치료실에 가서는 제가 치료를 실습하고 있는 사람이라고 소개해서 제가 초짜인척하고요(참여자D).

ㄴ. 치료를 포기함

어떤 치료사들은 말더듬 치료사례를 동료에게 넘기거나 다른 치료실을 소개하는 등 자신의 역량의 한계를 받아들였다.

초등학교 5학년 아이였는데 격주에 그것도 한번 왔었고, 쉬는 토요일만...근데 그 아이는 굉장히 심했어요...몇 번하고 엄마가 오기 힘들다고 다른 지역에 교수님이 하시는 뭐가 있데요. 유명하다고 먼저 말씀하시길래 그쪽으로 옮기라고 권유했어요. 가주니까 고마웠어요(참여자E).

ㄷ. 치료를 회피함

그런데 이 애는 너무 어려운 거예요. 다른 치료실로 직장을 옮기면서.. 얘가 따라올까봐 연락처를 끊고 갔어요(참여자D).

(6) 결과(consequence)

중심현상인 "말더듬 치료에 대한 막막함"이 전략이라는 행동을 통해 해결되는 과정이 곧 결과이다. 본 연구에서는 전략을 통해 나타난 범주가 결과에 속하는 것으로 '전문적 위상 자립에 나가기', '현재의 모습에 머무르기'로 나타났다.

ㄱ. 전문적 위상 자립에 나가기

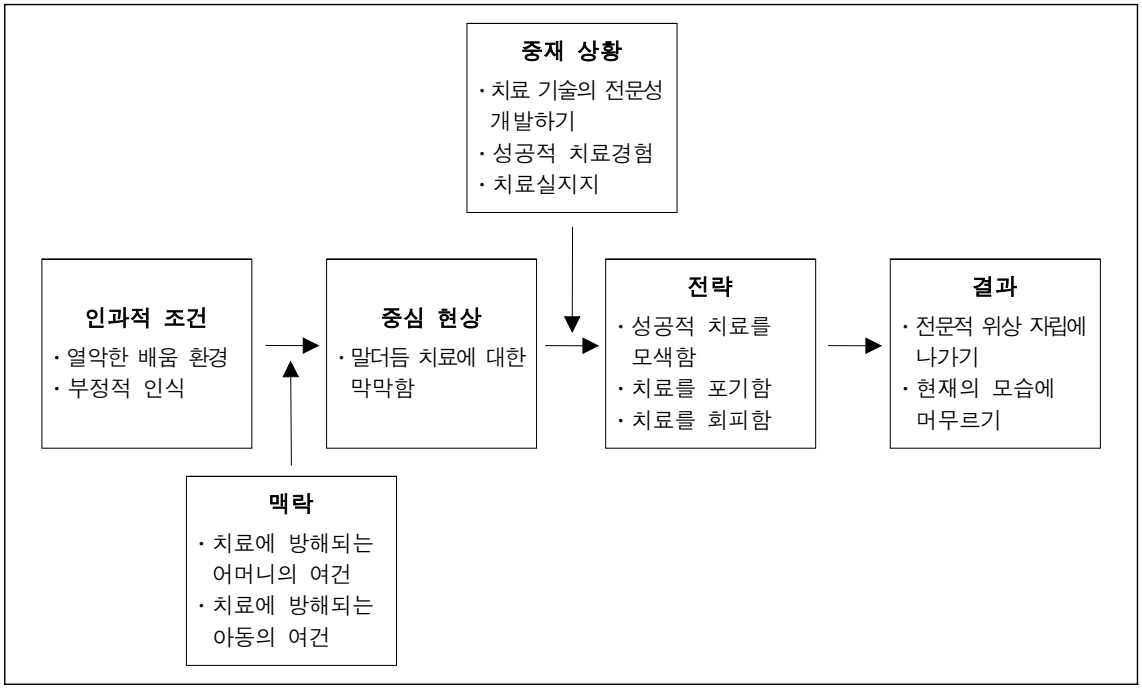
말더듬 치료에서 성공의 만족감이 큰 치료사는 치료에 대한 당당함을 얻게 되어 아동의 말더듬이 심할수록 해 줄 수 있는 것이 많은 등 치료의 역량을 갖춘 전문인으로 성장하게 된다.

대개 도전적인 것 같아요.고칠게 많은 엄마들 보면 신나죠. 아...해줄 게 많다. 이 엄마는 되겠다. 말 정말 빠르게 하고 애한테 계속 질문하면 이것만 없어지면 반은 없어지겠구만...속으로...내가 기필코 얘는 고친다 그런...도전정신이 생기고 사실 신 나고 너무 재밌더라구요(참여자A).

ㄴ. 현재의 모습에 머무르기

어떤 치료사들은 열악한 치료의 여건들을 극복하지 못하고, 지속적인 치료의 실패경험이 쌓이며 변화를 원하지만 방법을 찾을 수 없어 스스로 위축되거나 무기력함을 가지기도 하였다.

왜냐면 내 자존감이 낮아져 버리잖아요. 아무리 해도 진전이 없으니까 내가 무능한 게 아닌가 그런 생각...대체 다른 사람들은 어떻게 했길래 좋아지나 어떻게 했길래 좋아질까? 나는 왜 안 될까... 난 언어치료가 안 맞나? 치료사를 그만둘까도 생각 들어요(참여자E).



<그림 - 1> 언어치료사의 말더듬아동 치료경험 전개 과정

나. 전개 과정

언어치료사의 말더듬아동 치료 경험은 "말더듬 치료에 대한 막막함"이 생성, 내재화되면서 변화되어 적응하는 과정으로 전개 되는 것으로 나타났다. 이러한 전개과정을 그림으로 나타내면 다음 <그림 - 1>과 같다.

<그림 - 1>에서와 같이 '열악한 배움 환경', '부정적 인식'으로 인해 생성된 "말더듬 치료에 대한 막막함"은 맥락인 '치료에 방해되는 부모의 여건' 과 '치료에 방해되는 아동의 여건'과의 상호작용에 의해 그 강도가 달라진다. 강도가 결정된 "말더듬 치료에 대한 막막함"에 대해 참여자는 중재 상황인 '치료 기술의 전문성 개발하기', '성공적 치료경험', '치료실 지지'등에 영향을 받으면서 대처전략을 선택하게 된다. '성공적 치료를 위한 모색함', '치료를 포기함', '치료를 회피함' 중 어떤 전략을 사용하느냐에 따라 '말더듬 치료에서 비상하기', '말더듬 치료에서 내려오기'의 결과를 갖게 됨을 알 수 있다.

다. 핵심범주

원자료를 분석한 범주들을 아우르는 핵심범주(Core Category)는 '역량을 겸비하여 말더듬 치료의 막막함에서 비상하기'로 상정했다. 연구참여자에게 있어 말더듬아동 치료의 여정은 학위과정에서 말더듬의 본질과 치료에 대한 이론적 지식을 갖춤으로써 출발한다. 치료의 현장에서 실제적인 치료의 경험을 쌓아가기에 앞서 반드시 선행되어져야 할 부분이 있는데 이는 임상 실습을 통하여 말더듬과 말더듬 치료에 대해 친숙해지며 또한 치료에 대한 자신감을 얻는 과정이다. 연구참여자들이 치료에 대한 실제적인 임상실습의 부재와 더불어 말더듬의 원인이 정확하게 규명되지 않음으로 인하여 말더듬아동 치료는 어렵다는 선입견을 가지고 치료의 현장에 바로 투입되는 경우, 예상되어지는 치료의 실패는 말더듬아동 치료가 부담으로 다가올 수가 있다.

연구참여자들에게 있어 말더듬아동 치료는 일종의 자신과의 도전을 의미하는 것이라고 할 수 있다. 말더듬아동 치료는 의사소통환경의 문제를 다룸으로 시작하는데 말더듬아동 의사소통의 환경에 가장 큰 영향을 미치는 대상은 양육자이므로 자연스럽게 양육자와의 상담이 많은 비중을 차지하게 된다. 부모 상담을 통하여 양육자의 의사소통 방식 개선을 이끌어내야 하므로 말더듬아동뿐만아니라 양육자의 양육방식과 감정도 다룰 수 있어야 한다. 또한 치료의 과정가운데에서도 말더듬아동에게서 치료의 효과가 잘 나타나지 않거나 정체기에 오래 머물게 되면 말더듬 치료에 대

한 짐스러움이 더욱 가중되었다.

또한 연구참여자들이 이같이 말더듬아동 치료에 대한 막막함이 지속되는 이유는 전문적인 치료 기술을 배울 만한 곳이 많지 않기 때문이라고 해석된다. “말더듬아동 치료에 경험이 풍부한 치료실이 국내에는 한두 군데가 있긴 하죠”(연구참여자 C)라는 구술처럼 말더듬 치료 전문기관이 부족하고, 연속적인 치료 실패의 경험으로 인하여 말더듬 치료에 대한 자신감이 결여되어 역량의 한계를 넘어서기에 역부족인 상태를 유지하였다.

연구참여자들 중 일부는 새로운 문제에 대해서 도전정신과 부단한 자기 노력으로 말더듬 치료에 대한 전문성을 쌓아가며 성공적 치료경험으로 자신감을 회복하여 타인의 의사소통의 문제를 해결해주는 희망의 비상을 하려고 한다.

라. 유형분석

(1) 현실도전형

현실도전형은 연구참여자 A, B, C의 경우이다. 현실도전형에 속하는 연구참여자들은 성공적인 말더듬 치료에 대한 애착이 강하면서 말더듬 치료경험에서 초기의 일정기간 동안은 헤맬 수 밖에 없다는 현실을 수용하고 끊임없는 자기 개발과 탐구하는 모습이 관찰되었다. 특히 반복적으로 성공적인 치료경험을 쌓아가며 말더듬 치료에 대한 자신감이 축적되어 말더듬 치료사로서 전문적인 위상을 갖추어나가는 성향이 있다.

현실도전형에 속하는 연구참여자들은 열악한 배움 환경이 부분적이며 치료에 대한 부정적인식이 약하다. 치료에 방해되는 부모의 여건이 상호소통적이며 치료에 방해되는 아동의 여건이 양호한 편이다. 또한 말더듬에 치료에 대한 막막함이 약하다. 치료기술의 개발이 전문적이고 성공적 치료경험이 많으며 치료실 지지가 많다. 그리고 적극적으로 성공적 치료를 모색하며 일시적으로 치료를 포기하기도 하고 일시적으로 치료를 회피한다. 현재의 모습에 머무르려고 하는 성향이 약하고 전문적 위상자립에 나아가려는 성향이 강하다.

(2) 현상유지형

현실유지형은 연구참여자 D의 경우이다. 이 유형에 속하는 연구참여자는 치료사로서 성공적인 말더듬 치료를 경험을 강하게 원하고 있고 자신에게 처한 현실적인 문제를 외면하지는 않지만 이를 수행 할 수 있는 내적 자원이 취약하다. 특히 말더듬 치료의 성공보다는 실패를 반복적으로 경험하여 목표의식이 뚜렷하지 못한 특색이 있다.

현상유지형의 연구참여자는 열악한 배움 환경이 부분적이며 치료에 대한 부정적인식의 정도가 중간정도이다. 치료에 방해되는 부모의 여건이 일방적이며 치료에 방해되는 아동의 여건이 열악한 편이다. 말더듬에 치료에 대한 막막함의 정도는 강함이다. 또한 치료기술의 개발이 비전문적이며 성공적 치료경험이 적고 치료실 지지의 정도가 적다. 그리고 적극적으로 성공적 치료를 모색하며 치료를 포기함이 일시적이고 치료를 회피함이 일시적이다. 전문적 위상자립에 나아가려는 성향이 약하고 현재의 모습에 머무르려고 하는 성향이 강하다.

(3) 현실회피형

현실회피형은 연구참여자 E의 경우이다. 이 유형에 속하는 연구참여자는 말더듬 치료 경험의 초기에는 성공하고 싶은 의지가 있었으나 말더듬 치료에 대한 지도와 감독이 열악한 환경의 벽을 넘지 못하고 반복적인 실패경험으로 인하여 말더듬 치료에 대한 자신감이 위축되어 자신의 문제를 해결하고자 하는 구체적인 목표가 결여되어 있다. 특히 현실에 대한 문제의식이나 미래에 대한 계획 역시 모호하다.

현실회피형의 연구참여자는 열악한 배움 환경이 전체적이며 치료에 대한 부정적인식이 강하다. 치료에 방해되는 부모의 여건이 일방적이며 치료에 방해되는 아동의 여건이 열악한 편이다. 또한 말더듬에 치료에 대한 막막함이 강하다. 치료기술의 개발이 비전문적이고 성공적 치료경험이 적으며 치료실 지지가 적다. 그리고 소극적으로 성공적 치료를 모색하며 치료를 포기함이 일시적이고 치료를 회피함이 지속적이다. 전문적 위상자립에 나아가려는 성향이 약하고 현재의 모습에 머무르려고 하는 성향이 강하다.

위와 같은 연구참여자들의 유형과 범주를 속성과 정도를 표로 정리하면 다음과 같다.

<표-4> 언어치료사의 말더듬아동 치료경험 유형과 범주별 속성 및 차원

패러다임/유형	현실도전형	현상유지형	현실회피형
인과적 조건	열악한 배움 환경 (부분적)	열악한 배움 환경 (부분적)	열악한 배움 환경 (전체적)
	치료에 대한 부정적 인식 (약함)	치료에 대한 부정적 인식 (중간)	치료에 대한 부정적 인식 (강함)
맥락	치료에 방해되는 부모의 여건 (상호소통적)	치료에 방해되는 부모의 여건 (일방적)	치료에 방해되는 부모의 여건 (일방적)
	치료에 방해되는 아동의 여건 (양호함)	치료에 방해되는 아동의 여건 (열악함)	치료에 방해되는 아동의 여건 (열악함)
중심현상	말더듬 치료에 대한 막막함 (약함)	말더듬 치료에 대한 막막함 (강함)	말더듬 치료에 대한 막막함 (강함)
중재상황	치료 기술의 전문성 개발하기 (전문적)	치료 기술의 전문성 개발하기 (비전문적)	치료 기술의 전문성 개발하기 (비전문적)
	성공적 치료경험 (많음)	성공적 치료경험 (중간)	성공적 치료경험 (적음)
	치료실 지지 (많은)	치료실 지지 (적음)	치료실 지지 (적음)
전략	성공적 치료를 모색함 (적극적)	성공적 치료를 모색함 (적극적)	성공적 치료를 모색함 (소극적)
	치료를 포기함 (일시적)	치료를 포기함 (일시적)	치료를 포기함 (일시적)
	치료를 회피함 (일시적)	치료를 회피함 (일시적)	치료를 회피함 (지속적)
결과	전문적 위상자립에 나가기 (강함)	전문적 위상자립에 나가기 (약함)	전문적 위상자립에 나가기 (약함)
	현재의 모습에 머무르기 (약함)	현재의 모습에 머무르기 (강함)	현재의 모습에 머무르기 (강함)

Ⅳ. 논의 및 결론

본 연구에서 언어치료사의 말더듬 치료 경험에서 나타나는 개념들을 범주화하여 중심현상이 무엇인지를 규명하고 그 중심현상을 풀어가는 과정을 찾아내어 언어치료사의 말더듬 치료 경험 현상 이해에 연구목적이 있었다. 연구의 참여자는 말더듬 치료를 경험해 본 다섯 명의 언어치료사였으며, 이들의 심층면담 자료는 녹음되고 전사되었다. Corbin & Strauss (2007)의 분석 방법에 따라 면담 자료를 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 근거 자료 분석 결과 언어치료사의 말더듬 치료 경험 자료 분석 결과 나타난 개념은 모두 127개이며, 이들을 통합한 하위범주는 '열악한 치료실 여건', '치료효과에 대한 불신', '실패요소 제거하기' 등의 24개이고, 이는 다시 '부정적 인식', '치료에 방해되는 부모의 여건', '치료 기술의 전문성 개발하기', '성공적 치료를 모색함', '전문적위상 자립에 나가기' 등 13개의 상위범주로 통합되었다.

둘째, 언어치료사의 말더듬 치료 경험 과정에서 나타나는 중심현상은 "말더듬 치료에 대한 막막함"이며 이에 작용하는 인과적 조건은 '열악한 배움 환경', '부정적 인식'이고, 인과적 조건에 영향을 미치는 맥락으로 '치료에 방해되는 부모의 여건', '치료에 방해되는 아동의 여건'이 작용하였다. 중심현상인 "말더듬 치료에 대한 막막함"을 풀어가는 과정에 영향을 미치는 중재 상황으로는 '치료 기술의 전문성 개발하기', '성공적 치료경험', '치료실지지'가 작용하고, "말더듬 치료에 대한 막막함"에 대처하는 전략으로 '성공적 치료를 모색함', '치료를 포기함', '치료를 회피함'의 방법을 사용하며 이들 전략에 따라 '전문적 위상자립에 나가기', '현재의 모습에 머무르기'라는 결과를 가져왔다.

본 연구 결과 말더듬아동을 치료하는 언어치료사들과의 심층면담을 분석한 결과 나타나는 중심현상은 "말더듬 치료에 대한 막막함"이었다. 이러한 "말더듬 치료에 대한 막막함"은 역량부족으로 인한 치료의 부담감, 치료효과에 대한 초조함, 치료의 어려움에서 비롯되었다. 이는 St. Louis & Durrenberger (1993)의 연구에서도 언어치료사에게 다른 의사소통장애 분야보다 말더듬 분야가 더 부담스럽다고 제시된 바 있고, 비슷한 결과로 Matkin, Ringle & Snope (1983)은 치료사 597명을 대상으로 실시한 조사에서 치료사들은 다른 장애보다 유창성장애를 다루는데 훨씬 자신감이 없다고 평가했다. Mallard, Gardner & Downey (1988)의 연구에서도 네 명 중 한 명 정도의 치료사만이 말더듬을 다루는 문제에 자신감을 보인다고 하였다.

또한 말더듬 치료에 대한 막막함의 원인으로 치료실에서 감독을 받을 수 없음을 지적하였다. 언어치료는 전공지식뿐 아니라 실무지식의 습득이 요구되므로 학위과정에서 학문적, 임상적 자질을 갖추었더라도 실제

적인 치료의 현장에서 감독자로부터 직접적이고 충분한 지도가 없는 경우 치료의 효과를 기대하기는 어려울 수밖에 없다. 김영태(2007)의 연구에서도 이 같은 바를 지적하였으며, 치료실 인증제 등의 도입을 통한 교육기관의 질적 관리가 필요하다고 하였다.

본 연구에서 중심현상인 "말더듬 치료에 대한 막막함"에 직접적으로 영향을 미치는 인과적 조건으로 열악한 배움 환경과 부정적 인식이 작용하였다. 열악한 배움 환경의 하위범주 중 전공지식의 부족은 학위과정에서 유창성장애 수업 시간에 이론위주의 강의만 접하거나 유창성장애에 관한 임상실습을 제대로 하지 못한 채 치료 현장에 바로 투입되는 것이라고 하였다. Yaruss (1999)와 Yaruss & Quesal (2002)의 연구에서는 ASHA에서 인증하는 언어치료사의 임상 자격조건이 완화되면서 학위과정에서 유창성장애 치료분야의 수업이나 임상 훈련 없이 졸업하는 학생 수가 증가하고, 반면 학생들이 이수해야 할 진단과 치료관련 수업의 양이 줄어들었고, 임상 및 연구 경력이 있는 풍부한 교원이 줄었다고 하였다. 그리고 응답자의 반 이상이 말더듬 환자 치료 경험이 없는 상태로도 졸업이 가능하였다고 했다. 제5회 세계 유창성장애 학술대회에서 Kroll et al. (2006)은 많은 학생들이 학위과정에서 실제적이고 구체적인 임상실습의 경험을 하지 못하고 졸업하고 있으며, 대부분의 유창성장애 치료프로그램에서 학생들이 이수해야 할 임상실습의 시간과 수업시간이 부족한 실정이라고 하였다. 이에 유창성장애분야에서 학문적 훈련과 임상실습에 관한 문제에 더 관심을 가져야할 것이며 이러한 실정은 캐나다와 미국 그리고 영국에서도 비슷하다고 하였다(Kroll et al., 2006). Tellis, Bressler & Emerick (2008)도 언어치료사의 말더듬 진단과 치료에 대한 이해와 기술을 조사하는데 치료사들이 여전히 말더듬을 진단하고 치료하는 기술이 부족하고, 학생언어치료사와 실제 치료의 현장에 있는 언어치료사에게 말더듬의 특정적 측면의 진단과 치료에서 체계적이고 지속적인 훈련이 시급하게 요구된다고 하였다.

이러한 연구 결과들은 열악한 교육여건에서 훈련된 치료사들이 실제 임상현장에서 말더듬 치료가 부담이 되는 것은 당연한 일임을 말하고 있으며, 미국에 비하여 실습시간이 현저히 적은 우리나라의 현실에서는 더욱 어려움이 예측된다.

윤혜련 외(2010)의 조사연구에서도 외국교과과정에 비해 국내의 언어치료 교과과정이 양과 질적인 면에서 매우 열악함에 대해 지적하였고, 학과 이수과목 및 임상실습의 인증평가 기준이 마련되어야 하며 실습을 통해서 접할 수 있는 사례수, 시간, 감독의 엄격성 및 전문성, 표준화된 평가 등이 잘 반영되어야 할 것을 제언하였다. 따라서 언어치료사 자격증이 국가고시로 전환 된 현재의 시점에서 언어치료사 업무의 전문성 확보를 위한 방안으로 한국언어장애전문가협회에서 언어치료를 전공한 치료사가 일정정도 임상경험을 거친 후 별도의 자격시험을 거쳐 전문치료사 자격증을 획득하는 전문언어치료사 자격증 제도를 도입하는 대안이나 치료실에 대한 인증제 도입에 관한 사항도 검토되어져야 할 것이다(김수진 · 유영준, 2011).

치료에 방해되는 부모의 여건과 치료에 방해되는 아동의 여건이 맥락으로써 "말더듬 치료에 대한 막막함"의 정도에 영향을 미치고 있었다. 최근의 말더듬 치료에서는 말을 더듬는 사람의 말뿐만 아니라 의사소통 환경을 중요하게 다루고 있다. 특히, 취학 전 말더듬아동의 치료에서는 무엇보다도 부모와의 상호작용이 말더듬아동의 치료에 중요한 역할을 하는 것으로 인식되고 있으며, 이 때문에 치료과정에 부모 상담 및 교육이 강조되고 있다(Bernstein Ratner, 2004; Guitar, 1998; Zebrowski & Kelly, 2002). 또한 이은주 · 심현섭 (2007)의 연구에서 어머니들의 까다로운 성향과 바람직하지 못한 양육행동이 아동의 환경적 요인으로 작용할 수 있으며, 아동에 대한 높은 기대, 아동의 실수나 어머니와의 다른 점을 수용하기 어려움, 잘못이나 실수 그리고 비유창성 등에 대한 부정적 반응 등으로 나타날 수 있다고 하였다. 그리고 어머니들이 자신의 기질과 양육행동에 대해 이해하고 인식하여 아동의 말더듬에 미치는 영향을 긍정적으로 변화시킬 수 있도록 도울 필요가 있다고 하였다. 이는 말더듬 치료에 있어서 부모의 태도를 중요한 변수로 다룬 것이다. 반대로 치료사의 "말더듬 치료에 대한 막막함"의 정도에 영향을 끼치는 아동의 여건으로 치료에 소극적인 성격성향이었다. Uchisugawa & Hayasaka (1998)의 연구에서 말더듬을 지속시키는 요인 중 민감성, 불안감, 실패를 두려워하는 것, 지나친 의심 등과 같은 기질 혹은 성격특성이 포함된다고 하였고, Kobayash & Mixokami (2003)의 연구에서도 취학 전 말더듬아동의 치료 시 정서적 측면에 초점을 맞추어 치료한 결과 두드러진 효과를 볼 수 있었다고 한 것은 본 연구의 결과와 맥락을 같이하였다.

그리고 부모가 말더듬 치료효과에 대한 불신을 가

지게 되는 이유 중 하나는 말더듬에 대한 사회적 편견과 관련이 있어 보였다. 사회 구성원이 말더듬 치료에 대한 인식이 저조하여 말더듬 치료를 받지 말라고 하거나 치료를 받는 참여자에게 소극적인 태도를 유도하게 되어 궁극적으로는 치료에 방해가 되고, 말더듬 치료의 막막함에 영향을 주었다. 어떤 의사들은 부모에게 아동의 말더듬을 성장할 때 까지 지켜보자고 충고를 하는 경우가 있으며 이런 충고가 말더듬 치료 관련 문헌에서 오랫동안 논쟁이 되어왔고, 결과적으로 기다려보자는 소극적 태도가 치료에 부정적인 결과를 나타낸다고 지적된 바 있다(Bernstein Ratner, 1997; Curlee & Yairi, 1997; Zebrowski, 1997).

언어치료사가 말더듬아동을 치료에서 역량부족으로 인한 치료에 대한 부담(Cooper & Cooper, 1991), 더딘 치료효과로 초조함, 치료를 헤맴과 같은 부정적인 감정이나 특징을 가지고 있었지만, 본 연구 결과에서 알 수 있듯이 자신의 중심현상을 해결하기 위해 여러 가지 대처 전략을 사용하고 있었다. 이러한 대처전략의 사용에는 치료 기술의 전문성 개발하기, 성공적 치료경험, 치료실 지지가 영향을 미치게 됨을 알 수 있다. Manning (2010)은 치료사로서 자신감을 갖을 수 있는 여러 방법들을 제시하면서 "성공적인 임상 경험을 대신할 만한 것은 없다"라고 하였다(p.17). 특히 치료실 지지의 경우 치료실 자원이 풍부함이 가장 밀접하게 관련되는데 치료사가 열악한 배움의 과정을 거쳤을지라도 임상현장에서 선임자의 성공적인 치료를 간접적으로 경험하고 말더듬 치료 발표를 정기적으로 갖는 등 말더듬 치료 훈련을 체계적이고 지속적으로 받은 치료사는 "말더듬 치료에 대한 막막함"이라는 중심현상에서 성공적 치료를 모색하게 된다. 이러한 긍정적이고 적극적인 전략을 사용하게 되면 결과적으로 언어치료사는 말더듬치료에 있어 전문적 위상 자립에 나아가게 될 것이다. 반대로 열악한 배움의 과정을 거치고 치료실 지지를 잘 받지 못한 경우 성공적인 치료경험을 획득할 확률이 적어지므로 성공적 치료를 모색함이라는 긍정적인 전략을 사용하더라도 현재의 모습에 머무르는 결과에 이르게 됨을 알 수 있다. 또한 치료기술의 개발이 전문적일수록, 성공적인 치료경험이 쌓일수록, 말더듬 치료에 대한 막막함을 극복할 수 있는 경우가 많았으므로 치료실이나 학교 그리고 학회나 협회차원의 다양한 지지와 프로그램의 기회가 필요함을 알 수 있다.

본 연구의 결과와 근거이론 자료를 종합하여 제한점과 함께 후속 연구와 언어치료사의 말더듬 치료 발전을 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 참여자는 말더듬 치료 분야 중 상대적으로 치료효과를 비교적 빨리 접할 수 있는 아동 말더듬 치료를 경험한 언어치료사로 제한되어 있으므로 후속연구에서는 성인 말더듬 치료 경험을 포함한 확대 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구의 결과를 지지할 양적 연구가 후속될 필요가 있다.

셋째, 말더듬 치료를 경험하는 언어치료사의 치료에 대한 막막함을 덜어 줄 수 있는 대처 방안에 대한 논의가 치료 현장에서뿐 아니라 학회 및 협회차원에서 이루어져야 하고, 말더듬에 대한 사회적 편견은 국가와 사회적 측면에서 다루어질 필요가 있다.

참 고 문 헌

고은(2002). 휴지와 분절화기법을 통한 청소년 말더듬의 집중 언어치료. 『언어청각장애연구』, *7(1)*, 256-269.

김수진 · 유영준(2011). 언어치료사의 전문성 인식 연구. 『언어청각장애연구』, *16(3)*, 397-407.

김영태(2007). 한국 언어치료사 국가자격제도 마련을 위한 제안. 『언어청각장애연구』, *12*, 379-393.

남은주 · 이은주(2011). 평가자 집단에 따른 말더듬 순간 판단 비교. 『언어청각장애연구』, *16(3)*, 312-323.

송미승(2001). 이혼 여성의 자녀 양육 경험. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.

윤혜련 · 권순복 · 김수진 · 배소영 · 신명선 · 황민아(2010). 언어치료학과 교과과정 현황 조사 및 인증기준 개발. 『언어청각장애연구』, *15(3)*, 271-281.

이경재 · 신문자(2010). 한국 말더듬 성인 쓰기 내용의 오리진과 폰 분석. 『언어청각장애연구』, *16(3)*, 433-443.

이은주 · 심현섭(2007). 취학전 말더듬아동의 기질과 어머니의 기질 및 양육행동 특성. 『언어청각장애연구』, *12(2)*, 279-295.

American Speech-Language-Hearing Association (1995). *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment*. *ASHA*, *37*(Suppl. 14), 26-35.

Bernstein Ratner, N. (1997). Leaving Las Vegas: Clinical odds and individual outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *8*, 29-33.

Bernstein Ratner, N. (2004). Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: Implications for treatment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 35*, 46-56.

Brisk, D.J., Healey, E. C., & Hux, K. A. (1997). Clinicians training and confidence associated with treating school-age children who stutter: A national survey. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 28*,

164-176.

Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1985). *Personalized fluency control therapy-revised*. Allen, TX: DLM.

Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1991). A fluency disorders prevention program for preschools and children in the primary grades. *American Journal of Speech-Language Pathology, 1,* 28-31.

Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing ground theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Curlee, R., & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *6*, 8-18.

Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kelly, E. M., Martin, J. S., Baker, K. I., Rivera, N. J., Bishop, J. E., Kriziske, C. B., Stettler, D. B., & Stealy, J. M. (1997). Academic and clinical preparation and practices of school speech-language pathologist with people who stutter. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 28,* 195-212.

Kobayash, H., & Mixokami, N. (2003). "Emotion and Speech" treatment approach for young children who stutter. Theory, research and therapy in fluency disorders. *Proceedings of the fourth world congress of Fluency Disorders.* Montreal: the Fairmont Queen Elizabeth Hotel.

Kroll, R., Cook, F., De Nil., & Ratner, N. (2006). Preparing clinicians to treat stuttering. *Proceedings of the fifth world congress on Fluency Disorders*. Dublin, Ireland. Araliable from: www.mnsu.deu/comdis/isad9/papers/kroll9.html.

Mallard, A. R., Gardner, L.S., & Downey, C. S. (1988). Clinical training in stuttering for school clinicians. *Journal of Fluency Disorders, 13,* 253-259.

Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.

Matkin, N., Ringle, R., & Snope, T. (1983). Master report of surveys discrepancies. In N. Rees & T. Snope (Eds.), *Proceedings of the conference on undergraduate, graduate and continuing education* (ASHA Reports No. 13). Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.

Murphy, A. T., & Fitxsimons, R. M. (1960). *Stuttering and personality dynamics.* New York, NY: Ronald Press.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.

Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom.* Austin, TX: Pro-Ed.

Sommers, R. K., & Caruso, A. J. (1995). Inservice training in speech-language pathology: Are we meeting the needs for fluency training? *American Journal of Speech-Language Pathology, 4(3),* 22-28.

St. Louis, K. O., & Durrenberger, C. H. (1993). What communication disorders do experienced clinicians prefer to manage? *ASHA, 35,* 23-31.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing ground theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Tellis, G. M., Bressler, L., & Emerick, K. (2008). An exploration of clinicians views about assessment and treatment of stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders, 18,* 16-23.

Uchisugawa, H., & Hayasaka, K. (1998). *The study of diagnosis and treatment for young children who stutter.* Tokyo: Kaxama Shobo.

Van Riper, C. (1975). The stutterer's clinician. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering, a second symposium* (pp. 453-492). New York, NY: Harper & Row.

Yaruss, J. S. (1999). Current status of academic and clinical education in fluency disorders at ASHA-accredited training program. *Journal of Fluency Disorders, 24*, 169-183.

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2002). Academic and clinical education in fluency disorder: An update. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 43-63.

Yaruss, J. S., Quesal, R. W., & Murphy, B. (2002). National Stuttering Association members opinions about stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 27,* 227-242.

Zebrowski, P. M. (1997). Assisting young children who stutter and their families: Defining the role of the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*, 18-19.

Zebrowski, P. M., & Kelly, E. M. (2002). *Manual of stuttering intervention.* Clifton Park, NY: Singular.

ABSTRACT

A Grounded Theory Analysis on the Experience of Speech Pathologist with Stuttering Therapy

Moonja Shin[a,§] · **SoYoung Choi**[b]

[a]*Division of Speech-Language Pathology, Chosun University, Gwangju, Korea*
[b]*Division of Speech-Language Pathology, Granduate School of Chosun University, Gwangju, Korea*

Background & Objectives: A number of studies have been conducted on the importance ascribed by clinicians to stuttering therapies. A substantial number of clinicians have reported more difficulty with fluency disorder therapies than with therapies for other speech disorders. The aim of the present study was to analyze the experiences of speech pathologists with therapies for stuttering children and, in doing so, to investigate the central phenomenon of those experiences and its causal and contextual factors. ***Methods:*** In analyzing the experiences of speech pathologists with therapies for children who stutter, the present study utilized the ground-theory approach, which is a qualitative methodology. Data were obtained by means of intensive interviews with five speech pathologists about their experiences with stuttering therapies. ***Results:*** The central phenomenon in the experiences of speech pathologists with children who stutter was found to be a sense of "helplessness with respect to stuttering therapies." The causal conditions of the central phenomenon were found to be a "poor learning environment" and "negative perceptions of the effects of therapy." This phenomenon was found to be reinforced by the contextual conditions of "difficulties with parents" and "conditions of the stuttering children." "Development of professional therapeutic skills" and "experience with successful therapy" were found to be the remedial factors with respect to the central phenomenon of a sense of helplessness with stuttering therapies. Among the remedial strategies reported for the phenomenon of clinician helplessness were "search for successful therapies," "abandonment of therapy," and "avoidance of therapy." The experiences of speech pathologists with therapies for children were classified as "challenging type," "status quo type," and "avoiding type." ***Discussion & Conclusion:*** The present study analyzed the factors involved in the sense of helplessness reported by speech pathologists with respect to therapies for children who stutter. The results of this study indicated that any program intended to remedy speech pathologists' sense of helplessness with stuttering therapies should be managed not only by the clinicians themselves, but also by an academy or professional association. The study further concluded that societal prejudice against stuttering needs to be dealt with at the societal and governmental levels. (***Korean Journal of Communication Disorders*** 2012;17:201-218)

Key Words: speech pathologist, ground theory, children who stutter, experience with stuttering therapy

§ Correspondence to

Prof. Moonja Shin PhD,
Division of Speech-Language Pathology, Chosun University
375 Seosuk-Dong, Dong-Gu, Gwangju, Korea
e-mail: moonjashin@chosun.ac.kr
tel: +82 62 230 6187

REFERENCES

American Speech-Language-Hearing Association (1995). *Guidelines for Practice in Stuttering Treatment. ASHA*, *37*(Suppl. 14), 26-35.

Bernstein Ratner, N. (1997). Leaving Las Vegas: Clinical odds and individual outcomes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *8*, 29-33.

Bernstein Ratner, N. (2004). Caregiver-child interactions and their impact on children's fluency: Implications for treatment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 35,* 46-56.

Brisk, D.J., Healey, E. C., & Hux, K. A. (1997). Clinicians training and confidence associated with treating school-age children who stutter: A national survey. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 28*, 164-176.

■ Received April 20, 2012 ■ Final revision received May 24, 2012 ■ Accepted June 1, 2012.

ⓒ 2012 The Korean Academy of Speech-Language Pathology and Audiology http://www.kasa1986.or.kr

Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1985). *Personalized fluency control therapy-revised*. Allen, TX: DLM.

Cooper, E. B., & Cooper, C. S. (1991). A fluency disorders prevention program for preschools and children in the primary grades. *American Journal of Speech-Language Pathology, 1,* 28-31.

Corbin, J., & Strauss, A. (2007). *Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing ground theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Curlee, R., & Yairi, E. (1997). Early intervention with early childhood stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *6*, 8-18.

Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kelly, E. M., Martin, J. S., Baker, K. I., Rivera, N. J., Bishop, J. E., Kriziske, C. B., Stettler, D. B., & Stealy, J. M. (1997). Academic and clinical preparation and practices of school speech-language pathologist with people who stutter. *Language, Speech and Hearing Services in Schools, 28,* 195-212.

Kim, S. J., & You, Y. J. (2011). Current factors contributing to professionalism in speech and language pathology. *Korean Journal of Communication Disorders, 16(3),* 397-407.

Kim, Y. T. (2007). A proposal for preparing national certification of Korean speech-language pathologists. *Korean Journal of Communication Disorders, 12(3),* 379-393.

Ko, E. (2002). Intensive therapy treatment with pause and fragmentation technique in adolescents who stutter. *Korean Journal of Communication Disorders, 7(1),* 256-269.

Kobayash, H., & Mixokami, N. (2003). "Emotion and Speech" treatment approach for young children who stutter. Theory, research and therapy in fluency disorders. *Proceedings of the fourth world congress of Fluency Disorders*. Montreal: the Fairmont Queen Elizabeth Hotel.

Kroll, R., Cook, F., De Nil., & Ratner, N. (2006). Preparing clinicians to treat stuttering. *Proceedings of the fifth world congress on Fluency Disorders*. Dublin, Ireland. Araliable from: www.mnsu.deu/comdis/isad9/papers/kroll9.html.

Lee, E. J., & Sim, H. S.(2007). Temperament of preschool children who stutter and mothers' temperament and parenting style. *Korean Journal of Communication Disorders, 12(2),* 279-295.

Lee, K. J., & Shin, M. J. (2010). The origin and pawn analysis of writing samples of Korean adults who stutter. *Korean Journal of Communication Disorders, 16(3),* 433-443.

Mallard, A. R., Gardner, L.S., & Downey, C. S. (1988). Clinical training in stuttering for school clinicians. *Journal of Fluency Disorders, 13,* 253-259.

Manning, W. H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders* (3rd ed.). Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.

Matkin, N., Ringle, R., & Snope, T. (1983). Master report of surveys discrepancies. In N. Rees & T. Snope (Eds.), *Proceedings of the conference on undergraduate, graduate and continuing education* (ASHA Reports No. 13). Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.

Murphy, A. T., & Fitxsimons, R. M. (1960). *Stuttering and personality dynamics.* New York, NY: Ronald Press.

Nam, E. J., & Lee, E. J. (2011). Comparison of stuttering event judgment made by different observers. *Korean Journal of Communication Disorders, 16(3),* 312-323.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods.* Newbury Park, CA: Sage Publications Inc.

Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom.* Austin, TX: Pro-Ed.

Sommers, R. K., & Caruso, A. J. (1995). Inservice training in speech-language pathology: Are we meeting the needs for fluency training? *American Journal of Speech-Language Pathology, 4(3),* 22-28.

Song, M. S. (2001). *A qualitative study on the experience of child rearing by female divorcees*. Unpublished doctoral dissertation. Chung-Ang University, Seoul.

St. Louis, K. O., & Durrenberger, C. H. (1993). What communication disorders do experienced clinicians prefer to manage? *ASHA, 35,* 23-31.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research, techniques and procedures for developing ground theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Tellis, G. M., Bressler, L., & Emerick, K. (2008). An exploration of clinicians views about assessment and treatment of stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders, 18,* 16-23.

Uchisugawa, H., & Hayasaka, K. (1998). *The study of diagnosis and treatment for young children who stutter.* Tokyo: Kaxama Shobo.

Van Riper, C. (1975). The stutterer's clinician. In J. Eisenson (Ed.), *Stuttering, a second symposium* (pp. 453-492). New York, NY: Harper & Row.

Yaruss, J. S. (1999). Current status of academic and clinical education in fluency disorders at ASHA-accredited training program. *Journal of Fluency Disorders, 24*, 169-183.

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2002). Academic and clinical education in fluency disorder: An update. *Journal of Fluency Disorders, 27*, 43-63.

Yaruss, J. S., Quesal, R. W., & Murphy, B. (2002). National Stuttering Association members opinions about stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 27,* 227-242.

Yoon, H. R., Kwan, S. B., Kim, S. J., Bae, S. Y., Shin, M. S., & Hwang, M. A. (2010). A current status survey of the curriculum of Korean speech-language pathology department and development of accrediting system. *Korean Journal of Communication Disorders, 15(3),*

271-281.

Zebrowski, P. M. (1997). Assisting young children who stutter and their families: Defining the role of the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology, 8*, 18-19.

Zebrowski, P. M., & Kelly, E. M. (2002). *Manual of stuttering intervention.* Clifton Park, NY: Singular.