

بررسی تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری در اضطراب و سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان

حسن توزنده‌جانی*، هدا نعیمی^۱، محبوبه احمدپور^۲

چکیده

مقدمه: در دهه‌های گذشته، روان‌شناسان روی اثربخشی عوامل خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی (به ویژه، رویکردهای شناختی- رفتاری و مهارت‌های زندگی) در سلامت روانی و درمان اختلال‌های روانی تأکید کرده‌اند.

مواد و روش‌ها: این تحقیق از نوع تحقیق‌های نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری با گروه شاهد) است، که به منظور بررسی تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان در شهر نیشابور صورت گرفت. بدین منظور ۳۰ نفر از کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینیک‌های گفتار درمانی به صورت تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) تقسیم شدند. آزمون اضطراب Spence و سازگاری با لکنت زبان جهت اندازه‌گیری سطح اضطراب و سازگاری آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. سپس، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری به شیوه گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه گردید، اما گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. در پایان دوره آموزش و دو ماه بعد از آن، هر دو گروه دوباره به وسیله آزمون‌های فوق مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: داده‌ها بر اساس آزمون t در گروه‌های مستقل و وابسته و با کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری با لکنت زبان در آزمودنی‌ها مؤثر بوده است ($P < 0/05$).

بحث: دلیل کارآمدی شیوه‌های گروهی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری، زیربنای آموزشی آن‌ها است؛ چرا که در این شیوه هم بر جنبه‌های شناختی و هم رفتاری تأکید می‌شود. از سوی دیگر، برای اثربخشی بیشتر آموزش‌ها به زمان بیشتری نیاز است. هم‌چنین، کنترل عوامل اثرگذار می‌تواند در اثربخشی بیشتر این آموزش‌ها مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری گروهی، اضطراب، سازگاری، لکنت زبان.

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۰/۶/۱

مقدمه

عدم توانایی پیش‌بینی دقیق آن‌ها، اضطراب بالایی را در آن‌ها ایجاد می‌کند. اغلب افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا، افکار طراحی شده بیشتری را درباره پنهان کردن حالت اضطراب‌شان یا اجتناب از موقعیت‌های استرس‌آمیز و افکار طراحی شده

اغلب اوقات، شتاب زندگی روزمره باعث شتاب‌زدگی کودکان می‌شود و آن‌ها را مجبور می‌کند تا زودتر از آن که به راحتی توانایی آن را داشته باشند، با موقعیت‌های پریشان کننده دست به گریبان شوند. تغییر و مواجه شدن با موقعیت‌های مبهم و

* استادیار، دکتری روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران.

Email: h.toozandehjani@ymail.com

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران.

۲- کارشناس، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، ایران.

کمتری را درباره بهبود عملکردشان در موقعیت گزارش می‌کنند. همچنین، افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا خاطرات زندگی مثبت کمتر و افکار خود ارزیابانه منفی‌تری را گزارش می‌دهند (۱).

به طور معمول انسان‌ها در برابر مشکلات هیجانی-عاطفی، محدودیت‌ها و فشارهای محیطی، اختلال‌های رفتاری و روانی و حتی معلولیت‌های جسمی، عکس‌العمل‌های متفاوتی نشان می‌دهند. طبیعی است که برخی از افراد به ویژه افراد دارای اختلال‌های گفتاری نسبت به این مسایل حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. این حساسیت‌ها و فشارها مانع آرامش روان در فرد شده، آشفتگی روانی، تنش عضلانی، اضطراب و تشدید اختلال‌های گفتاری را موجب می‌شود (۲). منظور از اضطراب، هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی مانند نگرانی، دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود و همه انسان‌ها درجاتی از آن را گاه به گاه تجربه می‌کنند (۲). اضطراب حالت تحریک تشدید شده هیجانی است که احساس نگرانی یا ترس را هم در بر دارد. همانند حالت ترس، فرد احساس می‌کند که تهدید می‌شود، اما بر خلاف ترس فرد اغلب منبع تهدید را به شکلی مبهم یا نه چندان دقیق ادراک می‌کند (۳). علایم شناختی اضطراب شامل سر درگمی، اختلال در حافظه و تمرکز، حواس‌پرتی، ترس از دست دادن کنترل، کم‌رویی، گوش به زنگی، افکار تکرار شونده و ... می‌باشد. علایم روان‌شناختی اضطراب شامل عصبی بودن، بی‌طاقتی، نگرانی، هوشیاری افراطی، وحشت‌زدگی، دلواپسی، افسردگی، تنیدگی، ترس یا هیجان‌زدگی و ... است. برخی علایم جسمی اضطراب شامل تپش قلب، تنگی تنفس، بی‌اشتهایی، تهوع، بی‌خوابی، تکرر ادرار، چهره برافروخته، تعریق، اختلال در گفتار، بی‌قراری و ... است (۴). اضطراب تنها زمانی ناهنجار خواهد بود که در برابر موقعیت‌هایی رخ دهد که اکثر مردم آن‌ها را به راحتی حل و فصل نموده، یا تحمل می‌کنند (۵).

ناتوانی کودکان و نوجوانان در برخورد صحیح با استرس‌ها باعث می‌شود که آن‌ها به آسیب‌های جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی مبتلا شوند (۶). در کودکان مبتلا به اختلال لکت

زبان، فشار و نگرانی همیشه لکت را بیشتر می‌کند و به همین دلیل بسیاری از پیشنهاد‌های درمانی برای کمک به کاهش هر چه بیشتر این عوامل است (۷). افراد مبتلا به لکت زبان به جهت تجارب تلخی که از لکت دارند، به مرور رفتارهای اجتنابی را به کار می‌برند. این رفتارها و هراس‌ها سبب امتناع از ارتباطات اجتماعی می‌گردد و در نهایت منجر به خود پنداره نادرست و عدم شکوفایی استعداد‌های بالقوه در معاشرت‌های اجتماعی و توانایی‌های تحصیلی می‌شود. از آن جا که اضطراب عامل تشدید کننده لکت زبان است و افزایش لکت زبان نیز افزایش اضطراب را به همراه دارد، ضرورت آموزش‌هایی جهت کنترل این شرایط بیشتر مشخص می‌گردد (۸).

تحقیقات نشان داده‌اند که تنیدگی و اضطراب لکت زبان را تشدید می‌کنند و توأم بودن آن با اضطراب سرخوردگی، کاهش سطح حرمت نفس و معلولیت در کنش‌وری اجتماعی را به وجود می‌آورد (۹). مولکاهی و همکاران اضطراب اجتماعی بالاتری را در نوجوانان مبتلا به لکت زبان در مقایسه با نوجوانان عادی گزارش دادند (۱۰). Prasse و Kikano معتقدند که عملکردهای ثانویه از قبیل برهم زدن چشم‌ها، به هم خوردن آرواره و حرکات غیر ارادی سر یا دست و پا که با لکت زبان همراه می‌شوند، می‌توانند کودک را بیشتر دچار نگرانی کرده، منجر به ترس از گفتار شوند (۱۱).

Davis و همکاران گزارش دادند که میزان اضطراب کودکان و نوجوانان دارای لکت زبان در مقایسه با گروهی که لکت زبان‌شان بهبود یافته بود و کودکان و نوجوانان بدون لکت بیشتر است (۱۲). Blood و همکاران عقیده دارند که کودکان مبتلا به لکت زبان سطوح بالاتری از اضطراب و نگرانی را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند (۱۳). آن‌ها همچنین دریافتند که بین اعتماد به نفس این کودکان و سطح اضطراب آن‌ها ارتباط مشخص و مثبتی وجود دارد. کودکان دارای لکت زبان در مقایسه با کودکان بدون لکت زبان بیشتر در خطر تجربه رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌گیرند.

آل‌جوادی و عبدالرحمان ضمن پژوهشی دریافتند که لکت زبان و اختلال‌های یادگیری در کودکان و نوجوانانی بیشتر

مهارت‌های شناختی-رفتاری زندگی، مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبه‌رو شود. هدف از آموزش این مهارت‌ها افزایش توانمندی‌های روانی-اجتماعی و در نهایت پیش‌گیری از رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت و ارتقای سطح سلامت روانی افراد است. این توانایی‌ها فرد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و موجب ارتقای رشد شخصی و اجتماعی و پیش‌گیری از مشکلات روانی-اجتماعی گردد (۲۵).

مطالعات بسیاری در مورد تأثیر برنامه مهارت‌های زندگی بر ابعاد مختلف سلامت روانی (به نقل از لوانسانی)، نشان داده‌اند که دانش این مهارت‌ها سبب افزایش عزت نفس، بهبود مهارت‌های اجتماعی، ارتباطات بین فردی، افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی، افزایش رضایت از نظام خانواده و سازگاری با خانواده شده است (۲۶).

برنامه مهارت‌های شناختی-رفتاری زندگی در پاره‌ای از مطالعات درمانی نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶). در پژوهش Erwin، مشخص گردید که آموزش مهارت‌های اجتماعی در کاهش خشم کودکان منزوی مبتلا به لکنت زبان مؤثر است (۲۷). Shur در پژوهشی به این نتیجه رسید که مهارت‌های زندگی با روابط اجتماعی مثبت با هم‌سالان، امیدواری و همدلی رابطه مثبت دارد (۲۸). Greenberg (به نقل از کدخدازاده) با انجام تحقیقاتی در زمینه آسیب‌شناسی روانی نشان داد که عزت نفس پایین با برخی از مسایل روان‌شناختی (مانند الکسیسم، اضطراب، افسردگی، روان‌رنجوری و اسکیزوفرنی) ارتباط دارد (۲۹).

ایران در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی گنجانده شده در برنامه مدارس ابتدایی کشور موفق بوده است. نتیجه پژوهشی که با هدف تدوین برنامه سالم زیستن، نشان می‌دهد که ۳۹/۲ درصد از آزمودنی‌ها به طور کامل نه مهارت را از طریق مدرسه آموخته‌اند، ۲۸/۸ درصد از این مهارت‌ها را در حد متوسط و

است که تحت تأثیر جنگ و خشونت‌ها قرار می‌گیرند (۱۴). Howell طی پژوهشی دریافت که در اوایل نوجوانی تأثیرات اجتماعی-محیطی مانند اضطراب و نگرانی در کودکان و نوجوانانی که لکنت زبان دارند، مشخص‌تر می‌شود (۱۵). Yaruss و Reardon عقیده دارند که یکی از جنبه‌های چالش برانگیز درمان کودکان مدرسه‌رو مبتلا به لکنت زبان، تعمیم مهارت‌های کسب شده در موقعیت‌های واقعی می‌باشد (۱۶). از این رو، آموزش مهارت‌های بهبود روابط بین فردی بسیار مهم است. Hayhow و همکاران در تحقیقی دیدگاه‌های بزرگ‌سالانی را که لکنت زبان داشته‌اند، راجع به تأثیر لکنت زبان بر زندگی بررسی کردند و دریافتند که لکنت زبان بیشترین تأثیر منفی را بر شرایط تحصیلی و موقعیت فرد داشته است (۱۷).

وزیری ضمن پژوهشی با عنوان "بررسی نقش اضطراب و عوامل هیجانی در لکنت زبان" نشان داد که افراد مبتلا به لکنت زبان از افسردگی و ناسازگاری بیشتری رنج می‌برند (۱۸). فرازی گزارش داد که عزت نفس افراد مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با افراد عادی در سطح پایین‌تری است. وی در تحقیق خود نشان داد که افراد مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با گروه شاهد در موقعیت‌های گفتاری (مانند تماس تلفنی) به طور معنی‌داری دارای صفت و حالت اضطرابی بوده‌اند (۱۹). حسینی‌کنار آموزش خانواده را در بهبود لکنت زبان کودکان دبستانی مؤثر یافت (۲۰). فراتی دریافت که در نحوه برخورد و برقراری ارتباط والدین با کودکان مبتلا به لکنت زبان تفاوتی وجود ندارد (۲۱). لیاقت بین لکنت زبان و وضعیت اقتصادی و تحصیلی رابطه معکوس یافت (۲۲). در این تحقیق، فرضیه بالا بودن اضطراب افراد دارای لکنت زبان تأیید شد. Yanloo طی پژوهشی بازی را بر کاهش اضطراب کودکان مدرسه‌رو مبتلا به لکنت زبان مؤثر یافته است (۲۳). عسکریه و وزیران در پژوهشی به منظور بررسی عوامل مؤثر بر لکنت زبان، گزارش نمودند که سطح تحصیلات مادر بر کاهش لکنت کودکان مؤثر است و در بین این عوامل ترس را شایع‌ترین علت لکنت زبان مشاهده کردند (۲۴).

وی همچنین بین عزت نفس و رفتار اجتماع‌پسند با شدت لکنت زبان رابطه مثبت گزارش کرد. پژوهش‌های فوق حاکی از اهمیت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری برای کودکان مبتلا به لکنت زبان دارد.

با توجه به دامنه وسیع مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری، ایجاد فرصت یادگیری و کسب این مهارت‌ها برای تمام افراد از طریق برگزاری جلسات آموزشی ضروری به نظر می‌رسد. این مهارت‌ها، توانمندی‌هایی را افزایش می‌دهند که در ایجاد رفتار سالم، روابط بین فردی مثبت و سلامت روان (به ویژه برای کودکان مبتلا به اختلال‌های گفتاری) نقش مهمی دارند. بسیار مطلوب است که این آموزش‌ها در سنین پایین‌تر و قبل از ایجاد اختلال‌های گفتاری ارائه شوند. با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری، فرد به توانایی‌های لازم روانی- اجتماعی دست یافته، در موقعیت‌های زندگی به احساس کفایت و کارآمدی می‌رسد. بنابراین، ارائه آموزش‌هایی از این قبیل برای کودکان مبتلا به لکنت زبان ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به آن چه گفته شد، هدف این تحقیق بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری (خودآگاهی، همدلی، برقراری ارتباط مؤثر، برقراری روابط بین فردی، افزایش اعتماد به نفس، مقابله با هیجان و استرس) بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان می‌باشد. با توجه به اهداف تحقیق، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان مؤثر است. ۲- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی بر سازگاری و تطابق با لکنت کودکان مبتلا به لکنت زبان مؤثر است.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع تحقیقات نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری با گروه شاهد) است که با هدف

۱۰/۶ درصد خیلی کم آموخته‌اند، ۱۶/۴ درصد هیچ نیاموخته‌اند، ۲۰/۶ درصد خیلی کم و ۷/۴ درصد به طور کامل نامناسب اعلام نمودند. همچنین پژوهش آزمایشی دیگری که بر روی ۲۵۸۵ دانش‌آموز دختر و پسر پایه چهارم و پنجم در پنج استان تهران، سیستان و بلوچستان، آذربایجان، ایلام و کرمانشاه انجام شد، نیز این نتیجه را تأیید کرده است (۲۶).

کدخدازاده با انجام پژوهش دریافت که آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش میزان رضایت از زندگی مؤثر است (۲۹). دهقانی‌زاده طی تحقیقی گزارش داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش خلاقیت دانش‌آموزان پسر پایه پنجم شهرستان یزد مؤثر است (۳۰). همچنین، یادگیری مشارکتی را بر رشد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر پایه تأثیرگذار یافت. آقاجانی در پژوهشی با عنوان "تأثیر آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری زندگی بر سلامت روانی و کانون کنترل نوجوانان" نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی سلامت روانی آزمودنی‌ها را بهبود می‌بخشد (۳۱). اگر چه آموزش مهارت‌های زندگی بر کانون کنترل آزمودنی‌ها تأثیری نداشت، اما بین سلامت روانی و کانون کنترل با شیوه‌های مقابله‌ای ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین، بین سطح تحصیلات، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سلامت روانی و شیوه‌های مقابله‌ای آن‌ها ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. کرمانی طی پژوهشی نشان داد که عواملی مانند عدم به کارگیری الگوها و روش‌های مناسب تدریس، روش‌های ارزشیابی نادرست، انفعالی بودن دانش‌آموزان، دیکته شدن محتوای آموزشی در قالب کتاب‌های درسی و عدم ارتباط عمیق بین خانه و مدرسه در پایین بودن سطح مهارت‌های زندگی دانش‌آموزان دوره ابتدایی مؤثر بوده است (۳۲). پورشه‌رباری و اکبرزاده گزارش دادند که عدم آشنایی کودکان و نوجوانان با شیوه‌های صحیح مقابله با بحران می‌تواند در جامعه در حال تغییر و انتقالی منجر به آشفتگی، خشم و پرخاشگری، افسردگی و ... شود، یا آن‌ها را به سوی رفتارهای اجتنابی سوق دهد (۳۳). آدمزاد در پژوهش خود دریافت که آموزش‌های عزت نفس بر افزایش عزت نفس مؤثرند (۳۴).

بررسی اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری به شیوه گروهی (خودآگاهی، همدلی، برقراری ارتباط مؤثر، برقراری روابط بین فردی، افزایش اعتماد به نفس، مقابله با هیجان و استرس) بر کاهش اضطراب و سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان در شهر نیشابور انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به لکنت زبان (۹۰ نفر) مراجعه کننده به کلینیک‌های گفتار درمانی در سطح شهر نیشابور در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ بوده است. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از کودکان مبتلا به لکنت زبان بوده است که به صورت تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) تقسیم شدند. لازم به ذکر است که نمونه این پژوهش بر اساس مصاحبه گفتار درمانگر و از بین آزمودنی‌هایی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند و با کسب رضایت از والدین آنها انتخاب شد. هر دو گروه قبل از شروع آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری (پیش‌آزمون)، بعد از پایان دوره (پس‌آزمون) و دو ماه پس از آن (آزمون پی‌گیری) مورد آزمون قرار گرفتند. این آموزش‌ها طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای به گروه آزمایش داده شد، اما گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. جلسات به ترتیب زیر برگزار گردید: جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط، و بیان توضیحاتی در رابطه با هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری زندگی، جلسه دوم: آموزش مهارت خودآگاهی، جلسه سوم: مهارت همدلی، جلسه چهارم: آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر، جلسه پنجم: آموزش مهارت برقراری ارتباط بین فردی، جلسه ششم: آموزش مهارت‌های افزایش عزت نفس، جلسه هفتم: آموزش مهارت مدیریت بر هیجان‌ها، جلسه هشتم: آموزش مهارت مدیریت استرس. در پایان، نتایج به دست آمده با کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

در این پژوهش، به منظور بررسی سطح اضطراب آزمودنی‌ها از پرسش‌نامه اضطراب کودکان *Spence* استفاده شد. این

پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط *Spence* ساخته شد و دارای دو نسخه کودک و والدین است. خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه شامل هراس و ترس از فضای باز (سؤال‌های ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۷، ۲۵، ۱۹، ۱۲)، اضطراب جدایی (سؤال‌های ۳۸، ۱۵، ۱۴، ۱۱، ۸، ۵)، ترس از آسیب جسمانی (سؤال‌های ۲۹، ۲۳، ۲۱، ۱۶، ۲)، ترس اجتماعی (سؤال‌های ۳۱، ۲۶، ۱۰، ۹، ۷، ۶)، وسواس فکری و عملی (سؤال‌های ۳۷، ۳۶، ۳۵، ۲۴، ۱۷، ۱۳) و اضطراب فراگیر (سؤال‌های ۲۲، ۲۰، ۱۸، ۴، ۳، ۱) می‌باشد. نسخه والدین این پرسش‌نامه دارای ۳۸ سؤال و نسخه کودکان این پرسش‌نامه دارای ۴۵ عبارت است، که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده، ۶ عبارت آن (که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند) محاسبه نمی‌شوند. همچنین، دارای یک سؤال باز است که کودک به طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد. این پرسش‌نامه برای سنین ۸ تا ۱۵ سال تهیه شده است. شیوه نمره‌گذاری به پاسخ‌ها به صورت هرگز = ۰، گاهی اوقات = ۱، اغلب = ۲ و همیشه = ۳ خواهد بود و حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۱ می‌باشد. در این پژوهش، اعتبار همسانی درونی این مقیاس با *Choronbach's alpha* حدود ۰/۹۲ به دست آمده است. روایی همگرایی مقیاس اضطراب کودکان *Spence* با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب کودکان همبستگی معنی‌داری دارند ($r = ۰/۷۱$). روایی افتراقی این مقیاس با پرسش‌نامه افسردگی کودکان پایین و کم است. اعتبار همسانی درونی مقیاس نیز با *Choronbach's alpha* ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی مقیاس پس از ۶ ماه، ۰/۶۰ به دست آمده است (۲۱). ارزیابی سطح سازگاری آزمودنی‌ها، با کمک مقیاس سازگاری و تطابق کودکان با لکنت زبان (*Adjustment & Attitude Scale*) انجام شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ سؤال است که آزمودنی باید به هر یک از سؤال‌ها با "بله" و "خیر" پاسخ دهد. آزمونگر می‌تواند این سؤال‌ها را به طور مستقیم از کودک بپرسد، یا در صورت عدم توانایی پاسخ‌گویی کودک، به طور غیر مستقیم و از والدین سؤال نماید. اعتبار و پایایی این مقیاس بیشتر از ۰/۷۰ برآورد شده است (۲۱). ضریب اعتبار آزمون سازگاری با لکنت در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده

برآورد کرده است (۲۱).

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش، برای بررسی و توصیف ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار استنباطی (مانند t در گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس یک عاملی و دو عاملی و آزمون تعقیبی Tukey استفاده شده است. تحلیل‌های فوق با کمک نرم‌افزار SPSS₁₆ انجام شده است.

است، که با توجه به تعداد کم سوال‌ها (۱۸ سوال) مقادیر آن رضایت‌بخش به نظر می‌رسد. ضرایب اعتبار این آزمون روی یک گروه ۳۵ نفری از دانش‌آموزان عادی توسط خجسته‌مهر (به نقل از فراتی) محاسبه شد. این ضریب برای سازگاری شخصی ۰/۸۰ گزارش شد. همچنین، ضریب اعتبار آزمون بر روی گروه تیزهوشان در حدود ۰/۸۳ گزارش شده است. غفاری (به نقل از فراتی) ضریب اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر از دانش‌آموزان عادی شهر تهران ۰/۷۴ و با استفاده از فرمول شماره ۲۰ ChoudrRichardson ۰/۸۱

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری نمرات آزمودنی‌ها در آزمون اضطراب Spence و سازگاری با لکنت

زبان					آزمون‌ها	متغیرها	گروه‌ها
انحراف معیار	میانگین	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تعداد			
۳	۴۶	۸۵	۲۸	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	پیش‌آزمون	گروه
۵	۳۳	۶۷	۱۰	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر		آزمایش
۷	۳۵	۶۸	۷	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۳	۵	۱۱	۱	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		
۲	۲۴	۴۰	۱۵	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	پس‌آزمون	
۳	۲۲	۴۶	۳	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر		
۳	۲۲	۴۰	۷	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۴	۹	۱۷	۵	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		
۱	۲۰	۲۹	۱۳	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	آزمون	
۳	۱۹	۳۳	۵	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر	پی‌گیری	
۲	۲۰	۳۴	۸	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۳	۱۰	۱۶	۶	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		
۳	۴۷	۶۵	۲۶	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	پیش‌آزمون	گروه
۳	۲۹	۴۸	۱۱	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر		شاهد
۳	۳۱	۵۴	۷	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۳	۵	۹	۰	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		
۲	۵۳	۶۳	۴۳	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	پس‌آزمون	
۳	۴۲	۵۵	۲۲	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر		
۳	۳۷	۵۵	۱۴	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۲	۴	۸	۰	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		
۱	۵۸	۶۵	۴۷	۱۵	آزمون Spence نسخه کودک	آزمون	
۲	۴۹	۶۳	۳۲	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- مادر	پی‌گیری	
۲	۴۶	۵۸	۲۹	۱۵	آزمون Spence نسخه والدین- پدر		
۱	۳	۵	۰	۱۵	آزمون سازگاری و تطابق با لکنت		

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل جهت مقایسه سطح اضطراب دو گروه آزمایش و شاهد

آزمون برابری میانگین‌ها				آزمون برابری واریانس‌ها			
خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری	F	
۲/۷۱۲	-۲۷/۶۰۰	۰/۰۰۰	۲۸	-۱۰/۱۷۷	۰/۲۱۹	۱/۵۸۴	با فرض برابری واریانس
۲/۷۱۲	-۲۷/۶۰۰	۰/۰۰۰	۲۲/۷۸۷	-۱۰/۱۷۷			با فرض تفاوت واریانس

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، F محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ کوچک‌تر از F معیار می‌باشد ($F = ۱/۵۸۴$)، بنابراین فرض برابری واریانس‌های دو گروه تأیید می‌شود ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این که t محاسبه شده با درجه‌آزادی $df = ۲۸$ از t معیار در سطح ۰/۰۵ بزرگ‌تر است ($t = -۱۰/۱۷۷$)، از این رو فرض صفر رد می‌شود ($P < ۰/۰۵$)، و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و شاهد مورد تأیید می‌باشد. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنی‌دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها نتیجه گرفته می‌شود که ادعای محقق مبنی بر "اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان" تأیید می‌گردد.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، F محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ کوچک‌تر از F معیار می‌باشد ($F = ۳/۱۹۶$)، بنابراین فرض برابری واریانس‌های دو گروه تأیید می‌شود ($P > ۰/۰۵$). از آن جا که t محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ از t معیار بزرگ‌تر می‌باشد ($t = ۷/۰۷۳$)، از این رو فرض صفر رد می‌شود ($P < ۰/۰۵$)، و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگین‌های پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت وجود دارد. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنی‌دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها نتیجه گرفته می‌شود که ادعای محقق مبنی بر "تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی در مرحله پی‌گیری بر کاهش اضطراب کودکان" مورد تأیید قرار گرفته است.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل جهت مقایسه سطح اضطراب دو گروه آزمایش و شاهد در آزمون پی‌گیری نسبت به پس‌آزمون

آزمون برابری میانگین‌ها				آزمون برابری واریانس‌ها			
خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری	F	
۱/۲۷۲	۹/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۸	۷/۰۷۳	۰/۸۵۰	۳/۱۹۶	با فرض برابری واریانس
۱/۲۷۲	۹/۰۰۰	۰/۰۰۰	۲۲/۷۱۵	۷/۰۷۳			با فرض تفاوت واریانس

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل جهت مقایسه سطح سازگاری دو گروه آزمایش و شاهد

آزمون برابری میانگین‌ها				آزمون برابری واریانس‌ها			
خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری	F	
۱/۱۶۹	۵/۵۳۳	۰/۰۰۰	۲۸	۴/۷۳۳	۰/۰۰۵	۲/۵۰۱	با فرض برابری واریانس
۱/۱۶۹	۵/۵۳۳	۰/۰۰۰	۱۶/۵۰۳	۴/۷۳۳			با فرض تفاوت واریانس‌ها

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون t در گروه‌های مستقل جهت مقایسه نمرات سازگاری و تطابق با لکنت زبان در آزمون پی‌گیری نسبت به پس‌آزمون

آزمون برابری میانگین‌ها				آزمون برابری واریانس‌ها			
خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری	F	
۰/۴۷۵	۱/۹۳۳	۰/۰۰۰	۲۸	۴/۰۷۲	۱/۰۰۰	۰/۰۸۵	فرض برابری با واریانس
۰/۴۷۵	۱/۹۳۳	۰/۰۰۰	۲۷/۹۲۰	۴/۰۷۲			با فرض تفاوت واریانس‌ها

می‌شود ($P > ۰/۰۵$). با توجه به این که t محاسبه شده از t معیار بزرگ‌تر می‌باشد ($t = ۴/۰۷۲$)، از این رو فرض صفر رد می‌شود ($P < ۰/۰۵$) و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و شاهد در آزمون پی‌گیری تأیید می‌شود. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنی‌دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها نتیجه گرفته می‌شود که ادعای محقق مبنی بر "تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی بر افزایش سطح سازگاری و تطابق با لکنت زبان در آزمون پی‌گیری" مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث

همان‌طور که گفته شد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی (خودآگاهی، همدلی، برقراری ارتباط مؤثر، برقراری روابط بین فردی، افزایش اعتماد به نفس، مقابله با هیجان و استرس) بر اضطراب و سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان بوده است.

نتایج جدول ۴ بیانگر این است که F محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ کوچک‌تر از F معیار می‌باشد ($F = ۲/۵۰۱$)، بنابراین فرض برابری واریانس‌های دو گروه تأیید می‌شود ($P < ۰/۰۵$). از آن جا که t محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ از t معیار بزرگ‌تر می‌باشد ($t = ۴/۷۳۳$)، از این رو فرض صفر رد می‌شود ($P < ۰/۰۵$)، و با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفته می‌شود که تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون تأیید می‌شود. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با عنایت به معنی‌دار شدن تفاوت بین میانگین‌ها نتیجه گرفته می‌شود که ادعای محقق مبنی بر "تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی به شیوه گروهی بر افزایش سطح سازگاری و تطابق با لکنت زبان آزمودنی‌ها در پس‌آزمون" مورد تأیید می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، F محاسبه شده در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ کوچک‌تر از F معیار می‌باشد ($F = ۰/۰۸۵$)، بنابراین فرض تساوی میانگین‌های دو گروه در پس‌آزمون نسبت به آزمون پی‌گیری تأیید

و همدلی می‌باشد (۲۸)، همخوانی دارد. کودکان در مراحل ابتدایی لکنت زبان اغلب تجارب ناکام کننده کمی دارند، اما زمانی که این اختلال از طرف دیگران مورد توجه واقع شود و کودک بازخوردهای منفی دریافت نماید، تجارب منفی و ناکام کننده بیشتر می‌شوند و تأثیر این ناکامی بر گفتار کودک باعث افزایش لکنت زبان وی می‌گردد. لازم به ذکر است که عواملی که زمینه‌ساز ناکامی در فرد مبتلا به لکنت زبان می‌شوند، زیاد و شاید غیر قابل کنترل باشند. از این رو، باید توجه کرد که اگر چه در بسیاری از موارد نمی‌توان مانع ناکامی‌ها شد، اما می‌توان تعداد این تجارب را کاهش داد، یا سطح تحمل ناکامی‌ها را در کودک افزایش دهیم (۳۵).

بر اساس فرضیه دوم پژوهش، "آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری بر افزایش سطح سازگاری کودکان مبتلا به لکنت زبان مؤثر است". به طور کلی، انسان در جهانی زندگی می‌کند که به طور مداوم در حال تغییر و تحول است و این تغییرات و تحولات در ابعاد مختلف انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به طوری که هر فرد برای داشتن یک زندگی متعادل باید خود را با این تغییرات هماهنگ و سازگار نماید. بنابراین، سازگاری و هماهنگ شدن با خود و محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده یک ضرورت حیاتی است.

Ballard نشان داد که آموزش‌های خانواده و مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی در بالا بردن سازگاری اجتماعی مؤثرند (۳۶). همچنین، متغیرهایی مانند عزت نفس، کفایت خود و خود پنداره را نیز اندازه‌گیری نمود، اما تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرد. Muris تأثیر مشاوره گروهی و الگوی حل مسأله را بر سازگاری تحصیلی و اجتماعی مورد پژوهش قرار داد و دریافت که تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و شاهد در سازگاری تحصیلی و اجتماعی وجود دارد (۷۳). این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مولکاهی و همکاران در زمینه سازگاری اجتماعی و افزایش ارتباطات و مهارت‌های بین فردی (۱۰)، همچنین با یافته‌های پژوهشی Blood و همکاران در مورد ارتباطات اجتماعی، عزت نفس و اضطراب

نتایج فرضیه اول پژوهش مبنی بر "اثر بخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری زندگی بر کاهش سطح اضطراب کودکان مبتلا به لکنت زبان" حاکی از این بود که این مهارت‌ها تفاوت معنی‌داری در سطح اضطراب گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون و دوره پی‌گیری ایجاد کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش Davis و همکاران (۱۲)، و دیگر مطالعات (به نقل از لواسانی) مبنی بر این که مهارت‌های مقابله‌ای شناختی- رفتاری بر ابعاد مختلف بهداشت روانی و از جمله کاهش اضطراب مؤثر است (۲۶) و همچنین با نتایج پژوهش‌های حسینی‌کنار (۲۰) و Yanloo (۲۳) همسو و همخوان می‌باشند.

این یافته‌ها با نتایج تحقیقات Yanloo (۲۳)، دهقانی‌زاده (۳۰)، آقاجانی (۳۱) و آدمزاد (۳۴) که نشان دادند آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری زندگی سلامت روانی آزمودنی‌ها را بهبود می‌بخشد و بر کاهش سطح اضطراب آن‌ها تأثیرگذار است، هماهنگ و همسو می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نتایج تحقیق عظیمی‌راد (۷)، محمدزاده (۸) و پورشهریاری و اکبرزاده (۳۳) که عدم آشنایی کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت زبان با شیوه‌های صحیح مقابله با بحران می‌تواند در جامعه در حال تغییر و انتقالی منجر به اضطراب، آشفتگی، خشم و پرخاشگری، افسردگی شود، یا آن‌ها را به سوی رفتارهای اجتنابی سوق دهد، هماهنگ و همسو می‌باشد. زهراکار (۴) و لیاقت (۲۲) بهترین راه مقابله با بحران در کودکان و نوجوانان مبتلا به لکنت زبان را استفاده از روش‌های تجربی با هدف درک معنی و موقعیت مشکل، رفتار مناسب و شایسته، خودداری از بروز هیجان‌های قوی مانند ترس و خشم و بالا بردن احترام به خود و اعتماد به نفس معرفی کرده‌اند.

یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیق Erwin که آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری زندگی را بر کاهش خشم کودکان منوی مؤثر می‌داند (۲۷) و همچنین با یافته‌های Shur که بیانگر رابطه مثبت آموزش مهارت‌های شناختی- رفتاری زندگی با روابط اجتماعی مثبت با هم‌سالان، امیدواری

درگیری‌های بین فردی در خانواده ارتباط معنی‌داری با سازگاری روانی-اجتماعی دارند. Spearman اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کوتاه مدت را بر عزت نفس، منبع کنترل و موقعیت گروهی گزارش کرد (۴۴). Mendonca تأثیر مثبت مشاوره گروهی بر سازگاری و ادراک دانش‌آموزان را نسبت به خود و دیگران گزارش نمود (۴۵). Kahn اثربخشی برنامه‌های حمایت گروهی را بر سازگاری اجتماعی، عزت نفس و افسردگی مورد تأیید داد (۴۶). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات بالا هماهنگ می‌باشد.

بر اساس نظریه ناهماهنگی شناختی Feastering افراد لکنتی دارای عزت نفس پایین هستند و به احتمال زیاد دست به اعمال ناسازگارانه می‌زنند؛ چرا که این اعمال با خود پنداره آن‌ها هماهنگ است (به نقل از Hoppe). پژوهش‌های Hiether (به نقل از Hoppe) نشان داد که عوامل متعددی از جمله محیط خانواده، طبقه اجتماعی، نژاد، عزت نفس و ... می‌توانند به طور مستقیم در سازگاری اجتماعی و تحصیلی تأثیرگذار باشند (۴۷).

Katz و همکاران اشاره کردند که سازگاری اجتماعی با عوامل گوناگونی چون وراثت، محیط، خانواده، شیوه‌های تربیتی و هویت جنسی، عضویت گروهی و ... ارتباط دارد (۴۸). این یافته‌ها نیز با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان است. البته، ذکر این نکته به جا است که افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری زندگی باعث اعتلا و کسب مهارت‌های تازه و پیچیده‌تر می‌شود، خود فهمی مثبت ایجاد کرده، فرد در نهایت با اطرافیان روابط مناسبی برقرار می‌کند و باعث سازگاری اجتماعی کلی می‌شود (۲۰). محققان معتقدند که افکار و عقاید منفی فرد باعث کاهش عزت نفس می‌شود. بنابراین، سازگاری فردی متأثر از عزت نفس است و عزت نفس پایین می‌تواند سازگاری اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهد (۴۹). شاید بتوان گفت که یکی از دلایل مؤثر بودن شیوه‌های گروهی آموزش‌های شناختی-رفتاری مهارت‌های زندگی، زیر بنای آموزشی آن است؛ چرا که در این شیوه هم بر جنبه‌های شناختی و هم رفتاری تأکید می‌شود. در این

اجتماعی (۱۳)، و نتایج پژوهش Yaruss و Reardon در زمینه سازگاری اجتماعی و کاهش رفتارهای غیر اجتماعی (۱۶)، و پژوهش Howell در زمینه کاهش پرخاشگری و بزه‌کاری (۱۵)، هماهنگ و همخوان می‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های عظیمی‌راد (۷)، وزیر (۱۸)، فرازی (۱۹)، حسینی‌کنار (۲۰)، عسکریه و وزیران (۲۴)، کدخدازاده (۲۹)، دهقانی‌زاده (۳۰)، آفاجانی (۳۱)، کرمانی (۳۲)، نیز هماهنگ و همخوان می‌باشد.

نتایج تحقیق Leavy (به نقل از عسکریه و ارشادوزیران) بیانگر رابطه مثبت میان عوامل نامطلوب موجود در محیط خانه و مشکلات آموزشی و رفتاری کودکان بود. پژوهش Dabus (به نقل از عسکریه و ارشادوزیران) نشان داد که رابطه معنی‌داری میان ساختار خانواده، ارتباط والدین و فرزندان با سازگاری در مدرسه وجود دارد (۲۴). سید در پژوهشی با بررسی رابطه نظام زناشویی با سازگاری اجتماعی کودکان کودکستانی دریافت که ارتباط والدین و فرزندان بر سازگاری اجتماعی آن‌ها مؤثر است (۳۸). Tinto (۳۹) و Boulter (۴۰) دریافتند که عوامل شخصیتی، آموزش‌های خانوادگی، باورها و نگرش‌های مثبت و منفی فرد بر سازگاری او تأثیر می‌گذارد. Greenberg (به نقل از Greene) با بررسی توانایی‌های هوشی و سازگاری اجتماعی به این نتیجه رسید که این توانمندی‌ها تأثیر مثبتی بر سازگاری فرد دارند (۴۱). علاوه بر این، افرادی که احساس بهتری نسبت به خود دارند، از لحاظ تحصیلی و روابط اجتماعی وضعیت بهتری دارند. Kutz و Muller دریافتند که عضویت در گروه‌هایی که از لحاظ اجتماعی جایگاهی ندارند، باعث کاهش عزت نفس و بروز رفتارهای ضد اجتماعی می‌شود (۴۲). آن‌ها به این نتیجه رسیدند که افرادی که دیدگاه مثبتی از گروه خود دارند و نقش مهمی در آن ایفا می‌کنند، از لحاظ سازگاری و سلامت روانی از وضعیت بهتری برخوردار هستند. نتایج پژوهش Florsheim نشان داد که مشکلات سازگاری در نوجوانان مربوط به الگوهای فرهنگی آن‌ها می‌باشد (۴۳). جنبه‌های خاص عملکرد خانواده، سطح بالای کنترل و

رویکرد، ابتدا شناخت افراد نسبت به مسأله تغییر داده می‌شود و سپس به آن‌ها آموزش‌های رفتاری مانند شیوه حل مسأله داده می‌شود تا بتوانند همزمان رفتار و شناخت جدید را تجربه نمایند.

نتیجه‌گیری

از آن جا که سازگاری اجتماعی حیطة گسترده‌ای چون روابط با هم‌سالان، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای، مهارت‌های اجتماعی و همچنین متغیرهایی مانند شغل و تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده، سن والدین و ... را شامل می‌شود، آموزش‌های فوق ممکن است تنها ابعادی از سازگاری کودکان را بالا ببرند (۱۶). بنابراین، برای بالا بردن سازگاری اجتماعی ضروری است که به دیگر جنبه‌های آن نیز توجه شود. در این پژوهش، بیشتر به زمینه‌هایی که مرتبط با عزت نفس می‌باشند، پرداخته شده است و نتایج نشان می‌دهد که سازگاری کودکان با لکنت زبان‌شان تغییر پیدا کرده است. این تغییرات می‌تواند دلایل متعددی داشته باشد. نخست این که، در این پژوهش به طور کلی به دنبال بررسی وجود رابطه بین ویژگی‌های دموگرافیک و سازگاری با لکنت زبان نبوده‌ایم، بلکه بیشتر سعی داشته‌ایم که با کنترل این متغیرها اثر آموزش‌ها را بر سازگاری کودکان با لکنت زبان‌شان بررسی کنیم. دوم این که، در نمونه‌ها و محیط‌های محلی کوچک به طور کلی تفاوت‌ها از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک زیاد نمی‌باشد. نمونه این پژوهش نیز از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت زیادی با یکدیگر نداشتند. سوم این که، نمونه‌های انتخاب شده برای این پژوهش عزت نفس و سازگاری اجتماعی پایینی داشتند. بنابراین، توجه به سایر ابعاد اضطراب و سازگاری اجتماعی این کودکان ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به تحقیقات ذکر شده، می‌توان علت اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری به شیوه گروهی را در محتوا و برنامه‌های این دو رویکرد جستجو کرد. منشأ نقص در ارتباط این کودکان هر چه باشد (مانند پریشانی هیجانی، اسناد غلط، سابقه تقویت و تنبیه قبلی و ...)، آموزش‌های مناسب

در زمینه کسب مهارت‌های ارتباطی، حل مسأله، عزت نفس و ... می‌توانند به کودکان دچار لکنت زبان در توسعه رفتارهای ارتباطی مناسب و بهبود رابطه با محیط کمک کنند (۵۰). علت دیگر اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری به شیوه گروهی تأکید این دو رویکرد بر جنبه‌های شناختی، رفتاری، ارتباطی، عزت نفس و حل مسأله است. در درمان رفتاری، به کارگیری اصول درمان رفتاری مانند تبادل رفتاری، تقویت و تنبیه و ... باعث اصلاح رفتار و جلوگیری از شکل‌گیری تعاملات نامناسب و بروز تعارض در روابط اجتماعی این کودکان می‌شود. همچنین، استفاده گسترده از این رویکرد در آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث بهبود ارتباط این کودکان می‌شود. Bollton گزارش داده است که "زندگی اغلب این کودکان به دلیل فقدان مهارت‌های ارتباطی و حل مسأله و همچنین سبک ارتباطی ناسالم به یک رابطه موازی و بدون صمیمیت تبدیل می‌شود" (۵۱). رویکرد شناختی-رفتاری با بررسی سبک‌های ارتباطی در کودکان درمانده و غیر درمانده، و همچنین با به کارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب مانند رعایت احترام متقابل، درک و فهم، آداب اجتماعی، وقت‌شناسی، خودآگاهی، همدلی، برقراری ارتباط مؤثر، برقراری روابط بین فردی، افزایش اعتماد به نفس، مقابله با هیجان و استرس و پرهیز از خطاهای شناختی در روابط کلامی و غیر کلامی به کودکان مبتلا به لکنت زبان در ایجاد محیطی مناسب در خانواده و جامعه کمک می‌کند. در این رویکرد بر روش‌های کنترل تعارض، هیجان منفی و استرس‌ها نیز تأکید می‌شود (۵۱).

محدودیت‌ها و پیشنهادات

با توجه به گستردگی حیطة سازگاری اجتماعی و لکنت زبان از یک سو و اثربخشی مهارت‌های شناختی-رفتاری زندگی بر کاهش اضطراب و افزایش سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به لکنت زبان از سوی دیگر، می‌توان نتیجه گرفت که این آموزش‌ها می‌توانند به عنوان راه حلی برای غلبه بر اضطراب ناشی از لکنت زبان و افزایش سازگاری اجتماعی مطرح گردند و توان مقابله با اضطراب ناشی از تغییرات و

عزت نفس و شرایط اجتماعی قبلی آزمودنی‌ها، عدم کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده، اثرگذاری رویکردهای تربیتی خانواده بر سازگاری اجتماعی و عزت نفس، سبک زناشویی والدین، روابط اجتماعی متقابل آزمودنی‌ها با همسالان‌شان، الگوهای آموزشی معلمان و نظام اجتماعی مدرسه، عدم کنترل وضعیت هوشی آزمودنی‌ها و مانند آن می‌توانند افزایش تأثیر مهارت‌های شناختی-رفتاری زندگی بر سازگاری اجتماعی و لکنت زبان را به دنبال داشته باشد.

ناکامی‌ها را بهبود بخشند. از آن جا که آگاهی کودکان از لکنت زبان و حتی تشدید آن بیشتر در مقطع ابتدایی رخ می‌دهد، حضور روان‌شناس و مشاور در مدارس و اجرای آموزش‌هایی در زمینه مهارت‌های شناختی-رفتاری متناسب با مشکلات و سطح یادگیری کودکان در این مقطع امری ضروری به نظر می‌رسد.

شاید برای اثربخشی بیشتر آموزش‌ها به زمان بیشتری نیاز باشد. از سوی دیگر، کنترل عوامل اثرگذار مهم دیگری مانند

References

1. Stoppard M. All the kinds are intelligent if translated. Tehran: Danesh Iran publications; 2001.
2. Atkinson D, Hilgard A. Psychology context. Tehran: Roshd Publications; 2001.
3. Broneaw F. Descriptive encyclopedia of psychology expressions. Terhran: kelk publications; 1991.
4. Zaharakar K. Stress consulting. Tehran: Ball publications; 2008.
5. Goldberg R. Anxiety. Tabriz: Tabesh publications; 1984.
6. Powell TJ, Enright S. Anxiety and Stress Management (Strategies for Mental Health). Mashhad: Marandiz and Neishabour Branch, Islamic Azad University publications; 1997.
7. Azimi Rad N. Preventing and treating stuttering. Tehran: Amir Kabir Publications; 1998.
8. Mohammad Zadeh H. Pathology and etiology of stuttering. Tehran: Aidin Publications; 1995.
9. Dadsetan P. Tongue disorders allocation and retaining. Tehran: Samt publications; 2008.
10. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *J Fluency Disord* 2008; 33(4): 306-19.
11. Prasse JE, Kikano GE. Stuttering: an overview. *Am Fam Physician* 2008; 77(9): 1271-6.
12. Davis S, Shisca D, Howell P. Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *J Commun Disord* 2007; 40(5): 398-417.
13. Blood GW, Blood IM, Maloney K, Meyer C, Qualls CD. Anxiety levels in adolescents who stutter. *J Commun Disord* 2007; 40(6): 452-69.
14. Al Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007; 7: 274.
15. Howell P. Signs of developmental stuttering up to age eight and at 12 plus. *Clin Psychol Rev* 2007; 27(3): 287-306.
16. Yaruss J, Reardon NA. Festering generalization and maintenance in school setting. 1st ed. United States: Seminars in speech and language; 2003.
17. Hayhow R, Cray AM, Enderby P. Stammering and therapy views of people who stammer. *J Fluency Disord* 2002; 27(1): 1-16.
18. Vaziri R. Examining role of anxiety and emotional factors in stuttering. MA Thesis Alame Tabatabaie University; 1997.
19. Farazi M. Examining relationship between anxiety and stuttering. Review of third congress of Iran speech therapy. Behzisti and Tavanbakhshi University 1996.
20. Hoseinikenar M. Examining the efficiency of family training plan in improving and treating school children's stuttering. MA Thesis Allame Tabatabaie University; 1995.

21. Farati F. Examining parent's communication way with children with stuttering. Speech Therapy Centers of Tehran Medicine University 1994.
22. Liaghat B. Examining speech disorders and relationship between stutters and anxiety, social and educational condition and gender in normal and with stuttering people. 1992.
23. Yanloo H. Examining effect of playing plan on school children's anxiety in Tabas. MA Thesis Tarbiat Modares University; 2000.
24. Askarie And ErshadVaziran E. Examining abundance distribution of risk of known factors influencing stuttering in clients Afarinesh Training-empowering center in Yazd; 2000.
25. Nikparvar R. Getting familiar with life skills training plans Tehran: welfare organization; 2004.
26. Lavasani F. Life skills. Tehran: Vice presidency of prevention and cultural of welfare organization; 2004.
27. Erwin PG. Effectiveness of social skills training with children: A meta-analytic study. Counseling Psychology Quarterly 1994; 7: 305-10.
28. Shur MB. Resilience as problem solving skills. Washington DC: Fostering Resilience Conference; 1991.
29. Kadkhodazadeh T. Efficiency of life skills training on life satisfaction rate enhancement. MA. thesis Birjand Branch, Islamic Azad University; 2006.
30. Dehghanizadeh HA. Examining effect of life skills training on enhancing fifth grade male student's creativity in Yazd. MA Thesis Tarbiat Moalem University; 2005.
31. Aghajani M. Examining effect of life skills training on mental health and focused of control. MA thesis Alzahra university of Tehran; 2002.
32. Mirjavadi Kermani MJ. Examining factors influencing in deficiency in life skills level in school students in east Azarbaiejan province. Research plan 2003.
33. Poor Shahriari M, Akbar Zadeh N. Examine the role of comparative training and life skills training to adolescents in social adaptation (total plan) Alzahra University of Tehran; 2001.
34. Adamzad M. Examining effect of life skills training on mental health and focused of control in children and adolescence. MA thesis Alzahra university of Tehran; 2002.
35. Shafei B, Mehralian Z. Speech dicing fluency in children. Isfahan: Isfahan's Medicine University publications; 2006.
36. Ballard EM. Effects of a social skills training program on social adjustment of persons with head injuries, Thesis (Ph. D) -Illinois Institute of Technology 1993.
37. Muris p. Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. Personality and Individual Differences 2002; 32(2): 337-48.
38. Said M. Familial influences on Kindergartners social adjustment. PhD Thesis University of Illinois; 1995.
39. Tinto V. Leaving College: Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition. 2nd ed. University Of Chicago Press; 2003.
40. Boulter LT. Self-Concept as predictor of college freshman academic adjustment. The College Student Journal 2002; 36(234): 244.
41. Greene GJ. The effect of the Relationship Enhancement Program on marital communication and self-esteem. Journal of Applied Social Sciences 1986; 10(1): 78-94.
42. Kutz G, Muller N. Discontinuing obsessive comp social phobia live disorder medication with behavioral therapy. American Journal of psychiatry 1994; 151(12): 1842-3.
43. Florsheim PW. Family and cultural factors in the psychological adjustment of chins adolescent immigrant. North western university; 2000.
44. Spearman L. The effects of brief therapy in a group setting. The University of Wisconsin- Milwaukee; 1990.

45. Mendonca L. Group counseling: Its effects on the perception of self and others on the adjustment of students from India. The University of Michigan; 2001.
46. Kahn RH. The effect of a Group support intervention program on depression, social adjustment and self-esteem of adolescents in an overseas American international school. The Catholic University of America; 1999.
47. Hoppe HM. The Effects of Self-Esteem on Education. Missouri Western State College; 1995.
48. Katz J, Joiner TE, Kwon P. Membership in a Devalued Social Group and Emotional Well-Being: Developing a Model of Personal Self-Esteem, Collective Self-Esteem, and Group Socialization. *Sex Roles: A Journal of Research* 2002; 47(9-10): 19-31.
49. Crocker J, Major B. Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review* 1989; 96: 608-30.
50. Bornstein PhH, Bornstein T. Marital Therapy: A Behavioral-Communications Approach. Mashhad: Marandiz & Zharf Publications; 1986.
51. Bollton R. Human relationship psychology. Tehran: Roshd Publications; 2005.

An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering

Hassan Toozaandehjani *, *Hoda Naaimi*¹, *Mahbobe Ahmadpoor*²

Received date: 06/07/2011

Accept date: 23/08/2011

Abstract

Introduction: In past decades, psychologists have emphasized the effects that family, cultural and social factors (specially, cognitive-behavioral approach and life skills) may have on mental health and on the treatment of mental disorders. The aim of this study was to evaluate the efficiency of confrontation cognitive-behavioral skills through Group training on reducing anxiety and enhancing adjustment in children with stuttering living in Neyshabur-Iran.

Materials and Methods: In a semi-experimental study (pre test- post test and follow up with control group), 30 stuttering children aged 8 to 12 years were randomly recruited from speech-therapy clinics of Neyshabur and then assigned to two experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. Spence Anxiety Scales and Adjustment and Attitude Scale were respectively applied for measuring subjects' anxiety and adjustment level. Subjects in experimental group underwent eight ninety-minute sessions in which confrontation cognitive-behavioral skills were thought. Control group received no training sessions. Thereafter, both groups were re-evaluated by the above-mentioned tests at the end of training period and two month later. All data were statistically analyzed via dependent and independent group t- test methods using SPSS software.

Results: Study results indicated that confrontation cognitive-behavioral skills was efficient in reducing anxiety and enhancing social adjustment in children with stuttering ($P < 0.05$).

Conclusion: The efficacy of confrontation cognitive behavioral skills through group training results from its educational underpinnings since both cognitive and behavioral aspects are emphasized in this method. However, more time is needed to implement the training more efficiently. Also controlling influential factors can affect the efficacy of these trainings.

Keywords: Confrontation cognitive-behavioral skills through group training, Anxiety, Social adjustment, Stuttering.

* Ph.D. of Psychology, Assistant Professor, Department of Educational Sciences, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: h.toozandehjani@ymail.com

1- M.A. in Clinical Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

2- B.A. in General Psychology, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.