

Summer2020, Volume 6, Issue 4

The Comparison of Anxiety, Depression and Self-esteem in Healthy Children and Children with Stuttering

Samane Najafi¹, Maryam Eshghizadeh¹, Mahdieh Ganji Roudi², Bahareh Salehi Asl²,
*Najmeh Ebrahimi¹

1- Lecturer, MSc in Nursing Education, School of Nursing, Social Development & Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran (**Corresponding author**)

Email: : Ebrahimi.n67@gmail.com

2 - BSN Student, Student Research Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Received: 17 April 2019

Accepted: 31 May 2019

Abstract

Introduction: Stuttering in children can affect their mental health and cause undesirable effects on quality of life and the educational performance of the child. The aim of this study was to compare the anxiety, depression and self-esteem in healthy children and children with stuttering referred to the speech therapy clinics of Mashhad and Gonabad cities in 2017.

Methods: This case-control study was conducted on 270 students in 2017 and selected by simple random sampling method. The data were collected using demographic information form, standard PAP self-esteem questionnaire, Spence anxiety and self-assessment of depression in children.

Results: According to the results, the mean scores of self-esteem and its dimensions are statistically significant ($P < 0.001$). Although there was no significant difference between the two groups in terms of total anxiety score, the mean of social subscales, obsessive-compulsive disorder, and functional fear and open-mindedness scores showed significant differences ($P < 0.05$). There was a significant difference between the two groups in severity and depression scores ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of the research show that children with stuttering have anxiety and lower self-esteem and depression more than healthy children. Therefore, it is important to take the necessary measures to evaluate mental health, preventing psychological problems and timely treatment of these children.

Keywords: Child, Stuttering, Anxiety, Depression, Self-esteem.

مقایسه اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان سالم و مبتلا به لکنت زبان

سمانه نجفی^۱، مریم عشقی زاده^۱، مهديه گنجی رودی^۲، بهاره صالحی اصل^۲، *نجمه ابراهیمی^۱

۱- مربی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Ebrahimi.n67@gmail.com

۲- کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۱۱

چکیده

مقدمه: لکنت زبان در کودکان می تواند سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار دهد و تأثیر نامطلوب بر کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی کودک داشته باشد. این مطالعه با هدف مقایسه اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان سالم و مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینیک های گفتار درمانی شهرستان های گناباد و مشهد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. **روش کار:** این مطالعه مورد-شاهدی بر روی ۲۷۰ دانش آموز در سال ۱۳۹۶ انجام شد و افراد به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده ها با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه های استاندارد عزت نفس پی، اضطراب اسپنس و خودارزیابی افسردگی کودکان جمع آوری شد.

یافته ها: با توجه به نتایج پژوهش، میانگین نمره عزت نفس و ابعاد آن تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهند ($P < 0/001$). گرچه بین دو گروه از نظر نمره کل اضطراب تفاوت آماری معناداری نبود اما میانگین خرده مقیاس های اجتماعی، وسواس فکری و عملی و هراس فضای باز واحدهای پژوهش تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهند ($P < 0/05$). بین دو گروه از نظر شدت و نمره افسردگی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج تحقیق نشان می دهد که کودکان مبتلا به لکنت زبان از اضطراب و عزت نفس پایین تر و افسردگی بیشتری نسبت به کودکان سالم برخوردارند. بنابراین اتخاذ تدابیر لازم به منظور پیشگیری از مشکلات روانشناختی و درمان به موقع این کودکان حائز اهمیت می باشد. **کلیدواژه ها:** کودک، لکنت زبان، اضطراب، افسردگی، عزت نفس.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

در سن ۲ تا ۵ سالگی که دامنه واژگانی لغات آن ها به سرعت در حال گسترش است، ممکن است نوعی اختلال در گفتار را تجربه کنند (۵). این اختلال هنگامی اتفاق می افتد که کودک در کنار هم قرار دادن صداها به منظور تولید کلمات دچار مشکل می شود (۴، ۶). یکی از اختلالات مهم و شناخته شده در زمینه توانایی های زبانی و گفتاری، لکنت است (۲، ۷). لکنت رشدی یک اختلال روانی گفتار است که تقریباً یک درصد افراد جامعه را درگیر می کند (۸). نسبت آن در کودکی و هنگام شروع در پسران دو برابر دختران است، اما به دلیل اینکه درصد بهبودی دختران بیش از پسران است، نسبت پسر به دختر در بزرگ سالی چهار به یک می شود (۲). لکنت زبان به عنوان تکرار یا

زبان یکی از مهم ترین ابزارها برای بیان افکار انسان بوده و به عنوان یکی از عملکردهای عالی ذهن انسان، موضوع بسیاری از پژوهش های علمی را به خود اختصاص داده است (۱، ۲). گفتار فرآیند ساده ای نیست. گفتار نیازمند حرکات هماهنگ، سریع و ظریف اندام های گویایی نظیر زبان، لب ها، فک، حنجره و تارهای صوتی و دندان دارد. علاوه بر این، زمان بندی دقیق عضلات برای تنفس و تولید صوت جهت گفتار ضروری است (۳).

گاهی توانایی های زبانی در انسان به علل شناخته یا ناشناخته دچار اختلال و آسیب می گردد (۴). عوامل زیادی می توانند این فرآیند را مختل نمایند. اکثر کودکان

سمانه نجفی و همکاران

(۱۵). در کودکان مبتلا به اختلالات گفتاری، فشار و نگرانی همیشه بیماری را تشدید می کند و به همین دلیل بسیاری از پیشنهادها درمانی برای کمک به کاهش هرچه بیشتر این عوامل است (۱۶). یکی دیگر از پیامدهای لکنت زبان در کودکان، با توجه به نتایج تحقیقات، عزت نفس پایین است، برخی از محققین معتقدند کودکان با عزت نفس پایین مستعد ابتلا به افسردگی هستند و این افسردگی و عزت نفس پایین می توانند بر کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی کودک تأثیر نامطلوب بگذارند (۱۰، ۱۳، ۱۶).

افراد مبتلا به لکنت زبان به جهت تجارب تلخی که از لکنت دارند، به مرور رفتارهای اجتنابی را به کار می برند. این رفتارها و هراس ها سبب امتناع از ارتباطات اجتماعی می گردد و در نهایت منجر به خودپنداره نادرست و عدم شکوفایی استعدادها بالقوه در معاشرت های اجتماعی و توانایی های تحصیلی می شود (۴، ۱۵). از آنجا که اضطراب، عزت نفس و افسردگی می توانند به عنوان عوامل تشدیدکننده یا پیامدهای لکنت زبان مطرح شوند لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان سالم و مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینیک های گفتار درمانی شهرستان های گناباد و مشهد در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مورد شاهدی که در سال ۱۳۹۶ انجام شد جامعه مورد مطالعه کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله سالم و مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینیک های گفتار درمانی شهرستان گناباد و مشهد بودند. ۲۷۰ کودک (۱۷۷ کودک سالم ۹۳ کودک مبتلا به لکنت زبان) به روش نمونه گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود جهت شرکت در مطالعه: قرار گرفتن در محدوده سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، مبتلا نبودن به سایر بیماریهای جسمی و روحی و عقب ماندگی ذهنی، تأیید لکنت زبان توسط متخصص گفتار درمان، تمایل کودک جهت شرکت در مطالعه و رضایت والدین بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه فرم ۴ بخشی بود که شامل: ۱- فرم اطلاعات دموگرافیک ۲- پرسشنامه عزت نفس پی ۳- پرسشنامه اضطراب اسپنس ۴- پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان بود.

کشیدن غیر عادی صداها یا هجاها که معمولا در آغاز کلمه است و یا انسداد و توقف ناگهانی اندام های گویایی، شناخته می شود (۳). بروز هرگونه تغییر غیر طبیعی در اجزای گفتاری و یا ایجاد انحراف در روند طبیعی آن ها موجب مختل شدن هدفمندی و اثربخشی گفتار و در نتیجه اختلال در برقراری ارتباط خواهد شد (۹). بنابراین دور از انتظار نیست که این اختلال تأثیر بالقوه منفی روی سلامت روان و سلامت عاطفی فرد مبتلا بگذارد (۱۰). در واقع می توان گفت اختلال پیچیده ای است که بر ویژگی های روان شناختی افراد تأثیر می گذارد که این تأثیر منجر به ایجاد حالاتی نظیر پایین بودن عزت نفس، ناکامی و ترس از موقعیت های گفتاری می شود (۱۱).

لکنت زبان به عنوان یک مشکل ارتباطی می تواند منجر به اختلالات جدی در ارتباط های بین فردی گردد و کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲) و با اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی (۱۰، ۱۳) و تنظیم هیجان معیوب همراه باشد (۱۴). به طور معمول لکنت از دوران کودکی شروع می شود. فرد دارای لکنت ممکن است در طول زندگی با شرایط نامناسبی از قبیل آزار و اذیت در دوران کودکی، عکس العمل های منفی شنوندگان، وضع نامناسب حین تحصیل و کار و برچسب نادرست مواجه شود (۴). این موارد می تواند باعث ایجاد اثرات منفی در عملکرد اجتماعی- احساسی، ارتباطات، کیفیت زندگی و سلامت روانی فرد گردد و بر روی اعتماد به نفس، خودپنداره و دیگر ویژگی های شخصیتی تأثیر گذار باشد (۱۰، ۱۳).

لکنت ممکن است به سادگی شروع شود اما اکثر اوقات به علت عکس العمل ها، مکانیزم های دفاعی و روش های غلبه کننده مورد استفاده توسط فرد به یک مساله پیچیده تبدیل می شود که درمان و کنترل آن را دشوار می کند (۶). افراد دارای لکنت زبان، سطحی از اضطراب را در رابطه با ادای اصوات و یا کلمات یا شرکت در موقعیت های اجتماعی و ارتباطی نشان می دهد (۱۳).

اضطراب زمانی ناهنجار محسوب می شود که در برابر موقعیت هایی رخ دهد که اکثر مردم آنها را به راحتی حل و فصل نموده یا تحمل می کنند. ناتوانی کودکان و نوجوانان در برخورد صحیح با استرس ها باعث می شود که آنها به آسیب های جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی مبتلا شوند

فرم اطلاعات دموگرافیک شامل اطلاعاتی همچون جنس، سن و رتبه تولد کودک، تعداد فرزندان خانواده، سن پدر و مادر، شغل پدر و مادر، تحصیلات پدر و مادر، سطح درآمد خانواده برای هر دو گروه کودکان و مدت زمان ابتلا به لکنت زبان در گروه مبتلا بود.

آزمون پنج مقیاسی عزت نفس پپ و همکاران (۱۹۸۹) برای کودکان، دارای پنج مقیاس عزت نفس (مقیاس های کلی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی، اجتماعی) می باشد. هر مقیاس دارای ۱۰ سؤال مجزا است و هر کدام از سؤالات دارای ۳ ماده (تقریباً هیچ گاه = نمره صفر، بعضی اوقات = نمره ۱، همیشه = نمره ۲) می باشند. روایی و پایایی این مقیاس توسط ترکاشوند و همکاران تأیید شده است. ضریب پایایی آزمون به طور کلی برابر با ۰/۸۹ می باشد (۱۷). پرسشنامه اضطراب اسپنس در سال ۱۹۸۸ توسط اسپنس ساخته شد و دارای دو نسخه کودک و والدین است. خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب جسمانی، ترس اجتماعی، وسواس فکری و عملی و اضطراب فراگیر می باشد. نسخه کودکان این پرسشنامه دارای ۴۵ سوال است که ۳۸ عبارت آن نمره گذاری شده و ۶ عبارت دیگر آن که عبارت های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی شوند. در این پژوهش از نسخه کودک استفاده شد. این پرسشنامه برای سنین ۸ تا ۱۵ تهیه شده است. شیوه نمره گذاری به این صورت است که هرگز = ۰، گاهی اوقات = ۱، اغلب = ۲ و همیشه = ۳ می باشد و حداکثر نمره ممکن برابر با ۱۱۱ می باشد. اعتبار همسانی درونی این مقیاس با آلفای کرونباخ، حدود ۰/۹۲ به دست آمده است. روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس تجدید نظر شده اضطراب کودکان همبستگی معنی داری ($r=0/71$) دارند (۱۸).

پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان که در ۱۳ محور تدوین شده است، در برابر ۱۲ محور ۵ جمله وجود دارد که آن عامل را از قطب مثبت تا قطب منفی درجه بندی کرده است و آزمودنی عبارتی را که بیشتر با حال او متناسب است، انتخاب می کند. محور ۱۳ شامل ۹ سوال اضافی است که به صورت بلی/خیر نمره گذاری می شوند (۱۹). روایی پرسشنامه از طریق ارجاع موارد مقیاس به ۱۰ متخصص بالینی کودک سنجیده شده و پس از تغییرات لازم بر روی ۱۵۴۶ نفر از کودکان و نوجوانان ایرانی در محدوده سنی ۷ تا

۱۸ سال اجرا شده و هنجار مورد نظر بدست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ اولیه گزارش شده برای این آزمون ۰/۶۱ است (۲۰). سطح بندی افسردگی به این صورت است که نمره ۰-۱ فقدان افسردگی، نمره ۲-۷ افسردگی خفیف، ۸-۱۸ افسردگی متوسط، ۱۹-۲۸ افسردگی شدید و بالای ۲۸ افسردگی بسیار شدید تلقی می شود.

پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی و اخذ کد پژوهشی و اخلاق (با کد: IR.GMU.REC.1394.11) مجوز های لازم جهت انجام طرح اخذ گردید. پژوهشگر برای جمع آوری داده ها به مراکز گفتار درمانی و مدارس ابتدایی شهرستان گناباد و کلینیک گفتار درمانی مشهد مراجعه کرد. پس از انتخاب نمونه ها و جلب رضایت برای شرکت در مطالعه و ارائه توضیحات لازم در مورد اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه ها توسط کودکان سالم و دارای لکنت زبان تکمیل شدند. داده ها پس از جمع آوری، کدگذاری و به دقت وارد رایانه شدند. پس از کنترل صحت ورود داده ها، تجزیه و تحلیل با توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها در دو بخش آمار توصیفی (فراوانی، درصد، درصد تجمعی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی انجام شد. جهت بررسی تبعیت داده ها از توزیع نرمال بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. از آزمون های تی مستقل، کای اسکور، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون دقیق فیشر و آنالیز واریانس یکطرفه جهت مقایسه میانگین ها برای متغیرهای زمینه ای کودکان استفاده شد. برای مقایسه میانگین اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان در دو گروه سالم و مبتلا به لکنت از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون های آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار لحاظ شد.

یافته ها

یافته های حاصل از پژوهش نشان داد، ۶۵/۶ درصد (۱۷۷ نفر) افراد مورد مطالعه بدون لکنت زبان و ۳۴/۴ درصد (۹۳ نفر) مبتلا به لکنت زبان بوده اند که از این تعداد ۱۶۱ نفر، پسر و ۱۰۹ نفر، دختر بودند و بین دو گروه از نظر جنس تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. ($P=0/11$). میانگین سن کودکان و مادران و پدران در (جدول ۱) گزارش شده

سمانه نجفی و همکاران

پژوهش ۱۶/۹۶ ± ۱۰۰/۱۷ ماه (حدود ۸ سال) بود. با استناد به آزمون t مستقل، میانگین نمره اضطراب اجتماعی، وسواس فکری و عملی و هراس فضای باز واحدهای پژوهش تفاوت آماری معنی داری را نشان دادند (جدول ۲).
با توجه به نتایج مطالعه میانگین نمره عزت نفس واحدهای پژوهش و ابعاد آن (جدول ۳) و نیز میانگین نمره افسردگی، در دو گروه، تفاوت آماری معنی داری را نشان داد (جدول ۴).

است. دو گروه از نظر تعداد فرزندان خانواده ($P=0/24$)، رتبه تولد ($P=0/28$)، تحصیلات پدر ($P=0/44$)، شغل مادر ($P=0/87$)، شغل پدر ($P=0/39$)، سطح درآمد خانواده ($P=0/42$) با هم تفاوت آماری معناداری نداشتند. اما بین دو گروه از نظر تحصیلات مادر تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P=0/02$)، به طوری که تحصیلات مادران در گروه کودکان سالم، بالاتر از گروه مبتلا به لکنت زبان بود. میانگین و انحراف معیار طول مدت ابتلا به لکنت واحدهای

جدول ۱: مقایسه میانگین سن واحدهای پژوهش، مادر و پدر آنها در دو گروه مبتلا به لکنت زبان و سالم

نتیجه آزمون تی مستقل	کودک با لکنت زبان		متغیر
	کودک سالم	انحراف معیار ± میانگین	
$P=0/67$	۱۱/۰۱ ± ۰/۸۲	۱۰/۹۷ ± ۰/۸۱	سن کودک
$P=0/34$	۳۷/۳۴ ± ۵/۶۴	۳۸/۰۵ ± ۶/۲۲	سن مادر
$P=0/92$	۴۱/۹۵ ± ۵/۳۷	۴۱/۸۷ ± ۶/۲۴	سن پدر

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره اضطراب واحدهای پژوهش در دو گروه مبتلا به لکنت زبان و سالم

نتیجه آزمون تی مستقل	انحراف معیار ± میانگین	گروه	ابعاد اضطراب
$t=0/04$ $df=259$ $P=0/95$	۷/۰۲ ± ۲/۷۶	لکنت زبان	اضطراب جدایی
	۷/۰۰ ± ۳/۸۷	سالم	
$t=2/65$ $df=255$ $P=0/005$	۶/۸۷ ± ۲/۹۲	لکنت زبان	فویبای اجتماعی
	۵/۶۶ ± ۳/۷۸	سالم	
$t=-3/57$ $df=247$ $P<0/001$	۵/۰۵ ± ۳/۲۹	لکنت زبان	وسواس فکری و عملی
	۶/۹۳ ± ۴/۳۲	سالم	
$t=0/61$ $df=253$ $P=0/51$	۴/۶۲ ± ۲/۵۲	لکنت زبان	اضطراب جسمانی
	۴/۳۸ ± ۳/۲۳	سالم	
$t=-0/48$ $df=260$ $P=0/60$	۵/۴۶ ± ۲/۵۱	لکنت زبان	اضطراب فراگیر
	۵/۶۵ ± ۳/۲۸	سالم	
$t=4/32$ $df=254$ $P<0/001$	۷/۲۳ ± ۴/۳۳	لکنت زبان	هراس فضای باز
	۴/۶۵ ± ۴/۶۹	سالم	
$t=-0/70$ $df=226$ $P=0/45$	۳۶/۰۴ ± ۱۳/۸۲	لکنت زبان	نمره کل
	۳۴/۳۹ ± ۱۹/۳۹	سالم	

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره عزت نفس واحدهای پژوهش در دو گروه مبتلا به لکنت زبان و سالم

نتیجه آزمون تی مستقل	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	گروه	ابعاد عزت نفس
$t=-۸/۲۶$ $df=۲۵۴$ $P<./۰۰۱$	$۱۰/۲۷ \pm ۲/۷۰$	۹۳	لکنت زبان	مقیاس کلی
	$۱۴/۰۱ \pm ۳/۸۵$	۱۶۳	سالم	
$t=-۶/۴۲$ $df=۲۵۲$ $P<./۰۰۱$	$۱۰/۱۵ \pm ۲/۳۵$	۹۲	لکنت زبان	مقیاس تحصیلی
	$۱۲/۶۵ \pm ۳/۲۷$	۱۶۲	سالم	
$t=-۷/۱۷$ $df=۲۴۲$ $P<./۰۰۱$	$۱۱/۸۵ \pm ۳/۵۰$	۹۳	لکنت زبان	مقیاس جسمانی
	$۱۵/۱۰ \pm ۳/۳۹$	۱۵۱	سالم	
$t=-۸/۳۱$ $df=۲۵۰$ $P<./۰۰۱$	$۱۱/۶۶ \pm ۲/۶۱$	۹۳	لکنت زبان	مقیاس خانوادگی
	$۱۵/۰۲ \pm ۳/۳۴$	۱۵۹	سالم	
$t=-۶/۲۳$ $df=۲۵۱$ $P<./۰۰۱$	$۹/۵۱ \pm ۲/۰۸$	۹۳	لکنت زبان	مقیاس اجتماعی
	$۱۱/۷۴ \pm ۳/۰۶$	۱۶۰	سالم	
$t=-۹/۴۵$ $df=۲۱۶$ $P<./۰۰۱$	$۵۳/۴۵ \pm ۹/۲۷$	۹۲	لکنت زبان	نمره کل
	$۶۸/۵۱ \pm ۱۳/۰۶$	۱۲۶	سالم	

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره افسردگی واحدهای پژوهش در دو گروه مبتلا به لکنت زبان و سالم

نتیجه آزمون تی مستقل	انحراف معیار \pm میانگین	نمره افسردگی	گروه
$t= ۲/۷۳$ $df = ۲۳۱$ $P= .۰/۰۰۶$	$۲۳/۰۵ \pm ۸/۰۴$	لکنت زبان	
	$۱۹/۹۲ \pm ۸/۸۱$	سالم	

ترین اختلالات اضطرابی در کودکان مبتلا به لکنت زبان، اضطراب اجتماعی (که هراس اجتماعی نیز نامیده می شود) است (۲۷). اغلب اوقات ترس و اضطرابی که افراد مبتلا به لکنت از ارزیابی منفی توسط دیگران دارند، ریشه در تجربیات منفی آن ها مانند مورد تمسخر قرار گرفتن توسط دیگران هنگام لکنت دارند. طبق مطالعات لکنت زمانی بدتر می شود که فرد مبتلا به لکنت با فردی غریبه یا فردی که حس می کند مافوق اوست صحبت می کند. در نتیجه سعی دارد از صحبت کردن در جمع اجتناب ورزد. در چنین مواقعی افراد اضطراب و ترس را تجربه می کنند (۲۳). برخی از دیدگاه ها اضطراب را به عنوان علت اصلی لکنت می دانند (۲۸) در حالی که برخی آن را عامل تشدید کننده، مستعد کننده یا تداوم دهنده قلمداد می کنند (۲۹). در مقابل مطالعاتی وجود دارند که نشان می دهند سطح اضطراب در کودکان مبتلا به لکنت زبان بالا نیست و وجود ارتباط بین لکنت و اضطراب را رد می کنند. علی رغم ارتباط مثبت در مطالعات فراوان، در مطالعه مروری وجود ارتباط بین لکنت

بحث

لکنت زبان یکی از پراسترس ترین وقایع برای خانواده ها است به نحوی که هم برای خود افراد و هم برای اطرافیان دغدغه مهمی می باشد. هدف اصلی این پژوهش مقایسه اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان سالم و مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینیک های گفتار درمانی شهرستان های گناباد و مشهد در سال ۱۳۹۶ بود. نتایج نشان داد نمره اضطراب کودکان مبتلا به لکنت بیشتر از کودکان سالم بوده است این یافته ها با نتایج پژوهش های برخی از محققین همسو و همخوان بود (۱۳، ۲۱-۲۴). و همچنین با نتایج تحقیقات بلاد و همکاران (۲۵) که نشان دادند که کودک مبتلا به لکنت زبان سطوح بالاتری از اضطراب و نگرانی را نسبت به افراد عادی نشان می دهند، همسو بود. با افزایش عواطف منفی مانند هراس و خجالت کودکان مبتلا به لکنت زبان میزان اضطراب آن ها در موقعیت های اجتماعی بیشتر می شود (۲۶). مسنجر و همکاران نشان دادند که یکی از شایع ترین و رایج

و شخصیتی خود فرد و جامعه است و شرایط جامعه ما با شرایط مقاله مورد بحث متفاوت است، کاملاً قابل توجه می باشد (۳۶). در مطالعه ای که توسط تامیساتو (۲۰۱۶) بر روی ۳۹ فرد مبتلا به لکنت انجام شد نشان داد ۱۵ درصد افراد از اختلالات خلقی نظیر افسردگی رنج می برند (۳۷) به طور کلی علائم گوشه گیری و انزواطلبی، تحمل ناکامی کم، خودباوری و اعتمادبنفس در کودکان باسن پایین مبتلا به لکنت بیشتر دیده می شود (۳۸).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره عزت نفس واحدهای پژوهش و ابعاد آن تفاوت آماری معناداری را نشان می دهد. به این معنا که عزت نفس و مهارت های اجتماعی افراد عادی از افراد مبتلا به لکنت زبان بیشتر است. در مطالعه یزدخواستی نیز نتایج نشان داد عزت نفس و مهارت های اجتماعی کودکان مبتلا به لکنت زبان پایین تر از کودکان سالم بود (۳۹). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه ریف و سینگر مطابقت دارد که نشان دادند لکنت عاملی تاثیر گذار بر عزت نفس و خودپنداره افراد است (۴۰). شاید بتوان گفت عزت نفس یکی از ابعاد هیجانی رشد محسوب می شود که از عواملی همچون خود پنداره و خود کارآمدی تاثیر می پذیرد خود کارآمدی نیز از عواملی است که خود تحت تاثیر قضاوت فرد از دستاوردها و عملکردش و مقایسه آن با دیگران قرار می گیرد (۴۱). کودکان مبتلا به لکنت به علت اینکه نسبت به سایر کودکان از لحاظ مهارت های کلامی و ارتباطی ضعیف تر هستند در نتیجه خود کارآمدی ضعیف تر و در نهایت از خود پنداره و عزت نفس کمتری برخوردار می باشند (۳۹). مطالعه ای که توسط پلکسیکو و همکاران در ۲۰۱۹ انجام شد نشان داد افرادی که از لکنت زبان رنج می برند بیشتر از مکانیسم های انطباقی ناسازگارانه و اجتنابی بهره جسته و احساس پذیرش خود، در آنان در سطح پایین تری است (۴۲). از آنجا که یک فاکتور مهم در عزت نفس پذیرش خود است می توان نتایج این مطالعه را با یافته های این مطالعه همسو دانست.

یکی از ابعاد مهم در ارتباط با دیگران، استفاده از زبان به طور کاربردی یعنی استفاده از زبان متناسب با بافت اجتماعی است. توانمندی ارتباطی کودک همزمان با رشد او به یکی از مؤلفه های گسترش یابنده عزت نفس تبدیل می شود (۴۳). کودکان دارای لکنت از آنجایی که از مهارت ارتباطی پایین رنج می برند در استفاده از زبان در بافت های

و اضطراب رد شده است (۳۰). به علاوه نتایج پژوهشی در سیدنی که در راستای بررسی وجود اضطراب در لکنت زبان انجام شده بود نشان داد، در موقعیت هایی که در آن ارزیابی اجتماعی وجود نداشت نظیر خطرات جسمی و مخاطرات روزمره، در مقایسه با گروه کنترل، رابطه بین لکنت زبان و اضطراب از نظر آماری قابل توجه نبود (۲۷). در توجه تناقضات موجود می توان با در نظر گرفتن عواملی چون حمایت های اجتماعی، عملکرد اجتماعی سالم، محدودیت های فیزیکی کمتر، سطح سلامت افراد و اعتماد به نفس بالا، به عنوان عوامل محافظت کننده از تشدید لکنت (۳۱)، در جوامع مختلف، به عنوان عوامل مرثر بر سطح اضطراب این کودکان نیز در نظر گرفت. ایوراچ و همکاران در پژوهشی با عنوان اضطراب و لکنت زبان نشان دادند که علی رغم وجود برخی ابهامات در زمینه ارتباط بین لکنت زبان و اضطراب شواهد محکمی برای این ارتباط وجود دارد و در این میان بر اضطراب اجتماعی، پیش بینی آسیب اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی تاکید بیشتری شده است (۲۲). فراتی نیز گزارش کرده که افراد مبتلا به لکنت زبان در مقایسه با گروه شاهد در موقعیت های گفتاری به طور معنی داری دارای صفات و حالات اضطرابی بیشتری بوده اند (۳۲). به دلیل اینکه شدت لکنت با عواطفی همچون خجالت، ناامیدی و هراس از ارزیابی اجتماعی منفی مربوط است، نتایج مطالعات حاکی از آن است که میزان اضطراب افراد لکنتی از افراد عادی در موقعیت های اجتماعی بیشتر است (۴، ۲۴، ۲۵).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد میانگین نمره افسردگی در کودکان دارای لکنت بیشتر از کودکان سالم است. پژوهشگران معتقدند که به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی فرد از لحاظ روان شناختی نسبت به ایجاد آسفتگی هایی نظیر افسردگی آسیب پذیر می شوند. همچنین فریور و همکاران (۳۳)، ایوراچ و همکاران (۳۴) نتایجی همسو با مطالعه ما ارائه دادند اما با نتایج استین و همکاران همسو نیست (۳۵) که علت عدم وجود این ارتباط احتمالاً تفاوت در تعداد نمونه می باشد. دلیل عدم وجود چنین ارتباطی در این تحقیقات می تواند استفاده از حجم نمونه متفاوت باشد. به عنوان مثال در تحقیق استین و همکاران تنها از ۱۶ نمونه استفاده شده بود. همچنین همسو نبودن پژوهش واتسون و میلر به علت اینکه سلامت روانی افراد متأثر از شرایط محیطی

حمایت های اجتماعی موجود اشاره کرد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که کودکان مبتلا به لکنت زبان از اضطراب و عزت نفس پایتتر و افسردگی بیشتری نسبت به کودکان سالم برخوردارند. بنابراین اتخاذ تدابیر لازم به منظور بررسی سلامت روانی، پیشگیری از مشکلات روانشناختی و درمان به موقع این کودکان حائز اهمیت می باشد.

سیاسگزاری

در راستای اجرای این طرح پژوهشی، از حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی، معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، پرسنل محترم کلینیک گفتار درمانی و آموزش و پرورش مشهد و گناباد و همچنین دانش آموزان عزیز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

References

1. Najafi M, Hamidi M, Kheiri S, Tavooosi E, Erfan A. Effects of sound pillow in the treatment of stuttering and cognitive phonemes impairment in children. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011; 10 (5):1257-62.
2. Ahadi B, Sotouadeh MB, Habibi Y. The comparison of psychological well-being and defense mechanisms in stuttering and non stuttering students. *Journal of School Psychology*. 2013;1(4):6-22.
3. Guitar B. *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
4. Perez HR, Stoeckle JH. *Stuttering: clinical and research update*. Canadian family physician. 2016;62(6):479-84.
5. Eshghizadeh M, Basirimoghadam M, Baloochi Beydokhti T, Banafshe E, Najafi S. Comparison of Parenting Style in Mothers of Children with and without Stuttering: A Case-Control Study. *Journal of Research and Health*. 2014; 4 (1):623-9.
6. Craig A, Tran Y. The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety levels over the lifespan. *Advances in Speech Language Pathology*. 2005;7(1):41-6.

اجتماعی بویژه در موقعیت های گروهی خودداری می کنند لذا کاهش مهارت های اجتماعی و عزت نفس در آنان به چشم می خورد (۳۹).

برخلاف نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، شامز و روبین گزارش نمودند که عزت نفس و اعتماد به نفس اجتماعی، عمومی و کلی کودکان لکنتی مدرسه نسبت به کل جمعیت مدرسه مورد مطالعه، مشابه بوده است (۴۴). همچنین نتایج پژوهش تلیس و گابل مینی بر اینکه بیشتر نوجوانان لکنتی در رابطه با لکنت عزت نفس بالا و مثبتی را نشان می دهند، با نتایج این پژوهش هماهنگ نبود زیرا آن ها در پژوهش خود نشان دادند که میزان عزت نفس افراد دارای لکنت با توجه به معیار کوپراسمیت در حد بالاست (۴۵). این نتایج ممکن است نشان دهنده آن باشد که ارتباط بین عزت نفس و لکنت می تواند تحت تاثیر سایر عوامل باشد در موارد کلینیکی زمانی عزت نفس تحت تاثیر لکنت قرار می گیرد که مشکلی ایجاد کرده باشد. از جمله سایر علل تناقضات می توان به عواملی چون فرهنگ جامعه، برچسب های اجتماعی، واکنش های انتقادی- اجتماعی،

<https://doi.org/10.1080/14417040500055060>

7. Eshghizadeh M, Basirimoghadam M, Baloochi Beydokhti T, Banafshe E, Najafi S, Kiyani A. Comparison of Parenting Style in Mothers of Children with and without Stuttering: A Case-Control Study. *Journal of Research and Health*. 2014; 4(1):623-9.
8. Watkins KE, Smith SM, Davis S, Howell P. Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*. 2007; 131 (1): 50-9. <https://doi.org/10.1093/brain/awm241> PMID:17928317 PMCID:PMC2492392
9. Yairi E, Seery CH. *Stuttering: Foundations and clinical applications*: Pearson Upper Saddle River, NJ; 2015.
10. Kasbi F, Mokhlesin M, Maddah M, Noruzi R, Monshizadeh L, Khani MMM. Effects of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health*. 2015; 2 (1). <https://doi.org/10.17795/mejr-25314>
11. Yaruss JS, Quesal RW. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of fluency disorders*. 2006; 31 (2): 90-115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>

- PMid:16620945
12. Beilby JM, Byrnes ML, Meagher EL, Yaruss JS. The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders*. 2013;38(1):14-29. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001> PMid:23540910
 13. Mulcahy K, Hennessey N, Beilby J, Byrnes M. Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*. 2008; 33 (4): 306-19. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.12.002> PMid:19328982
 14. Walden TA, Frankel CB, Buhr AP, Johnson KN, Conture EG, Karrass JM. Dual diathesis-stressor model of emotional and linguistic contributions to developmental stuttering. *Journal of abnormal child psychology*. 2012; 40 (4): 633-44. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9581-8> PMid:22016200 PMCid:PMC3740566
 15. TOOZANDEHJANI H, NAAIMI H, AHMADPOOR M. An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering. 2011.
 16. Shakehnia F, Behrouz B, Farhadi M, Amiri S, Behrouz B. Effectiveness of happiness training program on self-esteem and depression of elementary (10-11 year old) school children. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013;20(2):153-64.
 17. Turkashvand R, Kermanshahi S, Azadfalsh P. The effect of educational group therapy plan on self-esteem rate in adolescent girls. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(3):30-4.
 18. Mousavi, R., Farzad, V., Navvabi Nejhadi, Sh. The Efficacy of Structural Family Therapy in the Treatment of Children's Anxiety Disorders. *Clinical Psychology & Personality*. 2010;1(40):1-10.
 19. Janbozorgi M, Mostakhdemin Hosseini M. Assess the prevalence of depression among school students in Tehran. *Pajoohande*. 2006;1(6):9-15.
 20. Sheykhan R, Mohamadkhani S, Hasanabadi H. Self-Focused Attention in Treatment of Social Anxiety: A Controlled Clinical Trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;23(106):120-8.
 21. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M, Peters K. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2002. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/088\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/088))
 22. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of fluency disorders*. 2009;34(1):29-43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002> PMid:19500713
 23. Kraaimaat FW, Vanryckeghem M, Van Dam-Baggen R. Stuttering and social anxiety. *Journal of fluency disorders*. 2002;27(4):319-31. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(02\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00160-2)
 24. Palangi A, Habibi Y, GhasemiNejad MA. Comparing social stress and sensitivity to rejection in children with and without stuttering. *Journal of School Psychology*. 2016;5(3):24-38.
 25. Blood GW, Blood IM, Maloney K, Meyer C, Qualls CD. Anxiety levels in adolescents who stutter. *Journal of communication disorders*. 2007;40(6):452-69. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.10.005> PMid:17126361
 26. Coleman CE. Comprehensive Stuttering Treatment for Adolescents: A Case Study. *Language, speech, and hearing services in schools*. 2018;49(1):33-41. https://doi.org/10.1044/2017_LSHSS-17-0019 PMid:29322184
 27. Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies R. Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of fluency disorders*. 2004;29(3):201-12. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.06.002> PMid:15458831
 28. Hudock DJ. Priming Anxiety into People who Stutter: Arousal's Influence on Fluency. 2008.
 29. Van Riper C. The treatment of stuttering: Prentice Hall; 1973.
 30. Gray BB, Brutton EJ. The relationship between anxiety, fatigue and spontaneous recovery in stuttering. *Behaviour Research and Therapy*. 1964; 2 (2-4): 251-9. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(64\)90029-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(64)90029-4)
 31. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(7):687-92.

- <https://doi.org/10.1002/da.20657>
PMid:20058242
32. Farati F. Examining parent's communication way with children with stuttering. Speech Therapy Centers of Tehran Medicine University. 1994.
 33. FARPOUR S, SHAFIE B, SALEHI A, KARIMI H. Relationship of unhelpful thoughts and beliefs about stuttering with anxiety and depression in Persian-speaking adults who stutter. 2012.
 34. Iverach L, Jones M, O'Brian S, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Mood and substance use disorders among adults seeking speech treatment for stuttering. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2010. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2010\)09-0166](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2010)09-0166)
 35. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. The American journal of psychiatry. 1996;153(2):278. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.278> PMid:8561214
 36. Miller S, Watson BC. The relationship between communication attitude, anxiety, and depression in stutterers and nonstutterers. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 1992;35(4):789-98. <https://doi.org/10.1044/jshr.3504.789> PMid:1405534
 37. Tomisato S, Oishi N, Asano K, Watanabe Y, Ogawa K. Developmental disability and psychiatric conditions in 39 patients with stuttering. Japan Journal of Logopedics and Phoniatics. 2016; 57 (1):7-11. <https://doi.org/10.5112/jjlp.57.7>
 38. Ghoreishi FS, Assarian F, Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Etesam F. Comorbidity of mental disorders among the stuttering children referred to speech therapy department of Akhavan hospital in Kashan. Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2012; 16 (2):182-7.
 39. Yazdkhasti F. Evaluating and comparing social skills and personality characteristics in elementary school children with stuttering and their normal peers. Journal of research in rehabilitation sciences. 2011; 7 (4):533-9.
 40. Ryff CD, Singer B. Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. Personality and social psychology review. 2000; 4 (1):30-44. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_4
 41. Mahmoudi Rad M, Arasteh H, Afq S. Century Barati. The role of communication skills and social problem solving of self-esteem and IQ third grade students. J Rehab. 2007; 29 (8):69-73.
 42. Plexico LW, Erath S, Shores H, Burrus E. Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. Journal of fluency disorders. 2019; 59:52-63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.004> PMid:30446168
 43. Harter S. The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations: Guilford Publications; 2015
 44. Shames GH, Rubin H. Stuttering: Then and Now: Merrill Publishing Company; 1986.
 45. Blood GW, Blood IM, Tellis GM, Gabel RM. A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. Journal of Fluency Disorders. 2003; 28 (2): 143-59. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(03)00010-X)