

# اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و تنظیم هیجان و سازگاری روان در افراد

## دارای لکنت زبان

هما انصاری<sup>۱</sup>

۱. دکترای مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و ششم، آذرماه ۱۳۹۷، صفحات ۹۸-۸۳

### چکیده

لکنت یکی از بیماری‌های بحث‌برانگیز و یک اختلال گفتاری چندوجهی روانی حرکتی است که در جریان طبیعی گفتار فرد روی می‌دهد و همراه با تغییرات رفتاری، شناختی و نگرشی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی و تنظیم هیجان و سازگاری روان در افراد دارای لکنت بود. بدین منظور از میان مراجعه‌کننده به مراکز گفتاردرمانی ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. هر دو گروه قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی و ۶ ماه بعد از آن، از نظر میزان پریشانی و گفتار نامناسب مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند ولی گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها از طریق تحلیل کواریانس واریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش بهبود گفتار بیماران مبتلا به لکنت زبان مؤثر است؛ بنابراین می‌توان با استفاده از این شیوه در کاهش پریشانی و گفتار نادرست این بیماران کمک کرد و از گسترش پریشانی و گفتار نامتناسب و نامفهوم آن‌ها کاست.

**کلمات کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری و تنظیم هیجان، سازگاری روان.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیست و ششم، آذرماه ۱۳۹۷

## مقدمه

زبان از عملکردهای شناختی سطح عالی مغز محسوب می‌شود و گفتار نمود و تجلی عینی و قابل شنیدن زبان است. گفتار و زبان هر یک ممکن است جداگانه یا باهم به دلایل مختلف دچار آسیب‌هایی به درجات گوناگون شوند و مسیر ارتباطی اصلی انسان را مختل نمایند. یکی از شایع‌ترین این اختلالات، لکنت است (کوتبای، موسا، ال سدی و نابی، ۲۰۱۵). لکنت، یکی از بیماری‌های بحث‌برانگیز است که غالباً در دوران کودکی به علل گوناگون روی می‌دهد. طیف وسیع لکنت بعضاً از دوره کودکی تا بزرگسالی ادامه یافته و به‌عنوان یک اختلال مزمن و پایدار روانی گفتار و با تنوعی از رفتارهای وابسته مطرح است. مطابق دیدگاه‌های مختلف درمانگران، درمان لکنت در همه دوره‌های کودکی، نوجوانی و بزرگسالی بسیار متغیر است. به‌عنوان نمونه مدل دوعاملی وبستر (۱۹۹۷) لکنت را ناشی از دو عامل می‌داند ۱: ضعف در ناحیه محرک تکمیلی یا ناحیه حرکتی مکمل (SMA) نیمکره چپ برای کنترل گفتار و توالی حرکات ۲) مداخله و فعالیت‌های عصبی نیمکره راست از جمله ترس، اضطراب، اجتناب، هیجان‌ات منفی و غیره. طبق این دیدگاه درمان موفق لکنت منوط به در نظر گرفتن هر دو عامل است؛ بنابراین برای عامل اول از رویکرد شکل‌دهی روانی گفتار (تقویت روانی گفتار) و از نوع فعالیت‌های بالا به پایین و برای عامل دوم از رویکرد شناختی و از نوع فعالیت‌های پایین به بالا استفاده می‌شود. طبیعتاً اثربخشی روش‌های درمان لکنت در دوران بزرگسالی بر مبنای ثبات لکنت، نگرش، منفی فرد، انگیزه و اشتیاق آن، نوع رویکردهای درمانی و چگونگی اجرای آن و عوامل دیگر متفاوت خواهد بود. با این وجود، هر فرد لکنتی با هر نوع تابلوی بالینی علاوه بر استفاده از روش‌های همگانی نیازمند رویکردهای درمانی منحصربه‌فرد نیز خواهد بود. همچنین در طرح برنامه‌های درمانی بزرگسالان لکنتی علاوه بر سن، متغیرهایی از قبیل شدت لکنت، جنبه‌های پنهان لکنت، اضطراب اجتماعی، اجتناب، نگرش شناختی فرد، تفاوت شخصیتی، تجربیات فردی، سابقه درمان، انگیزش فرد و اهداف متفاوت را باید لحاظ کرد (وارد، ۲۰۰۶) به گفته استین، والکرت (۱۹۹۶، ۲۰۰۲)، آن اسلو و پکمن (۲۰۰۴)، کریگ و تران، (۲۰۰۹) تقریباً ۵۰ درصد افراد لکنتی بزرگسال از اختلال بهداشت روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی رنج می‌برند و به همین منظور آنان در موقعیت‌های

ارتباطی و اجتماعی سکوت انتخاب می‌کنند و نوعاً نگرشی منفی نسبت به گفتارشان دارند که این وضعیت علاوه بر تشدید لکنت، بر کیفیت زندگی آن‌ها نیز تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (ایوراخ، ابرین، جونز، بلاک و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آن‌ها می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه‌های مختلفی چون لکنت زبان (کانتر، بارچ و گینور، ۲۰۰۶)؛ سایکوزها (بچ و هایز، ۲۰۰۲)؛ سو مصرف مواد (گیلفورد، کهلنبرگ، ۲۰۰۸)؛ فرسودگی شغلی (بوند و بونچ، ۲۰۰۲) و کاهش درد است که رنج‌ها و لکنت زبان و باند، هلمر و تیلستون، ۲۰۰۵) مؤثر بوده است. سازه و مفهوم اساسی در تألمات روان‌شناختی به‌وسیله اجتناب نمودن از تجارب، همجوشی شناختی و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود. هدف درمانگر کاهش نشانه‌ها نیست اما این چیزی است که به‌عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی به آن ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد را به آن‌ها دست خواهند یافت عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند درک کنند (هیز، ۲۰۱۶) پذیرش چیزی است که خارج از کنترل شخص لکنتی است. هیز، لوما، بون و ماسودا معتقدند که پیام اصلی در آن بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه در کنترل فرد است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۱۳). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش ناهمجوشی شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال، ارزش‌ها و تعهد به عمل که در نتیجه این مفهوم اصلی به انعطاف یک رویکرد بافت گرا است که با ACT پذیرش روان‌شناختی خواهیم رسید، شکل می‌گیرد. در واقع مراجع به چالش می‌پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. هیز معتقد است که ACT تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است، (هیز، ۲۰۰۸). از مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات

است. شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی به‌وسیله افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به‌وسیله رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است، شرح داده می‌شوند (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیکستین، نلسون، مک کلور و همکاران، ۲۰۱۵)؛ بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری شناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). با توجه به اینکه افراد لکتی با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و لکتت زبان خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف‌پذیری شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند زیرا به‌دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزینی بیابند (داویس و نولن هوکسما، ۲۰۱۳). در این خصوص زونگ، گوآ، گوآ و شی، وانگ و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند دانشجویانی که نشانگان لکتت زبان داشتند، شمار زیادی از وقایع منفی را نسبت به دانشجویان دیگر تجربه کردند، این دانشجویان وقایع استرس‌زا را غیرقابل کنترل ادراک می‌کنند. برخی از پژوهش‌ها از جمله ساراپاس اندیشه و رفتار زمانی که شخص دست‌به‌کاری می‌زند و متوجه می‌شود که این کار در راستای اهداف خویش بوده است هیجانانگیز به وجود می‌آیند (لازاروس، ۱۹۹۱). با این وجود توانایی فرد در کنترل هیجانانگیز یکی از مهم‌ترین قابلیت‌هاست که باید آموخته شود. تنظیم هیجانی به‌عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز و شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرایندهای اجتماعی روانی فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (ویمز و پینا، ۲۰۱۵). در واقع تنظیم هیجانی تنها سرکوب هیجان‌ها نیست بلکه نباید همیشه در یک حالت آرام و ساکن از انگیختگی هیجانی قرار داشته باشد در عوض تنظیم هیجانی شامل فرایندهای نظارت و تغییر تجربیات هیجانی شخص است (تامسون، ۱۹۹۴).

---

<sup>1</sup>. Lazaroos

<sup>2</sup>. Vimeez and peena

<sup>3</sup>. Thomsoon

هیجان‌دارای کیفیت بالایی هستند به این صورت که می‌توانند باعث واکنش مثبت یا منفی در افراد شوند اگر متناسب با موقعیت و شرایط باشند باعث واکنش مثبت و در غیر این صورت باعث واکنش منفی می‌شود بنابراین زمانی که هیجان‌دار شدید می‌شوند یا طولانی می‌شود و یا با شرایط سازگار نیستند و ما نیاز به تنظیم کردن آن‌ها لازم است. ودیکستین و نلسون، مک چر، گرمیلی و همکاران (۲۰۱۳) رابطه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی و نشانگان لکنت زبان را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که بین شدت لکنت زبان و انعطاف‌پذیری شناختی، نقایصی شناختی در توجه، سرعت پردازش و حافظه کلامی طولانی مدت دارند، رابطه وجود دارد (گروس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). بدیهی است فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن همچون سکنه مغزی، فرایندی است که دائماً تحت تأثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار می‌گیرد و با افزایش میزان سازگاری، بیمار در ابعاد مختلف (فیزیولوژیکی و روان‌شناختی) می‌تواند به خودکنترلی مطلوب‌تری از بیماری خود دست یابد (لیفیفر، ۲۰۰۷). روی بیان می‌نماید دستیابی به سلامتی در بیماری‌ها می‌تواند با به‌کارگیری مدل سازگاری در کلیه ابعاد سازگاری (بعد فیزیولوژیک و ابعاد روان‌شناختی درک از خود، ایفای نقش و استقلال وابستگی) امکان‌پذیر گردد (سرچکیوس، ۲۰۱۰)؛ زیرا در این مدل، بیمار به‌طور دقیق مورد ارزیابی قرار گرفته و طی اقدامات پرستاری و دست‌کاری محرک‌های ایجادکننده رفتارهای ناسازگار، رفتارهای سازگار افزایش یافته و در نتیجه بیمار به سازگاری فیزیولوژیک و روان‌شناختی بهتری دست می‌یابد (بورنس، ۲۰۱۶). برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی روی، چارچوبی را جهت تفکر پرستار در بررسی شرایط مختلف افراد مبتلا می‌تواند فراهم نماید تا پرستار بتواند بهتر شرایط را تجزیه و تحلیل نموده، تفکر خود را سازمان‌دهی کند و بهترین تصمیم را برای مراقبت از بیمار خویش اخذ نماید از طرفی پیش‌بینی می‌شود با به‌کارگیری برنامه مراقبتی بر اساس مدل روی، رفتارهای سازگار (سالم) در بیمار افزایش یافته و در نهایت باعث کاهش عوارض ناشی از بیماری شود (بیدی، ۲۰۱۲)؛ بنابراین فرایند سازگاری متعاقب سکنه مغزی، نیازمند مداخلات روانی جهت پذیرش کاهش توانایی‌ها و تغییرات زندگی و مدیریت استرس‌ها و سازگاری با تغییرات جدید در زندگی است. در این برنامه، گروه‌های حمایتی اعم از خانواده،

<sup>۱</sup>. Gross

دوستان و گروه‌های حمایتی از افراد مبتلا باید مورد توجه قرار گیرند (بیروچ، ۲۰۱۳). لذا مطالعه حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانی، تنظیم هیجان و سازگاری روان در افراد دارای لکنت زبان انجام شد.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دارای لکنت زبانی که به مراکز گفتاردرمانی در سال ۱۳۹۶-۹۷ در شهر اهواز بود که توسط متخصصین و روان‌پزشک و دیگر متخصصین مربوطه تشخیص قطعی را دریافت کرده بودند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵، اندازه اثر ۰/۰۸ و نیز مطالعات پیشین برآورد شد. روش نمونه‌گیری در این مطالعه دارای دو مرحله بود که ابتدا از طریق نمونه‌گیری در دسترس ۱۱۴ نفر از افرادی که دارای تشخیص قطعی لکنت زبان بودند، انتخاب و سپس، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون با مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر زیر نظر روان‌پزشک و بر اساس معیارهای تشخیصی DSM\_IV\_TR انجام شده بود، ۳۰ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر) از افراد بالاترین نمرات را (به‌عنوان خط پایه) پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و پس از تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ تمایل خود بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص قطعی لکنت زبان حداقل به مدت ۶ ماه از جانب متخصصین مربوطه، عدم دریافت روان‌درمانی و دارودرمانی قبل از ورود به پژوهش، سن حداقل ۲۰ سال، عدم همبودی بیماری‌های جسمانی یا اختلالات شدید روانی، عدم ابتلا به هرگونه بیماری ناتوان‌کننده و مزمن دیگر و تکمیل فرم رضایت‌نامه به‌وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ انصراف آزمودنی‌ها از ادامه شرکت در مطالعه و استفاده از مواد مخدر در حین مطالعه بود. در این مطالعه از پرسشنامه‌های سازگاری، انعطاف‌پذیری، تنظیم هیجان و پروتکل درمان تعهد و پذیرش و آزمون نیم‌رخ خود سنجی ارتباطی شناختی می‌باشد.

پرسشنامه سازگاری: پرسشنامه سازگاری بل دارای خرده مقیاس‌های سازگاری عاطفی، سازگاری اجتماعی، سازگاری خانه، سازگاری سلامتی با تعداد ۳۲ سؤال وجود دارد. نمونه‌ها به صورت (بلی و خیر) به سؤالات پاسخ می‌داد و برای هر سؤال اگر صحیح پاسخ داده می‌شد. نمره یک و اگر غلط پاسخ داده می‌شد نمره صفر در نظر گرفته می‌شد. به این ترتیب دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۳۲ بود. هر چه افراد نمره کمتری در آزمون سازگاری بل کسب کند سازگاری بیشتری دارد و بالعکس. بر اساس امتیازبندی جدول پرسشنامه بل وضعیت سازگاری فرد بر حسب خوب، متوسط و ضعیف طبقه‌بندی گردید. علاوه بر این، مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها نیز به طور جداگانه ثبت گردید. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد می‌باشد که در ایران هم روایی و پایایی آن به دست آمده است. به طوری که قاسمی در مطالعه خود، ضریب پایایی آن را در روش دونیمه کردن ۰/۹۸ گزارش نموده است (قاسمی، ۱۳۸۹).

**پرسشنامه انعطاف پذیری:** این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (AAQ-II) برای سنجش تجربی / انعطاف ناپذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ پرسش است. پرسش‌های این پرسشنامه تمایل نداشتن به تجربه افکار و احساسات ناخواسته از احساس‌هایم می‌ترسم (ناتوانی در بودن در زمان حال و حرکت در جهت ارزش‌های درونی) خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت بخش محروم می‌کند را می‌سنجد. پرسش‌های این پرسشنامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز = ۱، خیلی بندرت = ۲، بندرت = ۳، گاهی اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۵، تقریباً همیشه = ۶ همیشه = ۷) رتبه‌بندی می‌شود. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است.

**پرسشنامه تنظیم هیجان:** پرسشنامه تنظیم هیجان به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط گراس و جان تدوین شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه می‌باشد شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی

برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران حسینی میزان آلفای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

**آزمون نیمرخ خود سنجی ارتباطی شناختی WASSP:** آزمون WASSP آزمون استاندارد و مراجع محور است که برای سنجش ویژگی‌های درونی لکنت بعلاوه فراوانی وقوع لکنت به کار می‌رود؛ و برای بررسی متغیرهای شناختی و احساسی بزرگسالان لکتی ۹۱ سال به بالا و گاهی برای افراد ۹۴ تا ۹۱ سال استفاده می‌شود (رایت و آیره، ۱۹۹۷)، پرسشنامه آن داری ۹۴ جمله بعلاوه ۹ جمله اختیاری است که درک گوینده از خود را با مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت برای پاسخ به هر جمله آزمون (۹ به معنای هیچ و ۶ به معنای خیلی شدید) بررسی می‌کند. این آزمون شامل پنج خرده مقیاس ۹ معتبر درونی است که جملگی ابعاد آشکار، پنهان و اجتماعی لکنت را توصیف می‌کند. اساساً ۱ مورد از جمله‌های این آزمون، صرفاً جمله‌های فراوانی لکنت و ۹۷ مورد دیگر جمله‌های عاطفی و شناختی را شامل می‌شوند. نتایج ارزیابی آزمون نیمرخ شناختی WASSP به‌عنوان وضعیت پایه افکار، باورها و شناخت بیمار از لکنت خود تلقی می‌شود. اجرای آزمون WASSP زمان اندکی (حدود ۵ دقیقه) را نیاز دارد (تروور، ۲۰۱۲). علت انتخاب این آزمون از میان سایر آزمون‌های نگرشی و شناختی برای این مطالعه به خاطر این بود که آن تمام جنبه‌های شناختی، احساسی، نگرشی و اجتماعی بیمار بعلاوه ویژگی‌های رفتار لکنت (شامل تمام الگوهای لکنت مانند تکرار، گیر، کشیده گویی، دیرش، میان‌پرانی و سایر موارد) را به‌طور کامل و جامع پوشش داده و علاوه بر کمی سازی، دارای سهولت اجرا نیز است. آخرین نسخه این آزمون از طریق مکاتبات با سازنده آزمون دریافت و به فارسی برگردانده شد. بررسی قابلیت برگردان و روایی محتوایی و صوری آن طی دو مرحله از سوی آسیب شناسان گفتار و زبان انجام گرفت. با اعمال نظرات و پیشنهادها آسیب شناسان و اساتید صاحب‌نظر، نسخه نهایی آزمون تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. همچنین پایایی این آزمون نیز از سوی ۹۴ فرد لکتی بزرگسال طی چند مرحله در بازه زمانی ۹۳ روزه بین بار اول و دوم (و ۳۰ روزه) بین بار دوم و سوم انجام و ضریب پایایی آن برآورد گردید و در جریان پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.



یافته‌ها

یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون و کنترل به تفکیک گروه‌ها

متغیرهای پژوهشی	تعداد	پیش‌آزمون انحراف معیار + میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار + میانگین	کنترل انحراف معیار + میانگین
انعطاف‌پذیری آزمایش	۱۵	۴۳/۷۷+۶/۱۸	۳۴/۳۳+۴/۴۵	۳۳/۲۲+۱۵/۱۱
	۱۵	۴۱/۲۵+۶/۱۳	۴۵/۵۰+۸/۴۵	۴۳/۳۷+۵/۴۴
تنظیم هیجان آزمایش	۱۵	۳۷/۲۲+۱۴/۴۱	۱۳/۶۰	۸۷/۴۴+۱۵/۶۲
	۱۵	۳۵/۵۰+۱۴/۰۵	۹۰/۸۸	۳۵/۸۷+۱۳/۳۳
سازگاری روان آزمایش	۱۵	۷/۶۶+۱/۵۸	۴/۸۸+۱/۰۵	۵/۲۲+ ۱/۰۹
	۱۵	۷+۱/۹۲	۷+۱/۶۰	۷/۵۰+۱/۵۵

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات پذیرش و تعهد بر سازگاری روان، تنظیم هیجان و انعطاف پذیری آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین درمان پذیرش و تعهد برافزایش پذیرش لکننت زبان گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیش‌آزمون تأثیر داشته است.

جدول ۲ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمره کلی متغیرهای سازگاری روان و تنظیم هیجان انعطاف‌پذیری در گروه

آزمایش و کنترل

مقیاس	میانگین مجذورات	ضریب F	p-value	میزان تأثیر	توان آماری
سازگاری روان			۰/۰۰۰۱		
پیش‌آزمون	۹۸/۹۶	۱۶۳/۳۶		۰/۶۶۲	۰/۹۳۵
پس‌آزمون	۳۹/۶۹	۳۷۰/۳۳		۰/۳۸۷	۰//۷۹۰
انعطاف‌پذیری			۰/۰۱		
پیش‌آزمون	۲۷/۹۵	۸/۸۵		۰/۳۴۵	۰/۵۰۹
پس‌آزمون	۳۶/۸۰	۲۷/۴۵		۰/۳۹۵	۰/۶۰۴
تنظیم هیجان			۰/۰۱۱		
پیش‌آزمون	۳۲/۸۰	۱/۹۰		۰/۶۸۹	۰/۹۲۰
پس‌آزمون	۷/۱۵	۲/۲۵		۰/۶۲۵	۰/۸۸۵

## بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود و کاهش لکنت زبان و نمره کلی ابزار و نیز افزایش پذیرش و کاهش شدت لکنت گردیده است. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله مک کراکین و همکاران (۲۰۰۷) همسو می‌باشد. مک کراکین و همکاران در پژوهشی به بررسی نتایج درمان پذیرش و تعهد زمینه‌ای که هم‌زمان برای مبتلایان به لکنت زبان با ناتوانی بالا و کمتر ناتوان اجرا می‌شد، پرداختند. نتایج درمان برای بیماران با ناتوانی بالا نشانگر بهبود معنی‌دار پس از درمان در چند متغیر از جمله استرس مرتبط با لکنت زبان، ناتوانی، افسردگی، اضطراب مرتبط با لکنت زبان، استراحت روزانه و کارکرد (در یک آزمایش تحمل فعالیت) بود. محاسبه اندازه اثر نشان‌دهنده اثربخشی درمان برای سازگاری روان و انعطاف‌پذیری و تنظیم هیجان بود. تا به امروز حمایت‌های پژوهشی متوسطی برای استفاده از هر نوع روان‌درمانی در درمان و کاهش اختلالات روان‌شناختی و لکنت زبان در افراد دچار بیماری‌های لکنت زبان وجود داشته است (مک کراکین، ۲۰۰۷). همچنین، نتایج پژوهش دین دو و همکاران نشان داد که بیماران مبتلابه میگردن و لکنت زبان اساسی گروه مداخله تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری سه ماهه نسبت به گروه شاهد به طور معناداری با لکنت زبان نمرات بهتری کسب کردند (دین دو، ۲۰۱۲).

در تبیین چگونگی تأثیر شیوه درمانی ACT بر علائم روان‌شناختی در بیماران با لکنت زبان می‌توان گفت که ممکن است علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان در جلسه نخست نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب و این افکار و گفتار نامفهوم، هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی در گفتار نسبت به راه‌حل‌های گذشته، از همان جلسات نخست و نیز استقبال بیماران از این نگرش جدید بوده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، چون متغیر "پذیرش"، پیش از کاهش معنی‌دار نشانگان اختلالات روان‌شناختی افزایش یافت، نتیجه می‌گیریم که متغیر پذیرش و افزایش توجه و عمل به ارزش‌ها در درمان لکنت زبان به روش درمانی پذیرش و تعهد، به‌عنوان میانجی تغییر عمل می‌کند؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت درمان پذیرش

و تعهد از طریق ایجاد و توسعه "پذیرش" و "افزایش عمل به ارزش‌ها" در مراجعان، تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند (آمریکن، ۲۰۱۳). یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی به روش پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش لکنت زبان و نیز افزایش سازگاری روان و انعطاف‌پذیری در افراد مبتلابه لکنت زبان شده است. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه بارافون و همکاران (۱۹۹۸) همسو می‌باشد. آن‌ها در پژوهشی به بررسی نقش پذیرش درد به‌عنوان یک فرآیند در لکنت زبان در فاجعه پنداری و شدت درد بیماران پرداختند. در این پژوهش ۱۸۶ بیمار مبتلابه لکنت زبان در یک دوره درمانی سه‌هفته‌ای مبتنی بر لکنت زبان شرکت کردند. یافته‌ها حکایت از آن داشت که هم فاجعه پنداری و هم پذیرش پس از درمان بهبود معنی‌داری یافته بودند، تغییرات در این دو متغیر رابطه معنی‌داری با تغییر در تقریباً تمام متغیرهای دیگر داشت. همچنین مطالعه امینیان (۱۳۹۰) در تحقیق خود به مطالعه دشواری در تنظیم هیجان و تأثیر آن بر افراد لکنت زبان بر روی افراد پرداخت نتایج آن نشان داد که افراد دشواری در تنظیم هیجانی و لکنت زبان رابطه منفی داشت. پژوهش‌های محققین عواطف منفی را بررسی کرده‌اند که هرچند به‌طور مستقیم در راستای سنجش عواطف منفی ایرانیان نسبت به افغانستانی‌ها نبوده است، اما عواطف منفی را به‌طور کلی بررسی کرده‌اند که در طراحی طرح تحقیق حاضر راهگشا بوده‌اند همخوانی دارد.

## منابع

- امینیان، مریم (۱۳۹۰). رابطه تنظیم هیجانی، رخداد‌های منفی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات تغذیه در زنان و دختران شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- بیگدلی، باقر، علاقبند، ستیلا و هومن، عباس (۱۳۹۲) مقیاس هاس سنجش خانواده و ازدواج. تهران، انتشارات بعثت
- قاسمی، ل (۱۳۸۹) تحلیل عاملی تأییدی مقیاس سازگاری. مجله روانشناسی. شماره ۹، دوره ۴، صص ۸۰-۶۱.
- Abazari, P., Amini, M., Amini, P., Sabouhi, F., Yazdannik, A. (2011). Diabetes nurse educator course: from develop to perform. *Iranian Journal of Medical Education*, 10(5), 918-26. [Persian]

- Afrasiabi, A., Falahi Khoshnab, M., Yaghmaee, F. (2004). Coping with illness patterns. *Journal of School of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti*, 19(67): 42-7. [Persian].
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (Revised 5 ed). Washington: American Psychiatric Association
- Bede, M., Ghotbi, M., Mahdavi hezaveh, A., Kormanji, J., Nasli esfahani, A. (2012). *Yar ahmadi SH. National program for prevention and control of type 2 diabetes run in urban areas*. Tehran: Spydbrg
- Berooch, M., Mirmohammadali, M., Mahmoudi, M., Farnam, F. (2013). Effect of pre-marriage counseling on the sexual health. *Hayat*. 11(4 and 3), 39-4. [Persian]
- Beycgh, H., Boon & Boych, F. (2015). Examining the effectiveness of psychosocial empowerment based on choice theory on reducing depression and aggression in women with husbands in prison in 2014. *Forensic Medicine*, 21(3), 167-77. [Persian].
- Borens, A. (2016). The effect of nursing care plane based on "RO adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*, 10(5), 666-77. [Persian]
- Burnard, P., Mphil, D.E., Fothergill, A., Hannigan, B., Coyle, D. (2011). Communiting mental health nursing in wales, self reported stressors and coping strategies. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 7(6), 523-528.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminatores. *Cognitive therapy and research*, 24(6), 699-711
- Dekston. N., mak, C. (2013). *Emotion regulation: A theme in search of definition*. In N.A.Fox (ed), *The Development Of Emotion Regulation Biological And Behavioral Considerations* (pp.25-52). Chicago: The University Of Chicago Press. 34(1): 35-40. [Persian]
- Dindo, L., Recober, A., Marchman, JN., Turvey, C., O'Hara, M.W. (2012). Oneday quality of life in patients.
- Evrag, E., Jomnez & Belak, Ower, R. B. (2009). Anger in middle school: the solving problems together model. *Journal of School counseling*, 30(7), 2-22

- Gerak, J. J., Romer, E. A. (2014). Emotion regulation in romantic relationships: the cognitive consequences of concealing feelings. Sage Journals Online. university of Washington.
- Ghan Zadeh, M., Bagheri, E. (2006). Effect of dietary advice Diabetes affects the migraine: a pilot study. *Behav Res Ther*, 50(9):537-43.
- Gheroos Boogar, E. (1998). Risk factors for cardiovascular complications in patients with type II diabetes: Predictive role of psychological factors, social factors and disease characteristics. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(3), 278-93.
- Hall, K. R., Rushing, J.L., Ower RB. (2009). Anger in middle school: the solving problems together model. *Journal of School counseling*. 30(7), 2-22.
- Harrison, J.C. (2012). Redefining Stuttering: What the struggle to speak is really all about. National Stuttering Association
- Hez-Sancho, E., Salguero, J.M., Fernandez-Berrocal, P. (2016). Angry rumination as a mediator of the relationship between ability emotional intelligence and various types of aggression. *Personality and Individual Differences*, 89, 143-7.
- Kanter, P., & Ghenver, D. (2015). The effect of cognitive behavioral group training on aggression and sensation seeking rates among female martial artists in the city of Amol. *Knowledge and research in applied psychology*, 16(2), 69-76. [Persian]
- Kotby, M. N., Moussa, A., EL-Sady, S. R., Nabieh, A. A. (2015). A comparative study between certain behavioral methods in treatment of stuttering. *International Congress Series*, 1240, 1243-1249.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.
- Lefeer (2007). Diabetes Self-Care Determinants Model of Diabetic Patients Referred to Yazd Diabetes Research Center, 16 (81), 29-36.
- Leibenluft, E. (2015). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Child adolesc*, 46(3), 341-355.
- Loyer, B. (2014). Effectiveness of cognitive approaches in improving outcomes for individuals who stutter. The University of Western Ontario: School of Communication Sciences and Disorders.

- Masuda, A., & Tully, E.C. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17 (1), 66-71.
- McCracken, LM., Eccleston, C. (2007) Coping or acceptance: what to do about diabetes admitted to hospital nutrition clinic of Imam Hussein.
- O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2004). Self- rating of stuttering severity as a clinical tool. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 13(3), 219-226.
- Prins, D. & Ingham, R. J. (2012). Evidence-Based Treatment and Stuttering-Historical Perspective. *Journal of Speech - Language and Hearing Research*, 52(1), 254-263.
- Qasemi, L (2010) Factor Analysis of the Compatibility Scale. *Psychology Magazine*, 9 (4) 80-61.
- Sarchekoos, s. (2010). The role of nurses in diabetes care. *Journal of Diabetes and Metabolism*. 9(2), 107-15.
- Vaziri nejad, R., Sajadi, M., Maghol, N. (2010). The role of diabetes on quality of life: results of a historical cohort study. *Medical research martyr Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*, 34(1), 35-40. [Persian]
- Ward, D. (2006). Stuttering and Cluttering. *psychology press*, 34-42, 168-180.
- Starkweather, C.W., Gothwald, S.R. (2002). The demands and capacities model: Response to Siegel. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 369-375.
- Webster, R. L. (1997). Precision fluency shaping program: Speech reconstruction for stutterers. Roanoke, VA: Communications Development Corporation, 130-144.
- Wimez, B., Pina, W. (2015). The assessment of emotion regulation improving construct validity in research on psychopathology in youth. *Journal Of Psychological Behaviour Assessment*, Published Online Do I, 10.1007/S 10862-010-9178-5
- Zong, J., Cao, X., Cao, Y., Shi, Y., Wang, Y., Yan, C., Abela, J., Gan, Q., Gong, Q., & Chan, R. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health nad Quality of life outcomes*, 8, 1-6. Behavioral treatment for patients with comorbid depression and chronic pain? *Pain*, 105(1-2):197-204. [PMID: 14499436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14499436/)

## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosocial flexibility, Emotion Regulation, and Psychological Adjustment in People with Stuttering

### Abstract

Stuttering is a controversial, multifaceted, psychomotor speech disorder occurring in the natural course of a person's speech, coupled with behavioral, cognitive, and attitudinal changes. The purpose of the study was to examine the effectiveness of ACT on psychological flexibility, emotion regulation, and psychological adjustment in stutterers. In doing so, from among the people admitted to speech therapy center, 30 people were selected by convenient sampling and randomly divided into experimental and control groups. Both groups were examined in terms of discomfort and improper speech before and after participating in training sessions and 6 months later. The experimental group participated in 12 sessions of ACT, but the control group received no training. Data were analyzed using covariance analysis using SPSS-22. The results of covariance analysis showed that ACT is effective in improving the speech performance of patients with stuttering. Hence, using this method, one can help reduce development of distress and improper and unclear speech of these patients.

**Keywords:** ACT, flexibility, emotion regulation (ER), psychological adjustment.