

Examining the Efficacy of Mental Simulation Therapy on Life Satisfaction and Self-satisfaction in Stutterers Aged Between 20-45

Taghizadeh, *M.E., Baghda-Sarians, A., Bahari, E

Abstract

Introduction: Stuttering can affect all personal and social aspects of life and negatively influence the mental and emotional health, as well as, life and self satisfaction in people. This research aimed to examine the effectiveness of mental simulation therapy on life satisfaction and self-satisfaction in stutterers aged between 20-45 in Tehran.

Method: In a semi-experimental research with pretest-posttest designs along with follow-up tests about 30 stutterers in the age range of 20 to 45 referred to Tehran rehabilitation clinics were selected using available sampling method and were randomly divided into experimental and control groups. The Life-satisfaction and Self-satisfaction Questionnaires, as well as, Taghizadeh Mental Simulation Package were applied. The final data were analyzed by an ANCOVA statistical analysis.

Results: The results were shown that mental simulation therapy could significantly increase the levels of self-satisfaction and life-satisfaction in the stutterers in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: Mental simulation therapy can be used to increase self-satisfaction and life-satisfaction in stutterers due to its emphasis on useful psychological practice and techniques and enabling the mind and speech.

Keywords: Life Satisfaction, Self-Satisfaction, Mental Simulation Therapy, Stuttering.

اثربخشی درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهنی بر رضایت از زندگی و رضایت از خود در افراد دارای لکنت زبان ۲۰-۴۵ ساله

محمداحسان تقی‌زاده^۱، آبینا باغدا ساریانس^۲، الهه بهاری^۳

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۶

چکیده

مقدمه: لکنت زبان اختلالی است که تمام ابعاد زندگی فردی و اجتماعی فرد را درگیر می‌کند و تأثیرات منفی زیادی روی بهداشت روانی و رضایت از زندگی و خود در افراد دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهنی بر رضایت از زندگی و رضایت از خود افراد دارای لکنت زبان ۲۰ تا ۴۵ ساله شهر تهران بود.

روش: در پژوهشی با طرح نیمه آزمایشی با شیوه پیش‌آزمون، پس‌آزمون به همراه پیگیری تعداد ۳۰ نفر از افراد مبتلا به لکنت زبان مراجعه کننده به کلینک‌های توانبخشی در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ ساله به صورت در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه‌های رضایت از زندگی و رضایت از خود و پروتکل درمانی شبیه‌سازی ذهنی تقی‌زاده بکار گرفته شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان به شیوه شبیه‌سازی ذهنی توانسته در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل، افزایش معناداری در میزان رضایت از خود و رضایت از زندگی داشته باشد.

نتیجه‌گیری: از درمان شبیه‌سازی ذهنی می‌توان برای افزایش رضایت از زندگی و رضایت از خود در اشخاص مبتلا به لکنت زبان بخاطر تاکید آن بر تمارین و فنون روانشناختی مفید و تمرین دهی ذهن و گفتار استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: شبیه‌سازی ذهنی، رضایت از خود، رضایت از زندگی، لکنت زبان.

مقدمه

اختلال سیالی کلامی با شروع در کودکی (لکنت زبان) یکی از بیماری‌های بحث برانگیز در میان اختلالات گفتار و زبان است و به عنوان سرطان اجتماعی در روابط بین انسانها مطرح می‌شود. شیوع لکنت حدود ۱۶ درصد است که این میزان تا دوره نوجوانی به ۸/۰ درصد کاهش می‌یابد و در پسران تقریباً سه برابر دختران است. دشواری در گفتار و بیان جملات که نامتناسب با الگوی سن تقویمی فرد است، تأثیر منفی بر موقعیت‌های شغلی، دستاوردهای آموزشی یا موفقیت‌های اجتماعی، بهداشت روانی و عاطفی مبتلایان به لکنت زبان دارد (۱). تقریباً ۵۰ درصد افراد بزرگسال دارای لکنت زبان، از اختلال‌های روان شناختی مانند اختلالات اضطرابی رنج می‌برند و به همین دلیل در موقعیت‌های ارتباطی و اجتماعی، سکوت می‌کنند و نگرشی منفی نسبت به برقراری ارتباط دارند که بر روی کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (۲).

بازگشت لکنت یک سال پس از درمان در ۱۴ تا ۷۰ درصد از افراد مبتلا به لکنت زبان یکی از محدودیت‌های اصلی برنامه‌های درمانی لکنت است که این مسئله خود منشأ مشکل و نگرانی در سلامت روانی و ارتباطات این افراد می‌باشد (۳) که معمولاً علت برگشت آن را به ویژه در دوره بزرگسالی به درمان نامناسب، کنترل ناموفق لکنت، تعامل اجتماعی محدود با هموعان، سبک زندگی فرد، اجتناب از به کارگیری روش درمانی در طول درمان و واکنش منفی اطرافیان نسبت به درمان، سطح انگیزش پائین فرد، احساسات منفی، جدی نگرفتن برنامه درمانی و در مقابل عوامل مؤثر بر درمان موفق ناشی از درمان مداوم و پایدار را انگیزه قوی فرد، نگرش مثبت و شناخت بیشتر از گفتار خود، استفاده از تجربیات دیگر افراد مبتلا به لکنت زبان و شروع به هنگام مداخلات درمانی می‌دانند (۴).

عوارض ناشی از لکنت در افراد مختلف با توجه به نگرش آنها و برداشت‌شان از آن متفاوت است. دیدگاه این افراد درباره خود و میزان ناتوانی‌شان، نگرش و برخوردهای خانوادگی و اطرافیان و جامعه، موجب بوجود آمدن عوارض گوناگونی در زندگی فرد می‌شود. مشکلات گفتاری و تکلم از جمله عواملی است که می‌تواند بر میزان سلامت روان، رضایت از خود، عزت نفس، شادی، شادکامی و رضایت از

زندگی تأثیرگذار باشد. می‌توان از طریق مداخلات روان-شناختی و تلاش جهت رفع موانعی همچون لکنت به سلامت روان و بهزیستی روانی اقدام کرد و با بالابردن سطح رضایت‌مندی از خود، بهتر و مناسب‌تر با این اختلال برخورد کرد. در طول روند ارزیابی و درمان افراد دارای لکنت، علاوه بر توجه به جنبه‌های روانی گفتار باید به ایجاد تغییرات مثبت در کیفیت زندگی این افراد نیز توجه شود (۲). همه انسان‌ها در زندگی، آرزوها، رویاها و اهدافی دارند و در صورت تحقق اهداف از زندگی خود راضی خواهند شد. میزان رضایت هر فرد از زندگی خود احساس درونی و برداشت ذهنی است که فرد از خود، اطرافیان و جهان پیرامون خود دارد. مهمترین عامل در ایجاد رضایت‌مندی، رضایت از خویشتن است و اگر فرد احساس کند انسان مفید، ارزشمند و شایسته‌ای است که قابلیت‌ها و توانایی‌های زیادی دارد، این امر در شکل‌گیری عزت نفس به او کمک کرده و احساس رضایت از خویشتن را افزایش می‌دهد و فرد به خودباوری و اعتماد به نفس می‌رسد (۵). به طور قطع رضایت از خود در رضایت از زندگی مؤثر است. در حقیقت نمی‌توان این دو مؤلفه را از هم جدا کرد اگر هر شخصی ابتدا با خود رابطه خوبی داشته باشد و از روح و جسم، سطح تحصیلات، خانواده و ظاهر خود راضی باشد و خود را فرد مفیدی برای جامعه بداند این رضایت از خود، به سطوح مختلف زندگی هم کشانده می‌شود (۵).

بر مبنای نظر گرونبرگ (۶) رضایت یا نارضایتی از بخشی از زندگی به سایر بخش‌های زندگی تعمیم یافته و آن بخش را نیز متأثر می‌نماید. بر مبنای نظریه سرایت^۱ باید انتظار داشت افرادی که در یک زمینه محروم می‌شوند بدون جبران و اصلاح رضایت در آن بخش، نارضایتی خود را از یک محدوده به محدوده دیگر تعمیم خواهند داد. به عنوان مثال نارضایتی از ارضاء نیازها باعث خواهد شد تا سایر بخش‌های زندگی از جمله تحصیل، شغل، درآمد و غیره را متأثر نموده و به سوی نارضایتی از آن بخش‌ها سوق یابد.

سه بعد اساسی رضایت از زندگی مربوط به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. بعد جسمی: درک فرد از توانایی-هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد و شامل مواردی مانند تحریک، انرژی، درد و

باید نکات آموزنده، برجسته و تقویت شود. توانایی و پشتکار فرد در این زمینه اهمیت حیاتی دارد. همچنین شبیه‌سازی به عنوان راه‌حلی جهت مقابله با حوادث استرس‌زا و اضطراب‌آمیز به کار می‌رود. اگر افراد بتوانند احساسات و افکار خود را در مورد رویدادها و موقعیت‌های استرس‌آور ابراز نمایند، مشکلات روانی آن‌ها کاهش می‌یابد (۱۱). شبیه‌سازی ذهنی از روش‌های مهمی است که افراد را تشویق می‌کند تا بر رفتارهای خود تسلط پیدا کنند، خود را در وضعیت مطلوب تجسم کرده و با موفقیت به هدف مورد نظر خود برسند (۱۲).

شبیه‌سازی بازنمایی تقلیدی حوادث واقعی یا خیالی است، شبیه‌سازی به مثابه یک فن خودتنظیمی در تجسم حوادث آینده، اهداف مورد نظر، تسهیل برنامه‌ریزی مراحل رسیدن به هدف و افزایش پیوند بین فکر و عمل به هنگام استفاده از شبیه‌سازی ذهنی برای مرور حوادث آینده می‌شود. همچنین می‌تواند احتمال ارتباط رفتارها با وقایع تصور شده از قبیل تمرین برای بازی در آینده را افزایش دهد (۱۳).

تیلور و اشنايدر (۱۴) در تعریفی از شبیه‌سازی ذهنی آن را بازنمایی تقلیدی مجموعه‌ای از رویدادها می‌دانند. این بازنمایی ممکن است رویدادهای گذشته را نیز در برگیرد. همچنین شبیه‌سازی ممکن است به ساخت شناسی، داستانهای فرضی یا تخیل‌های گوناگون و یا آمیزه‌ای از رویدادهای فرضی و واقعی مرتبط باشد. شبیه‌سازی ذهنی باعث می‌شود رویدادها واقعی انگاشته شود که یکی از علل مهم واقعی انگاشته شدن رویدادها در پی شبیه‌سازی ذهنی، این است که شبیه‌سازی با واقعیت هماهنگ است و به همین رو در پیش‌بینی آینده مؤثر خواهد بود.

این تکنیک مانند آئینه، واقعیات را همانندسازی می‌کند. افزون بر این احتمال وارد آوردن صدمه یا آسیب به شرکت‌کنندگان وجود ندارد. این رویکرد می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر و پایدار در بازسازی و اصلاح دیدگاه‌ها، ارتباطات و واکنش‌های آسیب‌دیده فرد مبتلا به لکنت (که خارج از ذهنیت خود شخص نیست)، باشد (۱۱).

اریکسون و بلاک (۱۵) معتقدند نوجوانان مبتلا به لکنت زبان در ارتباطات خود، ادراک از خود پایین‌تر، استرس و

ناراحتی، خواب و استراحت می‌باشد. بعد روانی: جنبه‌های روحی مانند عصبانیت، شادی، افسردگی، ترس و آرامش و نیز مواردی نظیر تصویر از خود، احساس مثبت و منفی، باورهای مذهبی، حافظه و تمرکز حواس را شامل می‌شود. بعد اجتماعی: شامل توانایی فرد در برقراری ارتباط بین اعضای خانواده، دوستان، همسایگان و سایر افراد اجتماع و نیز وضعیت شغلی فرد می‌شود (۷). ناراضی‌تی از خود با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است. نگرش فرد نسبت به خود و ارزیابی که از خود دارد، نقشی کلیدی را در روابط بین‌فردی ایفا می‌کند. مثلاً در روابط بین‌فردی، فردی که خود را بسیار نالایق، زشت و کسل‌کننده تصور می‌کند، ممکن است از برقراری رابطه با دیگران اجتناب کند و فردی درون‌گرا شود. اما شخصی که خود را جذاب، دوست‌داشتنی و ارزشمند می‌داند، از ارتباط با دیگران استقبال می‌کند و با آنها ارتباطی صمیمی برقرار می‌کند (۷).

شکست‌های مکرر فرد دارای لکنت در موقعیت‌های مختلف زندگی، عملکرد مثبت وی را در جامعه کاهش داده و بر میزان رضایت از خود که ناشی از خودباوری است، تأثیر منفی داشته و این مسئله سبب پرورش نگرش منفی، اضطراب، کناره‌گیری و در نهایت کاهش رضایت از زندگی در حیطه‌های مختلف زندگی فرد می‌شود (۸).

شبیه‌سازی^۱ ابتدا توسط یک کشیش انگلیسی به نام رابرت سوث در اواخر قرن ۱۶ و اوایل قرن ۱۷ میلادی مطرح شد (۹). اولین رویکرد شبیه‌سازی ذهن براساس نظریه ذهن^۲ استوار است و بر این باور است که به نوعی به دست آوردن نظریه از قلمرو ذهنی، مشابه به نظریه‌های آنها در مورد جهان فیزیکی است (۱۰).

در شبیه‌سازی سعی بر این است که حتی‌الامکان شرایط واقعی به گونه‌ای شبیه‌سازی شود که مفاهیم فراگرفته شده و راه‌حل‌های مشخص شده برای مسائل، قابلیت انتقال به جهان واقعی را داشته و به درک و اجرای وظایف مرتبط با محتوای شبیه‌سازی کمک کند. افراد برای پیشرفت از طریق انجام تکالیف شبیه‌سازی شده باید مفاهیم و مهارت‌های ضروری برای ایفای نقش در زمینه‌های مورد نظر را در خود پرورش دهند. برای استفاده مؤثر از الگوی شبیه‌سازی

1- mental simulation therapy

2- mind reading

۳۰ نفر از آنان در سنین ۲۰ تا ۴۵ ساله که به کلینیک توانمندسازان ذهن در شهر تهران مراجعه کردند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود آنها به پژوهش داشتن سلامت فیزیکی و حرکتی در اندام‌های جسمی، عصب شناختی، عدم وجود روان پریشی و ضایعه مغزی، عقب مانده ذهنی، فلج مغزی PC و سکنه مغزی بود همچنین شیوه درمانی دیگر لکنت را دریافت نکرده و سابقه مصرف دارو و مواد تا سه ماه پیش از آغاز درمان نداشته‌اند. همچنین در صورت داشتن بیش از سه جلسه غیبت با دریافت همزمان سایر مداخلات از پژوهش خارج می‌شوند.

ابزار:

۱- پرسشنامه رضایت از زندگی: دارای ۳۳ آیتم برای ارزیابی میزان رضایت از زندگی است. پایایی به دست آمده از این مقیاس با روش همسانی درونی آلفای کرونباخ $0/83$ است که توسط تقی زاده و پاشایی در سال ۱۳۹۵ تنظیم شده است. پرسشنامه براساس مقیاس ۴ درجه لیکرتی از (خیلی کم=۱)، (کم=۲)، (زیاد=۳) و (خیلی زیاد=۴) نمره گذاری می‌شود. بالاترین نمره در اجرای آزمون ۱۳۲ و پائین ترین نمره ۳۳ است.

۲- پرسشنامه رضایت از خود: دارای ۲۰ آیتم برای ارزیابی میزان رضایت از خود در سه خرده مقیاس (رضایت از روابط بین فردی، رضایت از موجودیت خود و رضایت از اعمال و رفتار خود) است. پایایی پرسشنامه $0/94$ است و توسط تقی زاده و امیری در سال ۱۳۹۶ تنظیم شده است. پرسشنامه براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای است که از (کاملاً مخالفم=۰)، (مخالفم=۱)، (نظری ندارم=۲)، (موافقم=۳) و (کاملاً موافقم=۴) نمره گذاری می‌شود. بالاترین نمره در اجرای این آزمون ۸۰ و کمترین نمره یک است.

۳- پروتکل درمانی شبیه‌سازی ذهن تقی‌زاده مبتنی بر ۲۵ تمرین روانشناختی و ۲۴ تکنیک آموزش گفتاری است که بر تمرینات خانگی و فنون در موقعیت‌های مختلف تأکید می‌کند که طی ۱۲ تا ۱۵ جلسه به تناسب نوع لکنت و سطح لکنت و ویژگی‌های روان شناختی افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد (به جدول ۱ نگاه کنید). در چارچوب این پروتکل، آزمودنی‌ها بعد از آشنایی با تعداد جلسات فشرده و

اضطراب بالاتر، احساس فشار روانی بالاتر و رابطه عاطفی دشوارتری با خانواده نسبت به افراد عادی داشتند.

به منظور افزایش رضایت از زندگی و کاهش اضطراب مداخلات روش‌های متفاوتی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶ و ۱۷).

یاروس (۱۸) با استفاده از ارزیابی کلی تجربه‌گوینده از لکنت زبان (OASES) معتقد است لکنت زبان باعث مشکلات در ارتباطات و عملکرد و مسائل عاطفی، رفتاری و شناختی فرد لکنتی می‌شود.

پیوندی‌نژاد و نادری (۱۹) تفاوت معناداری را در گروه‌های آزمایشی شبیه‌سازی ذهنی و گفتار درمانی با گروه کنترل در خودپنداره، عزت نفس، روابط اجتماعی و اضطراب، همچنین تفاوت معنادار بین متغیرهای خودپنداره، عزت نفس، روابط اجتماعی و اضطراب در دو گروه روش درمانی (شبیه‌سازی) و (گفتار درمانی) مشاهده کردند.

کارگر شریف‌آباد و تقی‌زاده (۲۰) بهزیستی ذهنی و امید به زندگی در مبتلایان به لکنت زبان را در ابعاد عاطفه مثبت، عاطفه منفی و بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را مورد مطالعه قرار دادند و کارآمدی شبیه‌سازی ذهنی در مولفه‌های یادشده به استثنای عاطفه منفی تأیید شد.

قطعاً اهمیت و ارزش ارتباط بر هیچ کس پوشیده نیست. اینکه ارتباط سازنده و پویا باشد یا تخریب‌گر و توجه به کیفیت آن، شیوه برقراری و تداوم و تأثیرپذیری آن، نقش و حساسیت ویژه‌ای دارد و بی‌شک، در این راستا، زبان و گفتار محوری‌ترین مولفه محسوب می‌شوند. بنابراین به واسطه ضرورت و اهمیت نقش ارتباطات بر روی زندگی و روانشناسان در راستای اصلاح و بهبود روابط، مطالعه در این زمینه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لذا پرداختن به این موضوع می‌تواند سودمند باشد (۱).

روش

طرح پژوهش: پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پس از سه ماه پیگیری، در دو گروه آزمایشی و کنترل اجرا شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمام افراد مبتلا به لکنت زبان در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند که

کاربرد دارد و سطوح شخصیتی افراد مبتلا به لکنت اعم از ذهن، گفتار هیجانات و ارتباطات اجتماعی افراد را درگیر می‌کند. روش اجرای این پروتکل عمدتاً به صورت گروهی است زیرا تأثیرات درمان‌های گروهی در این شیوه تأثیرگذارتر است (۱، ۱۱، ۱۳).

فرآیند درمان و آشنایی بیشتر با لکنت و درمان‌های رایج و آشنایی با درمان نوین شبیه‌سازی ذهن و موفقیت این درمان در رفع لکنت مراجعان در اتاق‌های درمان به صورت گروهی و خصوصی تحت آموزش و تمرین قرار می‌گیرند. در انتهای هر جلسه تعیین تکلیف و بازخورد از جلسات وجود دارد. این رویکرد درمانی برای سنین ۳ تا کهنسالی

جدول (۱) پروتکل درمانی/آموزشی شبیه‌سازی ذهن

جلسه	محتوای جلسات
اول	کد گذاری- تصویر سازی ذهنی در آخر جلسه-بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف
دوم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. ریتمیک کششی- ریتمیک چرخشی، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
سوم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. حالت خطی در کلام- تکنیک نیمه باز- گفتاری، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف
چهارم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. حالت رها در کلام- تمرین پیچ افکار، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
پنجم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. کنترل هیجان کلامی- مدیریت بر استرس، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
ششم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. تمرین و اصلاح تیک‌سروصورت- درمان‌وسواس فکری و کلامی، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
هفتم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. تقویت اعتماد به نفس- پاکسازی ذهن، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
هشتم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. تمرین و تکنیک تأکید و قدرت- تمرین دورانی، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
نهم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. هماهنگی ذهن و بدن- کنترل هیجان در گفتار، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
دهم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. صداسازی- کنترل صوت، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
یازدهم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف. اصلاح ریتم‌گفتاری، حذف فشارهای فیزیکی در گفتار، بازخورد از جلسه و تعیین تکلیف.
دوازدهم	برآورد میزان پیشرفت مراجع و مرور تکالیف جلسه قبل. پیوستگی در کلام- جمع‌بندی و خلاصه‌سازی درمان- پیگیری جلسات- ارائه راهکار لازم-گرفتن پس‌آزمون

یافته‌ها: پیش از انجام تحلیل‌های اصلی در ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای رضایت از زندگی و رضایت از خود برای دو گروه آزمایش و کنترل برای هر دو گروه آزمایش و کنترل محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

به منظور بررسی اثربخشی مداخله و مقایسه دو گروه از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده است. بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن و همسان بودن واریانس انجام و این پیش فرض‌ها تایید شدند. در مورد متغیر رضایت از زندگی، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای گروه آزمایش قبل از مداخله ($K-S=0/178, p>0/05$) و بعد از مداخله ($K-S=0/948, p>0/05$) و برای گروه کنترل قبل از مداخله ($K-S=0/748, p>0/05$) و بعد از مداخله ($K-S=0/935, p>0/05$) نشان می‌دهد که چون سطح معنی‌داری بالاتر از $0/05$ بدست آمده است، بنابراین، داده‌ها

روند اجرای پژوهش: بعد از هماهنگی با کلینیک توانمندسازان ذهن و جلب رضایت آزمودنی‌ها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. ۳۰ نفر از افراد ۲۰-۴۵ ساله مبتلا به لکنت زبان که به کلینیک توانمندسازان مراجعه کردند، به صورت دسترس انتخاب شد. پرسشنامه‌های رضایت از زندگی و رضایت از خود به عنوان پیش‌آزمون در اختیار آنان قرار گرفت. از آنها خواسته شد که به دقت سوالات را بخوانند و تا حد امکان سوالی را بی‌جواب باقی نگذارند. سپس به صورت تصادفی افراد به دو گروه ۱۵ نفره آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایشی در مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، پروتکل درمانی شبیه‌سازی ذهنی را به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. در پایان دوره درمانی، پس‌آزمون اجرا و داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است. همانطور که نتایج تحلیل کوواریانس (جدول ۳) نشان می‌دهد بین نمره رضایت از زندگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F=43/58$ ، $p < 0/001$). بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که میزان رضایت از زندگی گروه آزمایش ($M=112/36$) بیشتر از گروه کنترل ($M=92/43$) می‌باشد. مجذور اتا ۰/۶۱ است، یعنی ۶۱ درصد از واریانس رضایت از زندگی پاسخگویان ۲۰-۴۵ ساله دچار لکنت زبان مربوط به درمان متأثر از مداخله شبیه‌سازی ذهنی بوده است.

از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. همچنین مفروضه همسانی واریانس‌های دو گروه با آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان می‌دهد مقدار F مربوط به آزمون لون با سطح معناداری ۰/۲۳۸ برابر ۱/۴۵۳ است که معنی‌دار نیست و بنابراین توزیع واریانس متغیر رضایت از زندگی بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت خاصی با همدیگر ندارند. علاوه بر این، سایر نتایج نشان داد که بین پیش‌آزمون و گروه کنش متقابل معناداری وجود ندارد ($F=2/41$)، $p > 0/05$ و بنابراین مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است. در ادامه برای مقایسه گروه‌ها در زمینه رضایت از زندگی آزمون تحلیل کوواریانس انجام

جدول ۲) شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	گروه	
۷/۳۷	۹۱/۴	۱۵	آزمایش	رضایت از زندگی قبل از مداخله
۱۴/۹۶	۸۷/۷۳	۱۵	کنترل	
۱۰/۵۷	۱۱۲/۹۳	۱۵	آزمایش	رضایت از زندگی بعد از مداخله
۶/۵۶	۹۱/۸۹	۱۵	کنترل	
۸۰/۷۷	۲۲/۳۳	۱۵	آزمایش	رضایت از وجودیت خود قبل از مداخله
۷/۳۰۴	۲۲/۷۳	۱۵	کنترل	
۳/۶۴۸	۲۸/۲۰	۱۵	آزمایش	رضایت از وجودیت خود پس از مداخله
۷/۳۰۸	۲۴/۱۳	۱۵	کنترل	
۲/۴۱	۹/۶۶	۱۵	آزمایش	رضایت بین فردی قبل از مداخله
۱/۴۱۴	۱۰	۱۵	کنترل	
۱/۸۰۷	۱۳/۱۳	۱۵	آزمایش	رضایت بین فردی پس از مداخله
۱/۴۹۶	۹/۳۳	۱۵	کنترل	
۴/۶۰۸	۱۲/۰۱	۱۵	آزمایش	رضایت از اعمال و رفتار قبل از مداخله
۵/۳۵۵	۱۱/۲۷	۱۵	کنترل	
۲/۷۷۴	۲۴/۵۳	۱۵	آزمایش	رضایت از اعمال و رفتار پس از مداخله
۵/۶۲۱	۱۰/۴	۱۵	کنترل	
۱۵/۸۷	۴۴	۱۵	آزمایش	رضایت از خودکلی قبل از مداخله
۱۳/۷۸	۴۴	۱۵	کنترل	
۷/۳۰۸	۶۵/۸۶	۱۵	آزمایش	رضایت از خودکلی پس از مداخله
۱۶/۵۲	۴۳/۶۰	۱۵	کنترل	

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در رضایت از زندگی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۷۰/۷۱	۱	۳۷۰/۷۱	۵/۵۶	۰/۰۲۶	۰/۱۷۱
گروه‌ها	۲۹۰۵/۵۵	۱	۲۹۰۵/۵۵	۴۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱۷
خطا	۱۷۹۹/۹۵	۲۷	۶۶/۶۶			

بالتر از ۰/۰۵ به دست آمد، بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. همچنین آزمون لون جهت همسانی واریانس استفاده شد با سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ برابر با ۳/۳۵ بود که یکسان بودن واریانس‌ها را تأیید کرد. سایر بررسی‌ها نشان داد که کنش متقابل معناداری بین پیش‌آزمون و گروه وجود ندارد ($F=1/88, p>0/05$) و بنابراین مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون رعایت شده است. در ادامه، پس از اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، تحلیل کواریانس انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در رضایت از خود

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۲۲۰۱۲۶/۶۷	۱	۲۲۰۱۲۶/۶۷	۵۷۰/۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
گروه	۳۵۴۶/۹۴	۱	۳۵۴۶/۹۴	۹/۱۸	۰/۰۰۵	۰/۲۵
خطا	۱۰۸۱۰/۷۱	۲۸	۳۸۶/۰۹			

نظریات فعلی جهان نسبت به لکت عمدتاً جسمانی، دارویی، پزشکی و گفتاردرمانی است (۲۲). مطالعات رورشاخ درباره لکت نشان داده که لکت زبان با اختلالات عاطفی، شخصیت و نشانه‌های وسواسی ارتباط مستقیم داشته است. افراد مبتلا به لکت زبان بیش از سایرین تنش‌های عاطفی داشتند و در جمع احساس ناراحتی می‌کردند و از نظر روان‌پزشکی اضطراب بالایی داشتند (۲۳). در تبیین رضایت از زندگی می‌توان گفت رضایت از زندگی و جایگاه و اهمیت آن برای برخوردار بودن از یک زندگی خوب و شاد امری غیر قابل انکار است و لازمه داشتن رضایت از زندگی در حد مطلوب هماهنگی کامل بین دنیای درونی و دنیای بیرونی است. نارضایتی از بعد درونی و نقص در آن، ابعاد دیگر زندگی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، مبتلایان به لکت زبان به واسطه یأس، ناامیدی، اضطراب در بعد ارتباطی با مشکل روبرو شده و آن را به بخش‌های دیگر زندگی تعمیم می‌دهند. اشخاصی که به سطوح بالاتر رضایت از زندگی می‌اندیشند قادر به رویارویی با مشکلات بوده و به ترمیم و اصلاح ابعاد ناسالم زندگی می‌پردازند. آنچه مسلم است بین سلامت جسمی پائین از حیث اشکال در ارتباط با دیگران و میزان رضایت از خود همبستگی معناداری وجود دارد. افرادی که در ارتباطات و تعاملات اجتماعی به واسطه وجود نقص دچار مشکل می‌شوند، به طیفی از نارضایت‌مندی

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهنی بر افزایش رضایت از خود نیز از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد؛ بررسی‌های مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی مفروضه‌های نرمال بودن و همسان بودن واریانس انجام و پیش فرض‌ها تأیید شدند. در این خصوص، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای گروه آزمایش قبل از مداخله ($K-S=0/929, p>0/006$) و بعد از مداخله ($K-S=0/889, p>0/108$) و برای گروه کنترل قبل از مداخله ($K-S=0/409, p>0/358$) و بعد از مداخله ($K-S=0/928$) نشان می‌دهد که چون سطح معنی داری

مطابق با مندرجات جدول ۴، نمره رضایت از خود دو گروه آزمایش و کنترل به طور معناداری متفاوت از یکدیگر است (استشود $F=9/8, p < 0/05$). میانگین‌های تعدیل‌شده نشان می‌دهد که میزان رضایت از خود در گروه آزمایش ($M=63/71$) بیشتر از گروه کنترل ($M=45/74$) است. مجذور اتا ۰/۲۴ است، یعنی ۲۵ درصد از واریانس رضایت از خود پاسخگویان ۲۰-۴۵ ساله دچار لکت زبان مربوط به درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهنی بوده است.

بحث

با توجه به نتایج پژوهش حاضر از معناداری تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در میزان رضایت از زندگی و رضایت از خود و تأکید فزاینده‌ای که از سوی سازمان جهانی بهداشت (۲۱) بر لزوم مستندسازی مولفه‌هایی مانند تغییر واکنش‌های عاطفی، نتایج کاربردی و رضایت از زندگی در اختلالات ارتباطی از جمله لکت صورت گرفته است.

رویکردهای مختلف درمانی از جمله درمان هیپنوتیزمی، دارودرمانی، رفتاردرمانی، موسیقی درمانی، نوروفیدبک، لیدکامب، گفتار درمانی، فیدبک شنیداری تغییر یافته، دوعاملی شناختی-گفتاری و غیره با هدف بهبود مرحله حاد اختلال و به تدریج تأثیرگذاری در جهت درمان کامل اختلال به مطالعه و درمان لکت زبان پرداختند (۱). ۹۸ تا ۹۹ درصد لکت زبان جنبه ذهنی، روانی، محیطی و تربیتی دارد و

در پایان باید گفت درمان شبیه‌سازی ذهنی که به صورت گروهی انجام می‌شود یک درمان مکمل جامع‌نگر است. در این روش به دلیل اینکه تعاملات اجتماعی افراد را آماج درمان قرار می‌دهد، سبب می‌شود تا اعضای گروه نسبت به چگونگی برخورد خود در اجتماع بینش کسب نموده، تجارب جدیدی یادگرفته، از حمایت اجتماعی بهره‌مند شده و در ارتباطات خود با دیگران موفق‌تر عمل کنند، این سبب افزایش اعتماد به نفس آنها می‌شود و در نهایت رضایت از خود و رضایت از زندگی را نیز ارتقا می‌بخشد (۲۴).

نتایج این یافته با نتایج پژوهش تقی‌زاده (۱۳) با عنوان تحریک ذهن و نقش آن در درمان قطعی و غیرقابل بازگشت لکنت همسو است. نتیجه این پژوهش بر درمان ۶۵ تا ۸۵ درصدی کودکان زیر ۷ سال اشاره داشت که مورد درمان درمانگران، روان‌پزشکان و روانکاوان قرار گرفته بودند. درمان آن‌ها ارتباط ناچیزی با مداخلات پزشکی داشت. پروتکل آموزشی و پزشکی لکنت (۲۵) سبک درمان و ۲۴ روش آموزشی) که درمانگر درمان درمانجویان به نتایج عالی و مناسب رسید.

در پژوهش دیگر تقی‌زاده (۱۱) با عنوان اثربخشی مدل شبیه‌سازی ذهنی بر درمان لکنت زبان افراد ۲۰-۳۹ ساله، نتایج آزمون پارامتریک فریدمن نشان داد که میانگین نمرات در مرحله پیش از درمان ۱,۰۲ تفاوت معناداری با مرحله پس-آزمون ۲,۴۲ و پیگیری ۲,۵۶ داشت و با درصد اطمینان ۹۹ درصد، جلسات درمانی تأثیر زیادی بر درمان لکنت زبان داشت.

فریادیان، درتاج، دلاور (۲۵) در بررسی تأثیر شبیه‌سازی ذهنی بر کاهش اضطراب امتحان، تأثیر مثبت شبیه‌سازی فرآورده-ای و شبیه‌سازی فرآیندی بر کاهش اضطراب امتحان را تأیید کردند. همچنین شبیه‌سازی فرآورده‌ای نسبت به فرآیندی کارایی بیشتری داشت.

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهن بر رضایت از زندگی و رضایت از خود افراد مبتلا به لکنت زبان است. نتایج حاصل از پژوهش و تحلیل داده‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماه نشان داد درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهنی بر افزایش رضایت از زندگی و رضایت از خود مؤثر است و بنابراین پژوهش حاضر درمان مبتنی بر شبیه‌سازی ذهن بر رضایت از

از خود مبتلا می‌شوند. نگرش فرد لکتی نسبت به خود و ارزیابی‌ای که از خود دارد نقش کلیدی در روابط بین‌فردی ایفا می‌کند. بنابراین لزوم داشتن ارتباط مناسب و بهینه با دیگران در کنار سلامت جسمانی، احساس رضایتمندی از خود است. اشخاصی که ذهن رو به رشدی دارند در برخورد با مشکلات پیشرو منفعلانه رفتار نکرده و برای رسیدن به نقطه مطلوب رضایتمندی درونی تلاش می‌کنند، به صورت کارآمد و صحیح با مشکل برخورد کرده و درصدد جبران و بهبود شرایط هستند.

شبیه‌سازی ذهن با تحریک ذهن شناسایی ماهیت و مکانیسم ذهن به صورت مناسب و صحیح به درمان بدون بازگشت لکنت زبان می‌پردازد. لکنت زبان یک اختلال در ریتم و مکانیسم گفتار ذهنی است و همچنین یک اختلال در هماهنگ کردن ذهن است و با شبیه‌سازی ذهن و برنامه ریزی زبان ذهن، طراحی و انجام یک برنامه آموزشی درمانی برای پیدا کردن راهی برای درمان لکنت زبان امکان‌پذیر است. پس از یک دهه مطالعات علمی، تجربی، نظری و تحصیلی، به نتایجی دست یافت که می‌تواند به صورت جهانی طراحی، ایجاد و انجام شود و می‌توان به‌وسیله این دانش‌نویین به اطلاعات ذهن دسترسی پیدا کرد و اکثر تغییرات را به سرعت در ذهن ایجاد کرد (۱).

شبیه‌سازی ذهن رویکردی نوین و منحصر به فرد در درمان لکنت زبان است. به وسیله این دانش‌نویین می‌توان به اطلاعات ذهن دسترسی پیدا کرد و اکثر تغییرات را در ذهن به سرعت ایجاد کرد (۱، ۱۱، ۱۳) شبیه‌سازی ذهن با کنترل افکار و عواطف، امکان کسب مهارت، حل مشکلات با کمترین اتلاف وقت، فراگیری مهارت‌های ارتباطی، تحت کنترل قراردادن موقعیت‌های پیچیده، افزایش اعتماد به نفس و رضایت، به‌عنوان یک شیوه مؤثر برای تغییر نگرش، تقویت تفکر انتقادی و تأثیرگذاری بر جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل سازگاری شغلی و تحصیلی، امید به زندگی، تاب آوری، خودتنظیمی هیجانی، کاهش استرس ادراک شده، رضایت از خود و رضایت از زندگی می‌پردازد. شبیه‌سازی ذهن به عنوان درمانی پایدار به مفهوم بازسازی و اصلاح دیدگاه‌ها، ارتباطات و واکنش‌های آسیب‌دیده که (خارج از ذهنیت خود شخص نیست) برای افراد مبتلا به لکنت زبان می‌باشد (۱۱).

11- Taghizadeh ME. Effectiveness of mind simulation model of Mohammad Ehsan Taghizadeh (MSMMET) on treatment of stuttering of individuals between 20-39 years old. 2016.

12- Dortaj F. Mental Simulation. Tehran: Roya Publishing. 2008.

13- Taghizadeh ME. Making smart of Soccer Players through Mind simulation Knowledge and psychology. The social sciences. 2016;11(12):30-42.

14- Taylor SE, Schneider SK. Coping and the simulation of events. Social cognition. 1989; 7(2): 174-94.

15- Erickson S, Block S. The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. Journal of fluency disorders. 2013; 38(4): 311-24.

16- Mohmadali M, Sedaghat S. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment-Based Treatment on the Satisfaction of the Mothers of Children with Cancer. Journal of Clinical Psychology. 2016; 9(2): 34.

17- Melanorozi H, Isanezhad A & Suleimani S The Effectiveness of Adleri Therapy on Clinical Signs and Life Satisfaction in Patients with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2018; 1(37).

18- Yaruss JS. Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. Journal of fluency disorders. 2010; 35(3): 190-202.

19- peivandinezhad N. Comparison of the effectiveness of mental and speech simulation simulations on psychological symptoms (social relationships and anxiety) and psychological abilities (self-confidence and self-concept) of stuttering youth in Tehran. Islamic Azad University: Ahvaz. 2018.

20- kargar sharifabad H. The Effectiveness of Therapeutic Model of Simulation of Mind on Subjective Well-being and Life Expectancy in People with Stuttering. 2018.

21- Organization WH. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization. 2001.

22- peivandinezhad, N. Comparison of happiness, well-being and personality traits in male youth with normal language disorder in Kermanshah. 2008.

23- Taghizadeh M, Bigdelishamloo E. Simulation of the mind and its role in deterministic and irreversible treatment of stuttering. Der Pharmacia Letter. 2016; 8(1): 85-9.

24- Jameian D, Hossein Sabat F, Motamedi A. The Effectiveness of Short-Term Short-Term Solutions Solution on Self-Efficacy and Quality of Life in Women with Multiple Sclerosis, 2010 (Issue 3). Journal of Clinical Psychology. 2018; (3).

25- Faryadian Kh, Dortaj F Investigating the effect of mental simulation on the reduction of test anxiety among female students of first grade high school in Tehran. 2011.

زندگی و رضایت از خود در مبتلایان به لکنت زبان را اثربخش معنا کرده است. محدودیت پژوهش حاضر، یکی از محدود بودن جامعه پژوهش به افراد سنین ۲۰-۴۵ سال است، لذا در تفسیر نتایج می‌باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این مدل درمانی بر روی گروه‌های سنی، فرهنگی، جنسیتی و غیره ارائه شود، به تجربیات فردی، انگیزشی و اهداف افراد مبتلا به لکنت جهت درمان به عنوان متغیر میانجی توجه شود، پژوهش‌های آتی، تأثیر متغیرهای دیگر را بر درمان لکنت زبان بررسی کند.

تشکر و قدردانی: از پرسنل کلینیک توانمندسازان ذهن با مدیریت دکتر محمداحسان تقی‌زاده و راهنمایی بی‌دریغ ایشان و همچنین از مبتلایان به لکنت که با این طرح همکاری کردند، تشکر به عمل می‌آید.

منابع

1- Taghizadeh M. Making smart of Soccer Players through Mind simulation Knowledge and psychology The social sciences. 2016; 11(12): 3042-8.

2- Craig A, Blumgart E, Tran Y. The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. Journal of fluency disorders. 2009; 34(2): 61-71.

3- Bloodstein O, Ratner NB. A handbook on stuttering Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning; 2008. A Handbook on Stuttering.

4- Rahimi SS & Farazi M. The study of the relationship between stuttering severity and person's experience of stuttering and communicative attitude in Farsi language stuttering subjects: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2016.

5- Beiranvand M, Mousavi S, Kakavand A, Ghafoori A, Owhadi A. Effect of Positive Thinking Training on Life Satisfaction and Sense of Meaning in Life of Mothers of Children with Externalized Disorders. Biannual Journal of Applied. 2016; 5(1): 63-80.

6- Grunberg M M. Job satisfaction. New York: Macmillan. 1976.

7- Kelley B S & Miller L. Life satisfaction and spirituality in adolescents. Research in the Social Scientific Study of Religion. 2007; 18: 233-62.

8- Imamie Meybodi A. The Relationship Between Stuttering and Quality of Life in Stuttering People. Quarterly Journal of Thoughts and Behavior. 2017; 11(14).

9- Taghizade M E. Simulation of Theoretical Foundations of Simulation of Mind. Tehran: Arjmand Publishing. 2019.

10- Shams E, Taghizade M. Study of the Effectiveness of the Mental Simulation Model on the Reduction of Ptsd Symptoms in People with Stuttering. 2018.