MEJDS. 2024; 14:141.

Published online 2025 Feb. **Original Article**

# Determining the Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Self-esteem of 9-12 Years Children with Stuttering

Jafarinasab Ashkezari M[1], *Saeidmanesh M[2], Yousefi M[3]

**Author Address**
1. MA in Clinical Psychology of Children and Adolescents, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. PhD in Cognitive Neurosciences, Associate Professor, Science and Arts University, Yazd, Iran;
3. PhD in Psychology of Exceptional Children, Assistant Professor, Science and Arts University, Yazd, Iran.
**Corresponding author Email:** M.saeidmanesh@yahoo.com

**Received:** 2024 December 25**; Accepted**: 2025 January 11

## Abstract

**Background & Objectives:** Stuttering is a neuropsychiatric disorder. In individuals who stutter, speech incoherence can significantly impact emotional and social well–being on a daily basis. There is a relationship between mood, emotions, and stuttering. For example, children who stutter exhibit less adjustment and more negative moods than children who do not stutter. Children who stutter experience a variety of psychological problems, including problems with self–esteem. Self–esteem is a very determining factor in the treatment of stuttering. Research on the effect of cognitive behavioral therapy on stuttering is very limited. Therefore, it is necessary to conduct research in this field. Treating self–esteem in children who stutter can significantly help the treatment team to be more optimistic about the treatment results. However, no study has examined the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the self–esteem of children who stutter. Therefore, this study aimed to examine the effectiveness of group cognitive behavioral therapy on the self–esteem of 9–12 years old children with stuttering.

**Methods:** This quasi–experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. A total of 30 eligible volunteers aged 9 to 12 years were selected from among children with stuttering in Yazd City, Iran, in 2023. The sample was randomly assigned to 15 people in the intervention group and 15 in the control group. Based on the therapist's discussions with the children's parents, the sample individuals pledged to cooperate during the research, and there was no dropout. The inclusion criteria were as follows: having stuttering and confirmation from a speech therapist, having a history of at least two years since the onset of stuttering, being between 9 and 12 years old, and not simultaneously using other treatment methods such as medication, psychotherapy, and speech therapy. The exclusion criteria were absent from multiple treatment sessions, and the questionnaire was not completed during the study. During the initial assessment of the children, information such as family medical history and previous treatments were recorded in the patient's file. Parents of the children participating in the study completed an informed consent form, and all parents were assured that information about their children would remain confidential. The scores of the self–esteem variable were compared using the Rosenberg Self–esteem Scale (Rosenberg, 1965) in two groups at two time points before and after treatment. The treatment protocol for each patient in the intervention group was eight 60–minute group cognitive behavioral therapy sessions over four weeks. However, no treatment was given to the control group. Data analysis was performed using analysis of covariance in SPSS version 23. The significance level of the tests was set at 0.05.

**Results:** Data analysis showed that the self–esteem test scores in children with stuttering in the intervention group and after treatment increased significantly compared to the control group ($p<0.001$). Also, based on the effect size results, 59% of the difference between the intervention group and the control group in the self–esteem variable was due to cognitive behavioral therapy.

**Conclusion:** The results of the present study showed that group cognitive behavioral therapy has a significant effect on the self–esteem of children with stuttering, and group cognitive behavioral therapy can be used as a complementary treatment alongside other therapeutic methods to treat the self–esteem of children with stuttering.

**Keywords:** Cognitive behavioral therapy, Self–esteem, Stuttering, Children.

Copyright © 2024, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۳؛ (۱۴):۱۴۱.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۳ مقاله پژوهشی اصیل

# تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر عزت‌نفس کودکان ۹تا۱۲سالهٔ مبتلا به لکنت زبان

محدثه جعفری‌نسب اشکذری[۱]، *محسن سعیدمنش[۲]، محمدرضا یوسفی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۲. دکترای علوم اعصاب‌شناختی، دانشیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی کودکان استثنایی، استادیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** M.saeidmanesh@yahoo.com

**تاریخ‌دریافت:** ۵دی۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲دی۱۴۰۳

**چکیده**

**زمینه و هدف:** لکنت زبان، اختلالی عصبی‌روانی است که منجربه ناروانی گفتار در کودکان می‌شود. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر عزت‌نفس کودکان ۹تا۱۲سالهٔ مبتلا به لکنت زبان انجام شد.

**روش‌بررسی:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. از بین کودکان مبتلا به لکنت زبان شهر یزد، سی نفر داوطلب واجد شرایط در دامنهٔ سنی ۹تا۱۲ سال به‌صورت دردسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند. با گمارش تصادفی پانزده نفر از افراد نمونه در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (روزنبرگ، ۱۹۶۵) در دو نوبت زمانی قبل و بعد از درمان مقایسه شدند. پروتکل درمانی به‌کاررفته برای هر بیمار گروه مداخله، هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای درمان شناختی‌رفتاری گروهی طی چهار هفته بود؛ اما برای گروه گواه درمانی انجام نشد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، امتیاز آزمون عزت‌نفس در کودکان مبتلا به لکنت زبان در گروه مداخله و بعد از دریافت درمان درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری افزایش پیدا کرد ($p$<۰/۰۰۱)؛ همچنین براساس نتایج مربوط به اندازهٔ اثر، ۵۹درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر عزت‌نفس ناشی‌از درمان شناختی‌رفتاری بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری گروهی را می‌توان به‌عنوان درمانی مؤثر برای بهبود عزت‌نفس در کودکان مبتلا به لکنت زبان استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی‌رفتاری، عزت‌نفس، لکنت زبان، کودکان.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۳، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

## ۱ مقدمه

تقریباً ۵تا۸درصد از کودکان پیش‌دبستانی یک اختلال روانی زبان در دوران کودکی[1] نشان می‌دهند. لکنت[2]، اختلالی ارتباطی عصبی‌تحولی است که با ناروانی‌های گفتاری مانند تکرارهای هجای کلمات[3] و تکرار کلمات[4] و کشیده‌گویی[5] کلمات و هجاها مشخص می‌شود. معیارها معمولاً شامل فراوانی زیاد ناروانی‌های لکنت زبان (یعنی ۳درصد فراوانی ناروانی‌های گفتاری یا بیشتر) همراه با نگرانی والدین است. در لکنت زبان شروع لکنت در دوران کودکی معمولاً زمانی روی می‌دهد که کودک بین ۲ تا۵ سال سن دارد (۱). یاری و امبروز گزارش کردند، در طی پنج سال از شروع لکنت، تقریباً ۸۰درصد از کودکان در آستانهٔ تشخیص لکنت قرار می‌گیرند و درنتیجه بهبودی را نشان می‌دهند؛ همچنین از بین کودکانی که در طول پنج سال از شروع لکنت بهبودی به‌دست آورده‌اند، ۲۶درصد طی هیجده ماه و ۴۰درصد در عرض دو سال و ۸۰درصد در عرض سه سال بهبود یافته‌اند (۲). در افرادی که لکنت تداوم دارد، ناروانی در گفتار می‌تواند به‌طور چشمگیری بر سلامت عاطفی و اجتماعی[6] و زندگی روزمرهٔ فرد تأثیر بگذارد. باوجود یافته‌های پژوهشی متعدد در افرادی که لکنت آن‌ها بهبود نیافته است، نیاز به درک چندعاملی‌بودن از علل درمان‌نشدن لکنت وجود دارد که با شناسایی عوامل پیش‌آگهی و تشدیدکنندهٔ لکنت سازگار است (۳).

یکی از مؤلفه‌های مهم در کودکان دارای لکنت زبان، عزت‌نفس[7] است. ادراک از خود به‌طورکلی در دو دستهٔ مرتبط، اما متمایز در نظر گرفته می‌شود: خودپنداره[8]؛ عزت‌نفس. مؤلفه‌های خودپنداره مانند تصویر بدن[9]، شخصیت[10]، موقعیت اجتماعی[11] و هویت اجتماعی[12] است؛ بااین‌حال، خودپنداره و عزت‌نفس سازه‌های رشدی مرتبط است. عزت‌نفس اهمیت زیادی در تمام مراحل زندگی انسان دارد و می‌تواند بر دستاوردهای فرد، تعامل با دیگران، الگوهای موفقیت، توانایی تطبیق با خواسته‌های محیطی، سطح سلامت روان و وضعیت عمومی رفاه تأثیر بگذارد (۴). درزمینهٔ تعریف عزت‌نفس توافقی مشاهده نمی‌شود؛ اما اکثراً موافق هستند که عزت‌نفس ارزشی است که درقبال خود وجود دارد؛ به‌عبارت‌دیگر، عزت‌نفس ارزیابی ادراکات و احساسات از خود است (۵). در افراد دارای لکنت زبان، معمولاً به‌دلیل واکنش‌های منفی مکرر اطرافیان، اعتمادبه‌نفس، عزت‌نفس و شجاعت آن‌ها کاهش می‌یابد. افراد مبتلا به لکنت، به‌علت ترس از طردشدن، منزوی می‌شوند و قدرت خطرپذیری آن‌ها در زندگی کاهش پیدا می‌کند (۴).

برای درمان مشکلات کودکان لکنت زبان می‌توان از گفتاردرمانی و روان‌درمانی استفاده کرد. یکی از درمان‌های استفاده‌شده در آسیب‌های روان‌شناختی، درمان شناختی‌رفتاری[13] است. پیامدهای شناختی‌رفتاری لکنت ازجمله نگرش‌های ارتباطی منفی یا اجتناب پنهان از موقعیت‌های ارتباطی، به‌عنوان عوارض روانی پنهان لکنت، حتی در کودکان بسیار خردسال، شناخته شده است (۶). درمان شناختی‌رفتاری نوعی مداخلهٔ روانی‌اجتماعی[14] است که علائم مختلف سلامت روان به‌ویژه افسردگی و اختلالات اضطرابی را کاهش می‌دهد. هدف درمان شناختی‌رفتاری بررسی و به‌چالش‌کشیدن هیجانات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و محتوای شناختی ناسازگار ازطریق تعدادی روش منظم، صریح و هدفمند است. درمان شناختی‌رفتاری بر حل مسئله در مشکلات روان‌شناختی تمرکز می‌کند و در این رویکرد درمانگر سعی دارد به درمان‌جو کمک کند راهبرد خاصی را برای مقابله با مشکل انتخاب کند و ازطریق حل مسئله مشکل را کاهش دهد (۷). لکرک و همکاران در پژوهشی اظهار داشتند، درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند نگرش منفی کودکان دارای لکنت زبان و کیفیت روان‌شناختی زندگی آن‌ها را بهبود بخشد (۸). عزآبادی و همکاران دریافتند، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر اضطراب اجتماعی و خودپندارهٔ تحصیلی دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به لکنت تأثیر معناداری دارد (۹). توزنده‌جانی و همکاران بیان کردند که مهارت‌های شناختی‌رفتاری مقابله‌ای در افزایش سازگاری با لکنت در آزمودنی‌ها مؤثر است (۱۰). کودکان دارای لکنت، مشکلات روانی متعددی ازجمله مشکل در عزت‌نفس را تجربه می‌کنند. عزت‌نفس، عاملی بسیار تعیین‌کننده در درمان لکنت زبان است. پژوهش‌ها دربارهٔ تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر لکنت بسیار محدود است؛ بنابراین انجام تحقیقات در این زمینه را ضروری می‌نماید. درمان عزت‌نفس در کودکان دارای لکنت می‌تواند کمک زیادی به تیم درمان لکنت داشته باشد تا آن‌ها به نتایج درمان امیدوارتر باشند؛ بااین‌حال، هیچ پژوهشی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری را بر عزت‌نفس کودکان لکنت زبان بااستفاده از پروتکل درمانی ویژهٔ شناختی‌رفتاری برای کودکان لکنتی بررسی نکرده است؛ لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر عزت‌نفس کودکان ۹تا۱۲سالهٔ مبتلا به لکنت زبان بود.

## ۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را کودکان دارای لکنت زبان ۹تا۱۲سالهٔ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گفتاردرمانی شهر یزد در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری دردسترس، سی نفر داوطلب واجد شرایط انتخاب و وارد پژوهش شدند. سپس با گمارش تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. باتوجه به صحبت‌های درمانگر با والدین کودکان، افراد نمونه متعهد شدند در طول پژوهش همکاری لازم را داشته باشند و در طول پژوهش افت نمونه روی نداد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: داشتن لکنت زبان و تأیید گفتاردرمانگر؛ داشتن سابقهٔ حداقل دو سال از شروع لکنت؛ محدودهٔ سنی ۹تا۱۲ سال؛

---

1. Childhood onset fluency
2. Stuttering
3. Sound–syllable repetitions
4. Whole-word repetitions
5. Prolongations
6. Emotional and social well-being
7. Self-esteem
8. Self-Concept
9. Body image
10. Personality
11. Social status
12. Social identity
13. Cognitive Behavioral Therapy
14. Psychosocial intervention

استفاده‌نکردن هم‌زمان از روش‌های درمانی دیگر مانند دارودرمانی، روان‌درمانی و گفتاردرمانی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت در بیش از یک جلسهٔ درمانی و تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه در طول پژوهش بود.

در این پژوهش ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ[1]: این مقیاس در سال ۱۹۶۵ توسط روزنبرگ طراحی شد (۱۱). مقیاس دارای ده عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب دربارهٔ خود را می‌سنجد. نمره‌گذاری عبارت‌های کلی برمبنای طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم=صفر تا کاملاً موافقم=۴) برای سؤالات ۱تا۵ است. نمره‌گذاری عبارات ۶تا۱۰ به‌طور معکوس انجام می‌گیرد؛ لذا نمرهٔ فرد بین صفر تا ۴۰ خواهد بود. یک یا دو پاسخ از دو پاسخ صحیح برای عبارات ۴ و ۵ به‌عنوان یک پاسخ در نظر گرفته می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ عزت‌نفس خیلی زیاد و نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ عزت‌نفس خیلی کم است؛ بنابراین هرچه نمره بیشتر باشد، به‌همان اندازه سطح عزت‌نفس بالاتر خواهد بود (۱۱). روزنبرگ بااستفاده از تحلیل عاملی امتیازات، روایی پرسش‌نامه را برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۶تا۰/۸۵ به‌دست آورد و پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه را براساس آلفای کرونباخ ۰/۶۷تا۰/۹۱ تعیین کرد (۱۱). گرینبرگر و همکاران ضریب همسانی درونی مقیاس را به‌وسیلهٔ آلفای کرونباخ در حدود ۰/۸۸ و پایایی آن را با بازآزمایی یک ماه در حدود ۰/۷۳ گزارش دادند (۱۲). در ایران ضیایی و قنبری، پایایی مقیاس را به‌روش‌های آلفای کرونباخ و تصنیف به‌ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۶۸ و ضرایب بازآزمایی آن را با فاصله‌های یک هفته ۰/۷۷ و دو هفته ۰/۷۳ و سه هفته ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۱۳). همبستگی آزمون مجدد در دامنهٔ ۰/۸۸ و ۰/۸۲ـ و ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ در دامنهٔ ۰/۷۷تا۰/۸۸ قرار داشت. روایی سازهٔ پرسش‌نامه بااستفاده از روش تحلیل عاملی و چرخش واریماکس ۰/۷۷ واریانس کل محاسبه شد (۱۴). همچنین همبستگی زیادی با پرسش‌نامهٔ ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت‌نفس داشت؛ ازاین‌رو روایی محتوای آن به‌تأیید رسید (۱۵).

در ارزیابی اولیهٔ کودکان، اطلاعاتی مانند سابقهٔ بیماری در خانواده و درمان‌های صورت‌گرفته تاکنون، در پروندهٔ بیمار ثبت شد. والدین کودکان شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه را پر کردند و به همهٔ والدین اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به کودکان آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. پروتکل درمانی به‌کاررفته در پژوهش برای هر بیمار هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای درمان شناختی‌رفتاری گروهی طی چهار هفته بود. پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش با الهام از پژوهش توزنده‌جانی و همکاران تدوین شد و ازنظر محتوایی به‌تأیید سه نفر از متخصصان رسید که در جدول ۱ آورده شده است (۱۰). قبل از انجام درمان، افراد نمونه فرم رضایت‌نامهٔ شرکت داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. در ادامه افراد نمونه توسط مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۱) هدف ارزیابی قرار گرفتند و نتایج در پروندهٔ بیمار ثبت شد. سپس کودکان گروه مداخله، هشت جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای درمان شناختی‌رفتاری گروهی را طی چهار هفته دریافت کردند. برای گروه گواه درمانی انجام نشد. در پایان همهٔ کودکان دو گروه، با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۱) هدف ارزیابی مجدد قرار گرفتند و نتایج در پروندهٔ بیمار ثبت شد.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری گروهی

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| اول | برقراری ارتباط با مُراجعان، تعیین اهداف درمانی، شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌آور و واکنش کودک به آن‌ها<br>تکلیف: انجام بازی عروسک‌ها و بیان هیجانی |
| دوم | آموزش احساسات مختلف، شناسایی علائم ایجادشده در موقعیت‌های اضطراب‌آور و احساسات منفی به خود، به‌ویژه ارتباط کلامی با دیگران<br>تکلیف: بازی احساسات، بازی نشانه‌ها، چسباندن ایموجی‌های هیجانی |
| سوم | آموزش علائم فیزیکی اضطراب، شناسایی واکنش‌های فیزیکی به اضطراب، احساسات منفی دربارهٔ لکنت و به‌ویژه درحین گفتار<br>تکلیف: صحبت‌کردن جلوی آینه، برچسب‌زدن به اعضای بدن که اسپاسم دارند |
| چهارم | تمرین تنفس دیافراگمی و آرامش<br>تکلیف: خوابیدن روی تخت و انجام آرام‌سازی تدریجی |
| پنجم | آشنایی با خودگویی و نگرش منفی دربارهٔ لکنت در موقعیت‌های اضطرابی، تمایز بین خودگویی مضطرب و تطبیقی<br>تکلیف: بازگویی احساسات خود و حل مسئله در گروه |
| ششم | آشنایی مُراجعان با منطق مواجهه، طراحی سلسله‌مراتب احساسات منفی و اجرای تمرین‌های مواجهه در موقعیت‌های ایجادکنندهٔ احساسات منفی در فرد<br>تکلیف: بازی قطار احساسات، سطل آشغال باورها و احساسات |
| هفتم | تمرین قرارگرفتن درمعرض موقعیتی شدیداً اضطرابی و دارای احساسات منفی دربارهٔ لکنت، طراحی خلاصهٔ جلسات درمانی در قالب روزنامه‌دیواری<br>تکلیف: نوشتن مطالب درمانی در یک بروشور دیواری |
| هشتم | نتیجه‌گیری، مرور و تمرین، گرفتن پس‌آزمون، خداحافظی با کودکان |

[1]. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ بااستفاده از تحلیل کوواریانس صورت پذیرفت. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرها گزارش شد. در قسمت آمار استنباطی، داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن به‌کمک آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف و لون و همگنی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون شیب خطوط رگرسیون هدف بررسی قرار گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

## ۳ یافته‌ها

در این پژوهش، سی کودک دارای لکنت زبان به‌روش دردسترس، وارد پژوهش شدند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه در گروه گواه (۱/۷۴±) ۱۰/۷۵ سال و در گروه مداخله (۱/۶۴±) ۱۰/۵۸ سال بود. ازنظر جنسیتی، در گروه گواه ده پسر (۷۵درصد) و پنج دختر (۲۵درصد) و در گروه مداخله نُه پسر (۶۰درصد) و شش دختر (۴۰درصد) حضور داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر عزت‌نفس در دو گروه مداخله و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آورده شده است؛ درضمن قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به آن بررسی شد. آزمون کلموگروف‌اسمیرنف نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر عزت‌نفس را در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در دو گروه مداخله و گواه نشان داد ($p$>۰/۰۵). طبق آزمون لون، فرض تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر عزت‌نفس رد نشد ($p$>۰/۰۵). همچنین درنتیجهٔ بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون شیب خطوط رگرسیون پیش‌فرض مربوط به همگنی رد نشد ($p$=۰/۳۶۸).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر عزت‌نفس به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

| حیطه | پیش‌آزمون | | | | پس‌آزمون | | نتیجهٔ حاصل از تحلیل کوواریانس | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | گروه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار $p$ | اندازهٔ اثر |
| عزت‌نفس | مداخله | ۱۸/۵۷ | ۴/۱۲ | ۲۹/۱۶ | ۶/۷۴ | ۱۸/۶۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۹ |
| | گواه | ۱۹/۴۳ | ۴/۶۴ | ۲۰/۰۴ | ۴/۷۱ | | | |

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین گروه مداخله در پس‌آزمون در متغیر عزت‌نفس بیشتر از گروه گواه بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، با تعدیل اثر پیش‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ درمان شناختی‌رفتاری و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در پس‌آزمون، در میانگین متغیر عزت‌نفس تفاوت معنادار وجود داشت ($p$<۰/۰۰۱)؛ یعنی این درمان باعث بهبود عزت‌نفس در کودکان دارای لکنت زبان شد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، هشت جلسه درمان شناختی‌رفتاری گروهی شصت‌دقیقه‌ای بر عزت‌نفس کودکان دارای لکنت زبان تأثیر داشت. نتایج مربوط به اندازهٔ اثر نشان داد، ۵۹درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در مؤلفهٔ عزت‌نفس ناشی‌از درمان شناختی‌رفتاری گروهی بود.

## ۴ بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر عزت‌نفس کودکان دارای لکنت زبان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر عزت‌نفس کودکان دارای لکنت زبان تأثیر معناداری دارد و می‌تواند منجربه بهبود عزت‌نفس در این کودکان شود. نتایج مطالعهٔ حاضر با پژوهش‌های زیر همسوست: لکرک و همکاران اظهار داشتند، درمان شناختی‌رفتاری قادر است نگرش منفی کودکان با لکنت زبان را بهبود بخشد (۸)؛ عزآبادی و همکاران گزارش دادند، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر بهبود اضطراب اجتماعی و خودپندارهٔ تحصیلی دانش‌آموزان دبستانی مبتلا به لکنت تأثیر معناداری دارد (۹)؛ توزنده‌جانی و همکاران بیان کردند، مهارت‌های شناختی‌رفتاری مقابله‌ای در افزایش سازگاری با لکنت در آزمودنی‌ها مؤثر است (۱۰).

در تبیین نتیجهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، از روش‌های بسیار پرکاربرد مشاوره، درمان شناختی‌رفتاری است. درمان شناختی از ایده‌ای پشتیبانی می‌کند که بر باورها، نگرش‌ها و ادراکات، شدت و دامنهٔ احساسات تأثیر می‌گذارد؛ لذا با تغییر درک عمومی، احساسات و اعمال، باورهای فطری و افکار منفی تغییر می‌یابد. اساس درمان شناختی‌رفتاری این است که افکار نامناسب موجب رفتار نامناسب می‌شود و افراد باید روش‌های جدید تفکر را بیاموزند (۱۵). درمان شناختی‌رفتاری بیشتر مبتنی‌بر نظریهٔ یادگیری است. درمانگران با جهت‌گیری رفتاری، مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله را به درمان شناختی‌رفتاری اضافه کرده‌اند که افراد می‌توانند با انجام تمرینات ذهنی متواضعانه، پرهیز از پیامدهای منفی، بررسی درک ذهنی آن‌ها و درنظرگرفتن سایر تفاسیر از آنچه اتفاق‌افتاده، بهترین رفتار را انتخاب کنند (۱۰).

ازطرف‌دیگر وقتی این رویکرد به‌صورت گروهی اجرا شود، مزیت‌های روان‌درمانی گروهی درمقایسه با روان‌درمانی انفرادی ازجمله تعامل اعضا، الگوگیری و یادگیری مشاهده‌ای، همدلی، دریافت حمایت و کمک ازسوی دیگر اعضای گروه مزید بر علت می‌شود و بر تأثیر رویکرد مذکور می‌افزاید (۹). در این رویکرد فرض زیربنایی آن است که تغییر شناخت منجربه تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می‌شود؛ بنابراین باتوجه به اینکه عزت‌نفس بُعد عاطفی و هیجانی ارزیابی خود است، این رویکرد ازطریق اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمدی که سبب کاهش عزت‌نفس می‌شوند، می‌تواند تغییرهای هیجانی و رفتاری ایجاد کند و میزان عزت‌نفس را افزایش دهد. این رویکرد در ترکیب با رویکرد رفتاری و انجام تکنیک‌های آن سودمندتر و قوی‌تر می‌شود؛ برای مثال افراد دارای عزت‌نفس ضعیف اغلب خواسته‌های مهم خود را کوچک می‌شمارند و هدف‌هایشان را با دیدهٔ تحقیر می‌نگرند (۸). یکی از تکنیک‌های رفتاری که به فرد کمک می‌کند

هدف‌هایش را بشناسد و به آن‌ها دست یابد، تفکیک هدف‌ها درزمینه‌های مختلف و برنامه‌ریزی گام‌به‌گام برای رسیدن به آن‌ها است. به‌علاوه این فرد ازطریق الگوگیری و ایفای نقش قادر است چگونگی برخورد با انتقاد را یاد بگیرد؛ لذا به‌نظر می‌رسد، رویکرد شناختی‌رفتاری ازطریق تأکید بر عامل‌های شناختی و رفتاری و دست‌کاری و اصلاح آن‌ها می‌تواند بر عزت‌نفس تأثیر بگذارد (۱۰).

نکویی و همکاران بیان کردند که درمان شناختی‌رفتاری با تمرکز بر شایستگی‌های مثبت فرد و پاسخ به وقایع به‌گونه‌ای که احساس مثبتی از ارزش خود را حفظ کند، عزت‌نفس افراد را بهبود می‌بخشد. با افزایش عواطف مثبت، افراد بیشتر از زندگی خود راضی می‌شوند و درنتیجه روابط بهتری خواهند داشت. عزت‌نفس، احساس مثبت، دید مثبت به خود و دنیای خویش و واقع‌بین‌بودن را می‌توان با درمان شناختی‌رفتاری در افراد افزایش داد و با عزت‌نفس بیشتر، افراد احساسات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۶).

درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند باعث کاهش نگرش منفی و نپذیرفتن لکنت شود و بر مشکلات رفتارهای ثانویه و اضطراب کودکان لکنتی تأثیر مثبت بگذارد و سطح عزت‌نفس را در کودکان مبتلا به لکنت افزایش دهد. چنین آموزشی بر والدین نیز تأثیر مثبت دارد؛ زیرا سبب کاهش سطح استرس و افزایش عزت‌نفس می‌شود. عزت‌نفس کودک اساس ادراک او از تجربیات زندگی است و ازاین‌رو اهمیت زیادی دارد (۸). شایستگی اجتماعی‌عاطفی درنتیجهٔ خودارزیابی‌های مثبت، به کودکان کمک می‌کند بر مشکلات آیندهٔ خود غلبه کنند. کودکانی که دربارهٔ خود احساس خوبی دارند، قادر هستند به‌طور مؤثرتری بر مشکلات خود غلبه کنند؛ براین‌اساس می‌توان نتیجه گرفت، درمان شناختی‌رفتاری، تصویر خود را بهبود می‌بخشد و منجربه کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش سطح عزت‌نفس در کودکان مبتلا به لکنت می‌شود (۹).

در پایان، باتوجه به محدودیت جغرافیایی و محدودبودن جلسه‌های مداخله در این پژوهش، رعایت احتیاط در تعمیم‌دهی نتیجه‌ها لازم است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نه‌تنها تعداد آزمودنی‌ها و جلسه‌های درمانگری افزایش یابد، بلکه به پیگیری نتیجه‌ها برای بررسی وضعیت علائم تغییریافته نیز مبادرت شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر بهبود عزت‌نفس کودکان دارای لکنت زبان تأثیر معناداری دارد؛ همچنین می‌توان از درمان شناختی‌رفتاری گروهی به‌عنوان درمان مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی برای درمان عزت‌نفس کودکان دارای لکنت زبان استفاده کرد. باتوجه به مشکلات روان‌شناختی که برای کودکان دارای لکنت زبان به‌وجود می‌آید، توصیه می‌شود در کنار گفتاردرمانی، از درمان شناختی‌رفتاری نیز استفاده شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

از کلینیک‌های گفتاردرمانی شهرستان یزد و تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

## ۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه علم و هنر یزد است. از تمامی افراد حاضر در پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. این پژوهش دارای شناسهٔ اخلاق IR.ACECR.RCT.1403.064 از دانشگاه علم و فرهنگ (جهاد دانشگاهی) است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در این پژوهش به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه است و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌شکل گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندگان تأمین شده است.

منابع مالی

تمامی منابع مالی این تحقیق توسط نویسندگان پژوهش و با هزینه‌های شخصی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول همهٔ فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد. نویسندگان دوم و سوم به‌عنوان استاد راهنما و استاد مشاور در طراحی پژوهش نقش داشتند و نتایج را تفسیر کردند و هماهنگی‌های لازم برای ارائهٔ پژوهش را انجام دادند. همچنین نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

## References

1. Singer CM, Hessling A, Kelly EM, Singer L, Jones RM. Clinical characteristics associated with stuttering persistence: a meta-analysis. J Speech Lang Hear Res. 2020;63(9):2995–3018. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00096
2. Yairi E, Ambrose NG. Early childhood stuttering. PRO-ED, Inc; 2004.
3. Pruett DG, Porges SW, Walden TA, Jones RM. A study of respiratory sinus arrhythmia and stuttering persistence. J Commun Disord. 2023;102:106304. https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106304
4. Yovetich WmS, Leschied AW, Flicht J. Self-esteem of school-age children who stutter. J Fluency Disord. 2000;25(2):143–53. https://doi.org/10.1016/S0094-730X(00)00031-0
5. Oczlon S, Bardach L, Lüftenegger M. Immigrant adolescents' perceptions of cultural pluralism climate: relations to self-esteem, academic self-concept, achievement, and discrimination. New Dir Child Adolesc. 2021;2021(177):51–75. https://doi.org/10.1002/cad.20412

6. Thesen T, Himle JA, Martinsen EW, Walseth LT, Thorup F, Gallefoss F, et al. Effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy with telephone support for noncardiac chest pain: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2022;24(1):e33631. https://doi.org/10.2196/33631
7. Sato D, Sutoh C, Seki Y, Nagai E, Shimizu E. Treatment preferences for internet-based cognitive behavioral therapy for insomnia in Japan: online survey. JMIR Form Res. 2019;3(2):e12635. https://doi.org/10.2196/12635
8. Leclercq AL, Waelkens V, Roelant E, Allegaert M, Verhaegen I, Claes K, et al. Treatment for preschool age children who stutter: protocol of a randomised, non-inferiority parallel group pragmatic trial with Mini-KIDS, social cognitive behaviour treatment and the Lidcombe Program—TreatPaCS. Plos One. 2024;19(7):e0304212. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304212
9. Ezabadi Z, Behjati Ardakani F, Shirovi E. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on social anxiety and academic self-concept of stuttering students. Psychology of Exceptional Individuals. 2024;14(53):121–47. [Persian] https://jpe.atu.ac.ir/article_17251.html?lang=en
10. 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. Journal of Research in Rehabilitation Sciences. 2011;7(2):126–40. [Persian] https://jrrs.mui.ac.ir/article_16436.html?lang=en
11. Rosenberg M. Rosenberg Self-Esteem Scale. American Psychological Association; 1965. https://doi.org/10.1037/t01038-000
12. Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? Pers Individ Dif. 2003;35(6):1241–54. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00331-8
13. Ziaei F, Ghanbari H. Rosenberg self-esteem psychometric characteristics. Psychometry. 2021;37(10):312. [Persian]
14. Beshlideh K, Yousefi N, Haghighi J, Behrouzi N. Study of the factor structure of Rosenberg Self-Esteem Scale with three forms of wording: positive, negative, and half of the items positive and half negative in students of Shahid Chamran University of Ahvaz. Educational Psychology Studies. 2012;9(15):42–66. [Persian] https://jeps.usb.ac.ir/article_686.html?lang=en
15. Dafei M, Jahanbazi F, Nazari F, Dehcheshmeh FS, Dehghani A. The effect of group cognitive-behavioral counseling on optimism and self-esteem of women during the 1st month of marriage that referring to marriage counseling center. J Educ Health Promot. 2021;10(1):209. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1075_20
16. Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee G. Cognitive-behavioral therapy and quality of life: an experience among cardiac patients. J Edu Health Promot. 2012;1(1):2. https://doi.org/10.4103/2277-9531.94410