Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2024, Volume 22, Issue 1

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Social Anxiety, Self-Efficacy and Quality of Life of Adults with Stuttering with a Psycholinguistic Approach

Yousef Hazrati[1], Hassan Abdi[2]

1. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Linguistics, Payam Noor University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Abstract

Aim and Background: Research has shown that stuttering has a negative impact on a person's overall vitality and emotional, social, and psychological health, potentially leading to a reduction in the quality of life of adults who stutter; So, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of cognitive behavioral therapy based on mindfulness on social anxiety, self-efficacy and quality of life of adults with stuttering with a psycholinguistic approach.

Methods and Materials: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the study included all adult men with stuttering who referred to psychological clinics in Mashhad in 1402. Among these people, 30 people were selected by available sampling and according to the entry and exit criteria. In addition, they were randomly divided into two experimental and control groups (15 people in each group). participants in the pre-test and post-test stages of social anxiety scales; World Health Organization quality of life short form; They completed the self-efficacy questionnaire. The experimental group received the cognitive behavioral therapy program based on mindfulness in 8 sessions of 90 minutes, and the control group was subjected to regular daily training. Data analysis was done using SPSS-24 software and multivariate analysis of covariance test, following statistical assumptions.

Findings: The results showed that training based on cognitive behavioral therapy based on mindfulness is significantly effective on social anxiety, self-efficacy and quality of life of adults with stuttering ($P<0.05$).

Conclusions: According to the research results, it is possible to help improve social anxiety, self-efficacy, and quality of life of adults with stuttering through cognitive behavioral therapy based on mindfulness.

Keywords: Social Anxiety, Self-Efficacy, Quality Of Life, Stuttering, Cognitive Behavioral Therapy Based On Mindfulness.

Citation: Hazrati H, Abdi H. **The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Social Anxiety, Self-Efficacy and Quality of Life of Adults with Stuttering with a Psycholinguistic Approach**. Res Behav Sci 2024; 22(1): 15-27.

* **Yousef Hazrati,**
Email: Hazratiyousef@pnu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان با رویکرد روان‌شناسی زبان

یوسف حضرتی[۱]، حسن عبدی[۲]

۱- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه زبان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تحقیقات نشان داده است که لکنت تأثیر منفی بر سرزندگی کلی و سلامت عاطفی، اجتماعی و روانی فرد دارد و به‌طور بالقوه منجر به کاهش کیفیت زندگی بزرگسالانی که لکنت دارند می‌شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان با رویکرد روان‌شناسی زبان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان بزرگسال دارای لکنت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند؛ و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس‌های اضطراب اجتماعی؛ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه؛ پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل کردند. گروه آزمایشی برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد و گروه کنترل تحت آموزش معمول روزانه قرار گرفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با رعایت مفروضه‌های آماری انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان به‌طور معناداری اثربخش است ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان به بهبود اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان از طریق درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، لکنت زبان، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

ارجاع: حضرتی یوسف، عبدی حسن. **تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان با رویکرد روان‌شناسی زبان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۱): ۲۷-۱۵.

*- **یوسف حضرتی،**

رایانامه: Hazratiyousef@pnu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

مقدمه

لکنت یک اختلال چندوجهی است که تجربیات عاطفی، محیطی و فیزیکی منحصربه‌فردی را برای افرادی که لکنت دارند ارائه می‌کند (۱-۳). برای برجسته کردن جنبه‌های اختلالات گفتاری لکنت زبان، به چیزی فراتر از نمایش سطحی (صحبت کردن و بیان) اشاره‌شده است ازجمله افکار، احساسات و واکنش‌های گوینده به لکنت (۱, ۴). تمرکز ارزیابی و درمان در اختلالات گفتاری لکنت دار معمولاً بر جنبه‌های گفتار حرکتی متمرکز است، درحالی‌که ویژگی‌های به همان اندازه مهم فراتر از تایپوگرافی سنتی اغلب نادیده گرفته می‌شوند. تحقیقات اخیر از نیاز به دیدگاه چندعاملی در ارزیابی و درمان اختلالات گفتاری لکنت پشتیبانی می‌کند (۳). مشخص شده است که لکنت تأثیر منفی بر سرزندگی کلی و سلامت عاطفی، اجتماعی و روانی فرد دارد و به‌طور بالقوه منجر به کاهش کیفیت زندگی بزرگسالانی که لکنت دارند می‌شود (۵, ۶). این تأثیر منفی اساسی مستلزم بررسی بیشتر برای درک عوامل مرتبطی است که ممکن است اثرات نامطلوب لکنت بر کیفیت زندگی را اصلاح کند (۷). اخیراً، خودکارآمدی به‌عنوان ساختاری شناخته شده است که ممکن است تأثیر لکنت را از طریق مکانیسم محافظتی تاب‌آوری کاهش دهد (۶). بااین‌حال، تحقیقاتی که مستقیماً رویکردی را که در آن بر روی عوامل روانی مؤثر بر لکنت زبان بزرگسالان ازجمله خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی می‌باشد موردنیاز است. خودکارآمدی به ارزیابی درونی فرد از توانایی آن‌ها برای اجرای موفقیت‌آمیز یک عمل به‌منظور دستیابی به یک نتیجه دلخواه اشاره دارد (۸). مدل خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷) شامل سه ساختار اصلی است: بزرگی، عمومیت و قدرت. افرادی که دارای قدرت بالا و باورهای خودکارآمدی هستند، حتی در غیاب یک نتیجه مثبت، بر یک رفتار استقامت خواهند کرد. در مقابل، افرادی با میزان و قدرت باورهای خودکارآمدی پایین ممکن است اعتمادبه‌نفس خود را محدود به رفتارهایی کنند که ازنظر آن‌ها انجام آن‌ها آسان است. ازنظر کلی، باورهای خودکارآمدی یک فرد در رفتارها و زمینه‌های مختلف متغیر است. به‌این‌ترتیب، باورهای خودکارآمدی می‌توانند با محدود کردن فعالیت‌ها و محدود کردن مشارکت در زمانی که موقعیتی فراتر از مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها در نظر گرفته می‌شود، بر انتخاب فرد برای فعالیت و محیط تأثیر بگذارد (۸). با در نظر گرفتن سازه‌های اصلی مدل خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷) در اختلالات گفتاری لکنت زبان، بزرگسالی که با خودکارآمدی پایین لکنت دارد، ممکن است از فعالیت‌هایی که به‌عنوان ترسناک تلقی می شوند اجتناب کند (مانند ارائه سخنرانی یا ارائه)، از موقعیت‌های اجتماعی که در آن ارتباط برقرار است کناره‌گیری کند. سخت تلقی می‌شود (مثلاً صحبت کردن در مقابل حضار) و انتخاب می کنید که در رفتارهایی که در آن نتیجه مثبت درک شده وجود ندارد (مثلاً اجتناب تجربی از تلفن) شرکت نکنید.

ریس و همکاران (۹) بیان می‌کند که مشکلات بالینی دلایل متقابل متعدد و عوامل مؤثر دارند. برای توصیف ماهیت چندبعدی لکنت از دیدگاه زیست روانی اجتماعی یکپارچه، به‌موجب آن ویژگی‌های سطحی اختلال در کنار ویژگی‌های زیر تایپوگرافی سنتی در نظر گرفته می‌شود (۱۰). این مدل معاصر که زیربنای لکنت زبان است، بیان می‌کند که بهزیستی تحت تأثیر ترکیبی از عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار می‌گیرد (۲)، بنابراین زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن بررسی شود که چگونه خودکارآمدی بر جزء اصلی تاب‌آوری روان‌شناختی تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی یک فرد با در نظر گرفتن تعامل متنوع و پیچیده بین عوامل بیولوژیکی، روانی و اجتماعی، تأثیر کلی که یک مشکل بالینی می‌تواند بر سلامت و کیفیت زندگی فرد داشته باشد را می‌توان پوشش دهد تعامل بین عوامل بیولوژیکی (لکنت) و روانی-اجتماعی (به‌عنوان‌مثال خودکارآمدی) در اختلالات گفتاری با لکنت با روشی که در آن لکنت فعالیت‌های ارتباطی را محدود می‌کند و مشارکت در زندگی روزمره را محدود می‌کند، برجسته می‌شود و تأثیر بالقوه مضری بر سلامت کلی فرد و کیفیت زندگی ایجاد می‌کند. (۲, ۷, ۱۰, ۱۱). در مدل زیست روانی-اجتماعی، کیفیت زندگی به‌عنوان ساختاری مفهوم‌سازی می‌شود که رفاه شخصی کلی را در برمی‌گیرد (۷). کیفیت زندگی برای آسیب شناسان گفتار-زبان دارای اولویت است (۱۲). در یک مطالعه اخیر، بویل (۱۱) خودکارآمدی را به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده بالقوه کیفیت زندگی برای بزرگسالانی که لکنت دارند، شناسایی کرد و بر نیاز ما به درک بیشتر نحوه تعامل خودکارآمدی و لکنت تأکید کرد. جنبه‌های خاص کیفیت زندگی در اختلالات لکنت توجه فزاینده‌ای را در ادبیات اخیر به خود جلب کرده است. تحقیقات نشان داده است که بزرگسالانی که لکنت دارند، در مقایسه با همتایان مسلط، کیفیت زندگی کمتری را در حوزه‌های عملکرد اجتماعی و عاطفی و سلامت روان تجربه می‌کنند (۷). علاوه بر این، تحقیقات کیفی در این زمینه نشان می‌دهد که بزرگسالانی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

که لکنت دارند، احساس رنج، درماندگی، ترس، اضطراب اجتماعی، اجتناب، خجالت و سرخوردگی را تجربه می‌کنند (۱۳, ۱۴). همچنین مشخص شده است که لکنت تأثیری کلی بر حوزه‌های محیطی و زندگی شخصی بزرگسالانی که لکنت دارند و شرکای آن‌ها دارد (۱۳). تحقیقات بیشتر ماهیت مثبت مشارکت گروه حمایتی و شناسایی گروهی را برای بزرگسالانی که لکنت دارند برجسته کرده است. مزایای خاص حمایت اجتماعی و توانمندسازی ناشی از آن (کارآمدی/عزت‌نفس) شناسایی شده است. افزایش سطوح خودکارآمدی، عزت‌نفس و حمایت اجتماعی کیفیت زندگی بهتری را پیش‌بینی کرده است و نشان می‌دهد که چگونه خودکارآمدی یک عامل محافظتی است که احتمالاً تأثیرات منفی لکنت بر سلامت روانی و کیفیت زندگی فرد را مهار می‌کند (۶, ۱۵, ۱۶).

اهمیت خودکارآمدی بر پیامدهای درمانی مثبت برای اختلالات صوتی (۱۷) مورد تأکید قرار گرفته است. نیاز به ارزیابی نقش خودکارآمدی در اختلالات لکنت برای درک پتانسیل پیش‌آگهی ممکن است در نتایج درمان و بهبود کیفیت کلی زندگی بزرگسالانی که لکنت دارند، ضروری باشد. در سال‌های اخیر، تحقیقات اضطراب اجتماعی شدید و آسیب‌های اجتماعی مرتبط را با سطوح پایین‌تر خودکارآمدی مرتبط دانسته‌اند که منجر به اجتناب موقعیتی و اجتماعی می‌شود (۱۸, ۱۹). بزرگسالانی که لکنت دارند ممکن است به دلیل ترس از تحقیر و ارزیابی منفی توسط دیگران از صحبت کردن در موقعیت‌هایی که برقراری ارتباط دشوار تلقی می‌شود اجتناب کنند (۲۰). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که بزرگسالانی که لکنت دارند در مقایسه با همتایان مسلط خود به‌طور قابل‌توجهی در مورد درگیر شدن و حفظ تسلط در یک محدوده از موقعیت‌های صحبت کردن، اعتمادبه‌نفس کمتری دارند (۲۱).

این یافته‌ها از مدل خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷) پشتیبانی می‌کنند، به‌موجب آن افرادی که خودکارآمدی بیشتری برای روانی کلامی دارند، به‌راحتی در موقعیت‌های اجتماعی که نیاز به ارتباط کلامی دارند، درگیر می‌شوند و درنهایت باورهای خودکارآمدی خود را تقویت می‌کنند (۸). به‌طور مشابه، نوجوانانی که لکنت زبان دارند ازنظر خودکارآمدی برای روان‌گفتاری با همسالان معمولی مسلط تفاوت دارند و تأکید می‌کند که خودکارآمدی ممکن است در ارتقای دستاوردهای درمانی و حفظ مهارت‌های پس از درمان مهم باشد (۲۲). نتایج بیشتری که سطوح بالای خودکارآمدی بادوام دستاوردهای درمان روان را تأیید می‌کنند، در مطالعات نتیجه‌ای که موفقیت بلندمدت را بررسی می‌کنند، گزارش شده‌اند (۲۳).

اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) با ترس یا اضطراب مشخص در موقعیت‌های اجتماعی که ارزیابی ممکن است رخ دهد مشخص می‌شود (۲۴). شیوع SAD بالا است، با نرخ شیوع ۱۲ ماهه ۷٫۱٪ و نرخ طول عمر ۱۲٫۱٪ در ایالات‌متحده (۲۵) اختلال اضطراب اجتماعی اغلب یک دوره مزمن را نشان می‌دهد، با نرخ بهبودی ۳۵٪ در پیگیری ۱۰ ساله (۲۶) و با نقص در عملکرد اجتماعی، عملکرد شغلی (۲۷) و کیفیت زندگی همراه است (۲۸, ۲۹). اختلال اضطراب اجتماعی همچنین با بار اجتماعی قابل‌توجهی به دلیل از دست دادن بهره‌وری کار و سطوح بالای استفاده از مراقبت‌های بهداشتی همراه است (۳۰, ۳۱).

خودکارآمدی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده بالقوه کیفیت زندگی برای بزرگسالانی که لکنت دارند ظاهر شده است (۳۲).

بسیاری از تحقیقات اخیر در مورد خودکارآمدی برای بزرگسالانی که لکنت دارند، بر نتایج موفقیت‌آمیز درمان و عملکرد در موقعیت‌های گفتاری متمرکز شده است (۲۱–۲۳). مطالعات کمی تأثیر خودکارآمدی بر کیفیت زندگی بزرگسالانی که لکنت دارند را بررسی کرده‌اند. کسانی که خودکارآمدی و کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند، سطوح بالاتری از خودکارآمدی را با افزایش سطح تاب‌آوری روان‌شناختی مرتبط می‌دانند. این ممکن است برخی از اثرات نامطلوب زندگی با اختلال لکنت را جبران کند و درنهایت منجر به بهبود کیفیت زندگی شود (۶, ۱۱).

درک گسترده‌تر از اختلالات لکنت زبان و تجارب مشتری، پتانسیل افزایش تصمیم‌گیری و بهبود ارائه خدمات و نتایج درمان را دارد (۱, ۳, ۳۳). مطابق با مدل خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷)، رفتارهای اجتنابی که درنهایت مشارکت اجتماعی را کاهش می‌دهند، به‌عنوان چالش‌های مهم برای بزرگسالانی که لکنت دارند نشان داده می‌شوند (۱۳, ۲۰). تحقیقات کیفی که به ماهیت این چالش‌ها می‌پردازد و فراتر از مقوله‌های از پیش تعیین‌شده بسیاری از معیارهای کمی است، به فرد اجازه می‌دهد تا تجربیات زندگی خود را کامل‌تر توصیف کند (۶, ۱۱). به‌این‌ترتیب، تجربه زیسته فردی که لکنت زبان دارد را می‌توان با کاوش در معانی شخصی این تجربیات و روشن ساختن اینکه چگونه خودکارآمدی ممکن است با کیفیت زندگی تعامل داشته

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

باشد، کشف کرد (۱۳). گروه‌درمانی شناختی-رفتاری (CBGT) یک درمان خط اول برای اختلال اضطراب اجتماعی است (۳۴-۳۶). همچنین شواهد نوظهوری برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی با استفاده از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش وجود دارد (۳۵, ۳۷) به‌عنوان‌مثال، در میان افراد مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی زیر آستانه، مطالعات نشان داده است که MBSR منجر به کاهش بیشتر در شدت اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه درمان و کنترل‌های فهرست انتظار نشده است (۳۸-۴۰). تا به امروز، چندین مطالعه به مقایسه CBGT و MBSR را برای SAD پرداخته‌اند. کوزیکی و همکاران (۴۱) دریافتند که ۱۲ هفته CBGT با کاهش بیشتر در شدت اضطراب اجتماعی در مقایسه با ۸ هفته MBSR همراه بود. در یک RCT جدیدتر با مدت زمان درمان معادل، دریافتند که CBGT و MBSR با کاهش مشابهی در شدت اضطراب اجتماعی مرتبط است (۳۹).

گروه‌درمانی شناختی رفتاری (CBGT)، یک مداخله معیار-استاندارد برای SAD، به بیماران آموزش می‌دهد تا بازسازی شناختی باورها و تفاسیر ناسازگار را در زمینه مواجهه درون جلسه و درون بدن با موقعیت‌های ترسناک اجرا کنند. اثربخشی CBGT با یادگیری بازدارنده ترس، نوعی تنظیم هیجانی ضمنی و با یادگیری ارزیابی مجدد شناختی پاسخ‌های غیرمفید به موقعیت‌های خاص مرتبط است (۴۲-۴۴).

بنابراین محقق درصدد پاسخ به این سؤال است که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان تأثیر دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مردان بزرگسال دارای لکنت مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر مشهد در سال ۱۴۰۲ بود. از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند؛ و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور برآورد حجم نمونه، از روش پیشنهادی کوهن استفاده شد. این پژوهش دارای دو گروه آزمایش و گواه با درصد احتمال خطای α =۰/۰۵ و پیش‌بینی اندازه اثر متوسط (۰/۲۵) بود. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: داشتن حداقل مدرک سوم راهنمایی، جنسیت مرد، دارای لکنت زبان، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه برای شرکت در مطالعه و ملاک خروج از پژوهش حاضر عبارت‌اند از: عدم تکمیل پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه در برنامه آموزشی. داده-های موردنیاز با استفاده از پرسشنامه اضطراب اجتماعی؛ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه؛ پرسشنامه خودکارآمدی گردآوری شد:

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور: پرسشنامه اضطراب اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسشنامه مذکور سه حیطه بالینی اضطراب اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. از مزیت‌های این پرسشنامه کوتاه بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و بر روی جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد. یکی از موارد استفاده این پرسشنامه آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور یک مقیاس خودسنجی شامل ۱۷ ماده است و از سه زیرمقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل می‌شود. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۹۴/۰ گزارش‌شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳).

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه مقیاس دیگری است که به‌طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سؤالی از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

پرسش‌نامه ۱۰۰ سؤالی است و شامل ۴ بعد سلامت فیزیکی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، ارتباط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) به همراه ۲ سؤال کلی درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سؤالات براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند (۴۳). آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول بالاتر از ۰/۷ ست. در مطالعات انجام‌شده بر روی نسخه چینی و هندی این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای تمامی ابعاد گزارش شده است در جمعیت انگلیسی انتخاب‌شده برای ارزیابی این ابزار آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. در تحقیق مختاری و عباس حقایق (۴۴) پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود.

مقیاس خودکارآمدی: جری جینگ و ویکی مورگان (۱۹۹۷) در این پرسشنامه به‌منظور بررسی اعتبار عاملی پرسشنامه خودکارآمدی تحصیلی از تحلیل عوامل بهره گرفتند. تحلیل عوامل سه عامل اصلی را در مقیاس مورد تأیید قرار داد. اولین عامل گویه‌های مربوط به استعداد، دومین عامل گویه‌های مربوط به بافت و سومین عامل گویه‌های مربوط به کوشش هماهنگ بودند. در نهایت تعداد گویه‌ها به ۳۰ سؤال تقلیل یافت. جهت سؤالات مثبت بوده و در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» تنظیم شده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ حاصل از این گویه‌ها ۰/۸۲ گزارش شده و زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ برای استعداد،۰/۷۰ برای بافت و ۰/۶۶ برای کوشش گزارش شده‌اند (جینگ و مورگان، ۱۹۹۷). در پژوهش فروتن بقا و همکاران (۱۳۹۴) نیز با کمک تحلیل عوامل، ضرایب قابل اعتماد به ترتیب برای خودکارآمدی تحصیلی ۰/۷۶، عامل استعداد ۰/۶۶، عامل کوشش ۰/۶۵ و عامل بافت ۰/۶۰ به دست آمد.

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی:

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که در مطالعه مصلا و همکاران (۴۵) اجرا شده بود برای انجام مداخله در گروه آزمایش استفاده شده است.

جلسه اول معارفه و ایجاد ارتباط با زوجین، آماده‌سازی زوجین برای شروع درمان توضیح در مورد طلاق روابط زوجین ایجاد رابطه درمانی اطمینان، بخشی گرفتن تعهد از مراجع که در صورت تمایل به ادامه نسبت به انجام تکالیف و تکمیل دوره متعهد شود، پرواز بر روی خلبان خودکار تمرین خوردن، کشمش ذهن آگاهی خوردن کشمش، ذهن آگاهی تنفس.

جلسه دوم مبارزه با افکار خودکار آموزش ذهن آگاهی دقیقه‌ای فضای، تنفس، آموزش ذهن آگاهی قدم زدن آموزش ذهن آگاهی احساسات ناخوشایند استفاده از استعاره‌های مرد درون چاه، فرزند جیغ‌جیغو ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز مراقبه نشسته ۱۱ تا ۱۴ دقیقه)، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه سوم آموزش چند نمونه از ذهن آگاهی فعالیت‌های روزمره و بازنگری، تکلیف تمرین فضای تنفس ۶ دقیقه‌ای و، بازنگری، بازنگری ذهن آگاهانه قدم زدن ذهن آگاهانه تهیه فهرستی از وقایع، ناخوشایند، ارائه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم آموزش پذیرش استفاده از استعاره‌های، مهمانخانه فرد دست، شکسته فنجانت را خالی کن... ۱۴ دقیقه ذهن آگاهی از تنفس، بدن صدا و افکار، بازنگری، تمرین افکار خودکار فضای تنفس ۶ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: ذهن آگاهی نشستن آگاهی از تنفس بدن صداها افکار توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار احساسات یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم؛ بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بـر بـدن و واکنش به آن‌ها بازنگری، تمرین ذهن آگاهی فضای تنفس و بازنگری، آن تعیین تکلیف خانگی.

جلسه ششم آموزش رهایی از طریق بخشش استعاره مرد چاقو خورده آموزش ذهن آگاهی رها کردن افزایش خود ارزشمندی: استعاره کوزه ترک برداشته، خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار، جانشین تعیین تکلیف خانگی.

جلسه هفتم دوستی و مهربانی با خود و دیگران ایجاد رابطه با خود ذهن آگاهی گوش دادن برای بهبود روابط تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده برآمدن می‌شود برنامه‌ریزی و تهیه یک برنامه مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، شناسایی نشانگان، عود شناسایی کارهای موردنیاز برای رویارویی با عود / بازگشت فضای تنفس ۶ دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن آگاهی دادن تکلیف خانگی.

جلسه هشتم صبر کردن قدردانی کردن تأمل و تغییر سپاسگزار هرروز باشید تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن بازنگری کل برنامه آنچه که یاد گرفته شد بحث در مورد این‌که چگونه به بهترین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

نحو تحرک و نظمی که در یک هفته گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده ادامه یابد وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین تمرین ذهن آگاهی تنفس، اجرای پس‌آزمون.

روش آماری. در پژوهش حاضر جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش در بخش توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با رعایت مفروضه‌های آماری استفاده می‌کنیم. همچنین تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24انجام می‌شود.

یافته‌ها

در این پژوهش شرکت‌کنندگان با وضعیت تحصیلی دیپلم ۱۲ (۴۰) دارای بیشترین فراوانی (درصد) و وضعیت تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر ۱ (۳/۳۰) دارای کمترین فراوانی (درصد) است. جدول ۴-۲ فراوانی و درصد وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. همچنین وضعیت شغلی کارگر ۱۳ (۴۳/۳) بیشترین فراوانی و وضعیت شغلی کارمند و بیکار (۳)(۱۰) کمترین فراوانی و درصد را به خود اختصاص داده است. جدول ۴-۴ فراوانی و درصد فراوانی و درصد میزان درآمد افراد نمونه را نشان می‌دهد. میزان درآمد کمتر از ۶ میلیون تومان (۱۰)(۳۳/۳) بیشترین فراوانی و درصد و وضعیت بدون درآمد (۳)(۱۰) کمترین فراوانی و درصد را به خود اختصاص داده است. میانگین و انحراف استاندارد سن افراد نمونه نیز به ترتیب ۳۷/۳۰ و ۷/۱۵ است.

برای بررسی اثربخشی آموزش شفقت به خود بر عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. به این منظور مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون شاپیرو - ویلک، پیش‌فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرها با استفاده از نمودار پراکندگی، فرض همگنی ماتریس کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون انجام و تأیید شد.

جدول ۱. نتایج حاصل از تحلیل کووراریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های متغیر اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	آماره F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۸	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴ /۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	لامبدای ویلکز	۰/۲۱	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴ /۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	اثر هتلینگ	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴ /۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	بزرگترین ریشه روی	۳/۷۳	۲۲/۴۱	۴/۰۰۰	۲۴ /۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری آمارهٔ مرتبط، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری یعنی بزرگ‌ترین ریشه روی، معنادار است ($p<۰/۰۵$)؛ بنابراین حداقل دریکی از نمره‌های متغیر اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی این مسئله که در کدام متغیرها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد؛ که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های متغیر اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی

	متغیر	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۹/۶۹	۱	۹/۶۹	۲/۲۱	۰/۱۴	۰/۰۷
	گروه	۷۹/۵۳	۱	۷۹/۵۳۷	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	خطا	۱۱۸/۳۰	۲۷	۴/۳۸			
	کل	۱۶۸۶۲/۰۰۰	۳۰				

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های متغیر اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی

	متغیر	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۳۰/۲۲۱	۱	۳۰/۲۲۱	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۲
	گروه	۵۳۸/۴۹۹	۱	۵۳۸/۴۹۹	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	خطا	۱۰۳۴/۴۴	۲۷	۳۸/۳۱			
	کل	۸۲۱۸۵/۰۰۰	۳۰				
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۸/۷۱	۱	۸/۷۱	۰/۷۲	۰/۳۷	۰/۰۲
	گروه	۹۸۸/۲۵	۱	۹۸۸/۲۵	۷۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۳۸۴/۲۶	۲۷	۱۴/۷۵			
	کل	۱۸۲۹۵۱/۰۰۰	۳۰				

مطابق با جدول ۲، در کلیه متغیرهای پژوهش یعنی اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (p <۰/۰۰۱)؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر در مقایسه با گروه کنترل مؤثر بوده است (p <۰/۰۰۱). با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را بر نمره های متغیر کیفیت زندگی داشته است (۰/۷۴). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرهای اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی متغیرهای عواطف منفی و مثبت، تاب‌آوری روان‌شناختی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گواه

متغیر	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
اضطراب اجتماعی	درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی –کنترل	-۱۰/۵۲	۳/۹۰	۰/۰۱
خودکارآمدی	درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی – کنترل	۲۴/۷۸	۶/۶۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی – کنترل	۳۲/۹۶	۳/۸۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده برنامه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در متغیرهای اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی معنادار است و گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل معنادارتر است. به‌طوری‌که در متغیر اضطراب اجتماعی به ترتیب تفاوت میانگین گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل (-۱۰/۵۲) (p<۰/۰۱) است که نشان‌دهنده کاهش اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل است؛ همچنین در متغیرهای خودکارآمدی و کیفیت زندگی تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل به ترتیب برابر با (۹/۵۳؛ ۲۴/۷۸ و ۳۲/۹۶) (p<۰/۰۰۱) است که نشان‌دهنده افزایش این متغیرها در پس‌آزمون گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل است.

همچنین تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در متغیر اضطراب اجتماعی معنادار است. به‌طوری‌که در متغیر عواطف منفی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (-۱۰/۵۲) (p<۰/۰۱) است که نشان‌دهنده کاهش اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی به گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی اثربخش است همچنین تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در متغیر کیفیت زندگی معنادار است. به‌طوری‌که در متغیر کیفیت زندگی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (۳۲/۹۶) (p<۰/۰۱) است که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

نشان‌دهنده افزایش کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل است بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مصرف مواد اثربخش است. نهایتاً تفاوت میانگین بین گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در متغیر خودکارآمدی معنادار است. به‌طوری‌که در متغیر خودکارآمدی به ترتیب تفاوت میانگین گروه آموزش شفقت بر خود و کنترل (۲۴/۷۸) ($p<۰/۰۱$) است که نشان‌دهنده افزایش خودکارآمدی در پس‌آزمون درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که آموزش شفقت به خود بر خودکارآمدی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان با رویکرد روان‌شناسی زبان یوسف انجام شد.

هدف از این تحقیق بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای لکنت زبان می‌باشد. خودکارآمدی به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مثبت و بزرگ کیفیت زندگی نشان داده شده است و تحقیقات قبلی بیان می‌کنند که بهبود کیفیت زندگی با سطوح بالاتر خودکارآمدی پیش‌بینی می شود (۷, ۱۱). نتایج این پژوهش در ارتباط با ذهن آگاهی و اضطراب اجتماعی با نتایج پژوهش‌های زینال و همکاران (۴۶) و هاچی–لابلی و همکاران (۴۷) هم سو می‌باشد.

مدیتیشن ذهن آگاهی به‌عنوان یک درمان جایگزین برای اضطراب اجتماعی پیشنهاد شده است (۴۱). ذهن آگاهی را می‌توان به‌عنوان آموزش آگاهی بدون قضاوت از افکار و تجربیات خود تعریف کرد. راهبردهایی را آموزش می‌دهد تا احساسات خود را تنظیم کند و در مورد افکار مربوط به خود ذهن بازتر شود (کابات زین، ۲۰۰۳). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر کسب این مهارت‌های مرتبط تمرکز دارد و هدف آن بهبود توانایی بیمار برای مقابله با واکنش‌های عاطفی و توجه مرتبط با آسیب‌شناسی است. تا به امروز، هشت کارآزمایی بالینی برای آزمایش اثرات ذهن آگاهی در نمونه‌های بالینی با اضطراب اجتماعی انجام شده است (۳۸, ۴۱, ۴۸–۵۲)

همه نشان می‌دهند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در مقایسه با گروه‌های کنترل فعال (به‌عنوان‌مثال، ورزش هوازی)، به‌طور قابل‌توجهی علائم اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد و رفاه و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد.

نتایج این پژوهش در ارتباط با ذهن آگاهی و خودکارآمدی با نتایج پژوهش‌های عبدلعلی پور و همکاران (۵۳)، چان و همکاران (۵۴) هم سو می‌باشد. تحقیقات فعلی ثابت کرده است که ذهن آگاهی تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی دارد (۵۵). نگرش ذهن آگاهی، یکی از سه مؤلفه ذهن آگاهی، بیشترین تأثیر را بر خودکارآمدی آن دارد که به‌طور علمی در زمینه‌های پزشکی نشان داده شده است (۵۶).

نتایج این پژوهش در ارتباط با ذهن آگاهی و کیفیت زندگی با نتایج پژوهش‌های واندنبوگارت و همکاران (۵۷)، القابیش و همکاران (۵۸) و پوتسری و همکاران (۵۹) هم سو می‌باشد.

مراقبه ذهن‌آگاهی (MM) تمرین‌کنندگان را تشویق به تزکیه می‌کند. چندین ظرفیت آگاهی، مانند آگاهی زمان محور، فرااآگاهی، غیرواکنشی بودن و غیرهوشیاری (۶۰) وجود دارند که این ظرفیت‌ها به‌عنوان پاسخ‌های استرسی عمل می‌کنند که به واکنش بهتر به شرایط اضطراری و تغییرات محیطی کمک می کنند. برای انجام این کار، ابتدا پاسخ‌های روان‌شناختی (مانند شناختی و عاطفی) ایجاد می‌شود و یک پاسخ فیزیولوژیکی چند سیستمی (مانند محور عصبی غدد درون‌ریز، سیستم‌های ایمنی و مسیرهای پاسخ استرس اکسیداتیو) در نتیجه ایجاد می‌شود (۶۱، ۶۲). در مجموع، این مکانیسم‌ها تلاش می‌کنند تا توانایی سازگاری در مواجهه با ناملایمات را از طریق حفظ تعادل روانی و فیزیولوژیکی و بهزیستی بهبود بخشند و بنابراین، توانایی فرد برای درک خود را بهبود بخشند. تمرین MM ممکن است به‌عنوان یک استراتژی پیشگیرانه برای کمک به ارگانیسم برای مقابله بهتر با پاسخ استرس باشد.

این نشان می‌دهد که بزرگسالانی که با خودکارآمدی بیشتر لکنت دارند، درجات کمتری از اختلال منفی را در حوزه‌های مختلف زندگی تجربه می‌کنند و نشان می‌دهد که باورهای خودکارآمدی پتانسیل تأثیرگذاری بر تمام زمینه‌های زندگی بزرگسالانی دارای لکنت را دارند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که یک روند کلی برای افزایش باورهای خودکارآمدی افراد وجود دارد و با افزایش سن، میزان آسیب منفی ناشی از زندگی با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

اختلال لکنت کاهش می‌یابد. یافته‌های کیفی نشان داد که بارکشی رایج‌ترین موضوع در مورد تجربیات زندگی بزرگسالانی است که لکنت دارند. این از تحقیقات قبلی حمایت می‌کند که نشان داده است رنج یک موضوع اصلی در روایت بزرگسالانی است که لکنت دارند (۱۴).

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوه بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با رعایت اصول اخلاقی پژوهش مبنی بر رضـایت آگاهانه آزمودنی ها و رازداری اطلاعت افراد صورت گرفته است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش مـا را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

References

1. Beilby J, editor Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. Seminars in speech and language; 2014: Thieme Medical Publishers.
2. Yaruss JS, Quesal RW. Stuttering and the international classification of functioning ,disability, and health (ICF): An update. Journal of communication disorders. 2004;37(1):35-52.
3. Smith A, Weber C, editors. Childhood stuttering: Where are we and where are we going? Seminars in Speech and Language; 2016: Thieme Medical Publishers.
4. Manning WH, DiLollo A. Clinical decision making in fluency disorders: Plural Publishing; 2023.
5. Yaruss JS. Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. Journal of fluency disorders. 2010;35(3):190-202.
6. Craig A, Blumgart E, Tran Y. Resilience and stuttering: Factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. 2011.
7. 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):61-7.١
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977;84(2):191.
9. Rees CS, Breen LJ, Cusack L, Hegney D. Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. Frontiers in psychology. 2015;6:73.
10. Beilby JM, Byrnes ML, Yaruss JS. Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. Journal of fluency disorders. 2012;37(4):289-99.
11. Boyle M. Relations between causal attributions for stuttering and psychological well-being in adults who stutter. International journal of speech-language pathology. 2016;18(1):1-10.
12. Association AS-L-H. Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]. 2016.
13. 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.
14. Corcoran JA, Stewart M. Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. Journal of Fluency Disorders. 1998;23(4):247-64.
15. Boyle MP. Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. American Journal of Speech-Language Pathology. 2015;24(1):1-12.
16. Craig A ,Blumgart E, Tran Y. A model clarifying the role of mediators in the variability of mood states over time in people who stutter. Journal of fluency disorders. 2015;44:63-73.
17. van Leer E, Hapner ER, Connor NP. Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. Journal of Voice. 2008;22(6):688-98.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

18. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. Journal of fluency disorders. 2014;40:69-82.

19. Thomasson P, Psouni E. Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping. Scandinavian journal of psychology. 2010;51(2):171-8.

20. Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. 2011.

21. Ornstein AF, Manning WH. Self-efficacy scaling by adult stutterers. Journal of Communication Disorders. 1985;18(4):313-20.

22. Bray MA, Kehle TJ, Lawless KA, Theodore LA. The relationship of self-efficacy and depression to stuttering. 2003.

23. Langevin M, Huinck WJ, Kully D, Peters HF, Lomheim H, Tellers M. A cross-cultural, long-term outcome evaluation of the ISTAR Comprehensive Stuttering Program across Dutch and Canadian adults who stutter. Journal of Fluency Disorders. 2006;3.۵۶-۲۲۹:(۴)۱

24. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.

25. Stein DJ, Lim CC, Roest AM, De Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC medicine. 2017;15:1-21.

26. Keller MB. Social anxiety disorder clinical course and outcome: review of Harvard/Brown Anxiety Research Project (HARP) findings. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:14.

27. Moitra E, Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. Journal of affective disorders. 2011;13.۱۲-۲۰۹:(۲-۱)۰

28. Eng W, Coles ME, Heimberg RG, Safren SA. Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. Journal of anxiety disorders. 2005;19(2):143-56.

29. Stein MB, Kean YM .Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. American Journal of Psychiatry. 2000;157(10):1606-13.

30. Stuhldreher N, Leibing E, Leichsenring F, Beutel ME, Herpertz S, Hoyer J, et al. The costs of social anxiety disorder: the role of symptom severity and comorbidities. Journal of affective disorders. 2014;165:87-94.

31. Acarturk C, Smit F, De Graaf R, Van Straten A, Ten Have M, Cuijpers P. Economic costs of social phobia: a population-based study. Journal of affective disorders. 2009;115(3):421-9.

32. Carter A, Breen L, Yaruss JS, Beilby J. Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. Journal of fluency disorders. 2017;54:14-23.

33. Gatzonis S, Fabus R. A preliminary study investigating the effects of a modified yoga breathing program with four individuals who stutter. Contemporary Issues in Communication Science and Disorders. 2015;42(Fall):246-59.

34. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. Journal of anxiety disorders. 2016;39:44-64.

35. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Psychotherapy Research. 2020;30(8):965-82.

36. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, Kew K, Clark DM, Ades A, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2014;1(5):368-76.

37. Norton AR, Abbott MJ, Norberg MM, Hunt C. A systematic review of mindfulness and acceptance-based treatments for social anxiety disorder. Journal of clinical psychology. 2015;71(4):283-301.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]

38. Jazaieri H, Goldin PR, Werner K, Ziv M, Gross JJ. A randomized trial of MBSR versus aerobic exercise for social anxiety disorder. Journal of clinical psychology. 2012;68(7):715-31.
39. Goldin PR, Morrison A, Jazaieri H, Brozovich F, Heimberg R, Gross JJ. Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology. 2016;84(5):427.
40. Ștefan CA, Căpraru C, Szilágyi M. Investigating effects and mechanisms of a mindfulness-based stress reduction intervention in a sample of college students at risk for social anxiety. Mindfulness. 2018;9:1509-21.
41. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy. 2007;45(10):2518-26.
42. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. Psychiatric Clinics. 2017;40(4):597-609.
43. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Werner K, Kraemer H, Heimberg RG, et al. Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(6):1034.
44. Goldin PR, Ziv M, Jazaieri H, Weeks J, Heimberg RG, Gross JJ. Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural bases of emotional reactivity to and regulation of social evaluation. Behaviour research and therapy. 2014;62:97-106.
45. Mosalla M, Aleyasin SA. Determining the Effectiveness of Cognitive Therapy on Mindfulness-Based in Marital Fatigue and Women Intimacy. International Journal of Clinical Medicine. 2017;8(4):265-76.
46. Zainal NH, Tan HH, Hong RY, Newman MG. Is a brief mindfulness ecological momentary intervention more efficacious than a self-monitoring app for social anxiety disorder? a randomized controlled trial. Journal of Anxiety Disorders. 2024;104:102858.
47. Hache-Labelle C, Simard S, Villeneuve M, Abdel-Baki A, Lepage M, Bravo MA, et al. From home practice to virtual reality: The subjective experience of mindfulness-based therapy of people with concomitant social anxiety and psychotic disorder. Journal of Behavioral and Cognitive Therapy. 2023;33(4):216-26.
48. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83.
49. Goldin P, Ziv M, Jazaieri H, Hahn K, Gross JJ. MBSR vs aerobic exercise in social anxiety: fMRI of emotion regulation of negative self-beliefs. Social cognitive and affective neuroscience. 2013;8(1):65-72.
50. Cassin SE, Rector NA. Mindfulness and the attenuation of post-event processing in social phobia: An experimental investigation. Cognitive Behaviour Therapy. 2011;40(4):267-78.
51. Boettcher J, Åström V, Påhlsson D, Schenström O, Andersson G, Carlbring P. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. Behavior therapy. 2014;45(2):241-53.
52. Koszycki D, Thake J, Mavounza C, Daoust J-P, Taljaard M, Bradwejn J. Preliminary investigation of a mindfulness-based intervention for social anxiety disorder that integrates compassion meditation and mindful exposure. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2016;22(5):363-74.
53. Abdolalipour S, Charandabi SM-A, Mashayekh-Amiri S, Mirghafourvand M. The effectiveness of mindfulness-based interventions on self-efficacy and fear of childbirth in pregnant women: A systematic review and meta-analyses. Journal of affective disorders. 2023;333:2.۷۰-۵۷
54. Chan SH, Yu CK-C, Li AW. Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. Patient Education and Counseling. 2021;104(2):360-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOI: 10.48305/22.1.15]

55. Liu Z, Zhang N, Peng X, Liu S, Yang Z. Students' social-cognitive engagement in online discussions. Educational Technology & Society. 2023;26(1):1-15.
56. Jingmin ZH, Yawei LI. Influence of mindfulness group training on procrastination, self-esteem, self-efficacy of middle school students. 中国学校卫生. 2022 Jan 25;43(1):72-6.
57. Vandenbogaart E, Hsu JJ, Figueroa M. Effects of a mindfulness intervention on physical and psychological well-being and quality of life in women with chronic covid dysautonomia-a pilot project. Journal of the American College of Cardiology. 2024;83(13_Supplement):1743-.Al
58. Ghabeesh SH, Mahmoud MM. Mindfulness and its positive effect on quality of life among chronic burn survivors: a descriptive correlational study. Burns. 2022;48(5):1130-8.
59. Puthusserry ST, Delariarte CF. Development and implementation of mindfulness-based psychological intervention program on premenstrual dysphoric symptoms and quality of life among late adolescents: A pilot study. Journal of Affective Disorders Reports. 2023;11:100461.
60. Wielgosz J, Goldberg SB, Kral TR, Dunne JD, Davidson RJ. Mindfulness meditation and psychopathology. Annual review of clinical psychology. 2019;15:285-316.
61. Epel ES, Crosswell AD, Mayer SE, Prather AA, Slavich GM, Puterman E, et al. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. Frontiers in neuroendocrinology. 2018;49:146-69.
62. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. Physiological reviews. 2007;87(3):873-904.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOI: 10.48305/22.1.15]