

هراس اجتماعی و رابطه آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در افراد بزرگسال دارای لکنت

فرنگیس کاکویی⁽¹⁾، دکتر زهره آرنانی کاشانی⁽²⁾، دکتر محمد کمالی⁽³⁾، دکتر مسعود جان‌بزرگی⁽⁴⁾

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی وجود هراس اجتماعی و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در افراد بزرگسال دارای لکنت انجام شد. **روش:** پژوهش توصیفی-تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی بر روی 30 فرد بزرگسال (25 نفر مرد؛ 5 نفر زن) دارای لکنت، بالای 18 سال (میانگین سنی 27 سال) و تحصیلات دیپلم و بالاتر انجام شده است. وجود لکنت و تعیین شدت آن توسط "ابزار شدت لکنت-ویرایش سوم" و سطح هراس اجتماعی با "پرسشنامه هراس اجتماعی" ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن، من‌ویتنی و کروسکال-والیس انجام گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که 26 درصد از بزرگسالان (8 نفر از 30 نفر)، میزان هراس اجتماعی بالایی دارند. بین سطح هراس اجتماعی و سن ارتباط معناداری وجود نداشت ($r = 0/075$ و $p = 0/696$). میزان هراس اجتماعی در شرکت‌کننده‌های زن و مرد و گروه‌های تحصیلی مختلف، تفاوت معنادار نداشت ($r = 0/357$ و $p = 0/148$). **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش حاضر در افراد بزرگسال دارای لکنت، میزان هراس اجتماعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس و تحصیلات ارتباط معناداری ندارد.

کلیدواژه: لکنت؛ هراس اجتماعی؛ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ بزرگسال

[دریافت مقاله: 1394/2/15؛ پذیرش مقاله: 1394/7/21]

362
362

مقدمه

توانایی استفاده از گفتار، زیربنای ارتباط بین فردی، موفقیت‌های شغلی و ارتقا سطح کیفیت زندگی است (6). لکنت اختلال گفتاری است که توانایی ارتباط مؤثر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (6) و به ازم گسیختگی‌های غیرطبیعی با بسامد و دیرش² بالا در جریان گفتار که شامل تکرار صداها، هجاها یا کلمات تک هجایی، کشش صداها و انسداد جریان هوا یا آواسازی است، اشاره دارد (8). میزان شیوع لکنت دوران رشد در بزرگسالان 1 درصد است (9) و از زمینه‌های علی مختلف این اختلال اهمیت عامل ژنتیک برجسته‌تر مطرح می‌شود (9).

هراس اجتماعی¹ شایعترین اختلال اضطرابی است که فرد مبتلا، ترس یا اضطرابی مشخص در مورد یک یا بیش از یک موقعیت اجتماعی دارد که در آن ممکن است در معرض قضاوت دیگران قرار گیرد، شیوع آن در تمام عمر در حدود 7 تا 12 درصد تخمین زده شده که افراد کمتر از 60 سال، بیشتر به آن مبتلا می‌شوند (1). از طرف دیگر اضطراب یکی از شایعترین اختلالات همراه با لکنت است (2، 3) و شواهد روز افزونی وجود دارد که وجود هراس اجتماعی را در افراد دارای لکنت نشان می‌دهد (4-7).

(1) دانشجوی دانشجوی کارشناسی ارشد آسیب‌شناسی گفتار و زبان، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (2) آسیب‌شناس گفتار و زبان، مربی گروه گفتاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، میرداماد، میدان مادر، خیابان شاه نظری، کوی نظام، دانشکده علوم توانبخشی، دورنگار: 02122220946 (نویسنده مسئول) E-mail: z_a_kashani@iums.ac.ir؛ (3) فیزیوتراپیست، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ (4) دکترای روانشناسی بالینی، دانشیار گروه روانشناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

¹ Social phobia

² Duration

DSM-IV² در ارتباط با هراس اجتماعی 16 تا 34 بار بیشتر احتمال داشتند. همچنین در طول 12 ماه، میزان شیوع هراس اجتماعی بر مبنای معیارهای DSM-IV و ICD-10 در گروه دارای لکنت، به ترتیب 21/7 و 26/1 درصد افراد بود که به طور معناداری از میزان 1/2-2/5 درصد برای گروه کنترل بالاتر می‌باشد (6). در مطالعه‌ای با هدف تعیین هم‌آیندی اختلال لکنت و هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت، شیوع 40 درصدی هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت گزارش شده است (4).

در بررسی‌های به عمل آمده، پژوهش داخلی در خصوص بررسی هم‌آیندی اختلال لکنت و هراس اجتماعی در افراد دارای لکنت بدست نیامد. همچنین مطالعات خارجی که احتمال وجود هراس اجتماعی را در افراد دارای لکنت بررسی کرده‌اند، در نتایج خود پیشنهاد نموده‌اند که تشخیص هم‌آیندی این دو اختلال با یکدیگر می‌باید به‌طور مطمئن بررسی شود (6، 21، 22). هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان وجود هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت فارسی زبان می‌باشد. از طرف دیگر مطالعات اندکی به بررسی رابطه هراس اجتماعی با ویژگی‌های جمعیت‌شناسی افراد دارای لکنت پرداخته‌اند، در نتیجه هدف دیگر این پژوهش بررسی رابطه بین این دو متغیر در افراد دارای لکنت است.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی انجام شده است. در پژوهش حاضر 30 فرد بزرگسال دارای لکنت رشدی (شروع لکنت قبل از 12 سالگی و بدون علت بیماری‌های عصب‌شناختی و یا رویداد شدید روانشناختی، بالای 18 سال، دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن و فارسی زبان شرکت کردند. نمونه مورد مطالعه به صورت در دسترس و از بین مراجعین به درمانگاه گفتاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران و درمانگاه‌های غیردولتی شهر تهران انتخاب شد. 92 درصد شرکت‌کننده‌ها در گذشته دوره درمانی کوتاهی در مورد لکنت خود داشتند. از افراد خواسته شد رضایتمانه پژوهش (شامل شرح کوتاهی از اجرای پژوهش) را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. سپس "پرسشنامه اطلاعات فردی و تاریخچه لکنت" (شامل مشخصات فرد، سوال‌هایی در مورد تاریخچه لکنت، تاریخچه

لکنت به طور معمول بین 2 تا 5 سالگی آغاز می‌شود (10) که اغلب این کودکان به طور طبیعی بهبود می‌یابند و در گروه کوچکی از آن‌ها لکنت تا بزرگسالی به عنوان یک مشکل بلندمدت و غیرارادی ادامه می‌یابد (11). در این صورت لکنت می‌تواند از اوایل تا انتهای دوره‌ی بزرگسالی تأثیر منفی قابل توجهی بر زمینه‌های روانی - اجتماعی، سرزندگی، عملکرد هیجانی، اجتماعی و سلامت روان داشته باشد (6).

کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دارای لکنت اغلب واکنش‌های منفی شونده‌ها را تجربه می‌کنند (12-14) و اغلب نگرش و باورهای منفی نسبت به صحبت در آنها ایجاد می‌شود (15). این تجارب ممکن است منجر به احساس درماندگی، خجالت، شرمندگی و آسیب اجتماعی شود (16) و در نهایت اجتناب، تقلا یا اضطراب در موقعیت‌های گفتاری را باعث می‌شود (15). در نتیجه بزرگسالان دارای لکنت ممکن است در معرض مشکلات روانشناختی، عاطفی و رفتاری باشند (17). بنابراین دلایل مناسبی در دسترس است که بین لکنت و اضطراب رابطه‌ای وجود دارد که به لحاظ بالینی مهم است و متخصصین بالینی با افراد دارای لکنتی مواجه خواهند شد که اضطرابشان به‌عنوان یک مسأله مطرح می‌باشد (18).

در افرادی که لکنت دارند به دلیل لکنت ترس از قضاوت منفی گفتار تجربه می‌شود (18) شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، کودکان سه ساله دارای گفتار روان، لکنت را در همسالان‌شان تشخیص می‌دهند و ممکن است لکنت را به صورت منفی در 4 سالگی قضاوت کنند (3)، همچنین واکنش‌های متغیر و متناقض جامعه و نیز تجارب ارتباطی منفی از سوی بزرگسالانی که لکنت دارند اغلب گزارش شده است (19). از آن جایی که گفتار زیربنای ارتباط بین فردی است و روابط اجتماعی را شکل و تداوم می‌بخشد، بنابراین پیش‌بینی آسیب اجتماعی ممکن است با اختلال لکنت همراه باشد، چون این اختلال عملکرد اجتماعی پایه را مختل می‌کند، ممکن است هراس اجتماعی با اختلال لکنت هم‌رویداد شود (18) و تحت تأثیر این نگرش‌های منفی، حتی بعد از به‌کارگیری شیوه روان صحبت کردن بر اثر درمان، از محیط‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند (20).

در بررسی شیوع اختلالات اضطرابی در بین بزرگسالان متقاضی درمان لکنت نشان داده شده است که افراد دارای لکنت در مقایسه با گروه کنترل بر اساس معیارهای ICD10¹ و

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

¹ International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems

پزشکی و گفتار و زبان) در اختیار شرکت‌کننده‌ها قرار گرفت. جهت تشخیص لکنت از هر فرد خواسته شد متن 200 کلمه‌ای "معلم نقش آفرین" را بخواند و حدود 5 دقیقه در مورد موضوعی به صورت پیوسته صحبت کند و همزمان با آن به منظور ارزیابی لکنت، صدا و تصویر فرد توسط دوربین فیلم برداری کانن مدل PC1471 (جهت ثبت حرکات اضافه مربوط به لکنت) ضبط شد. در نهایت پرسشنامه سنجش هراس اجتماعی در اختیار هر فرد قرار گرفت، از افراد خواسته شد که با دقت به سؤالات پرسشنامه پاسخ دهند. در پژوهش حاضر از متن "معلم نقش آفرین"، "ابزار شدت لکنت - ویرایش سوم"، "پرسشنامه هراس اجتماعی" استفاده شد.

متن معلم نقش آفرین: این متن شامل 200 کلمه جهت ارزیابی شدت لکنت حین خواندن می‌باشد ویژگی‌های زبانی آن برحسب تنوع واژگان، طول و پیچیدگی واژه، ویژگی‌های معناشناسی و دستوری واژه و جایگاه واژه در کلمه روایی شده است (23).

ابزار شدت لکنت - ویرایش سوم (SSI-3): این مقیاس دارای سه خرده آزمون بسامد لکنت، دیرش لکنت و رفتارهای فیزیکی همراه است. شدت لکنت براساس مجموع نمره‌های سه خرده آزمون می‌باشد و به صورت خفیف، متوسط و شدید رتبه‌بندی می‌شود. در بررسی پایایی میان آزمونگر و درون آزمونگر این مقیاس درصد توافق این ابزار در حالت میان آزمونگر برای خرده آزمون بسامد 91/4، دیرش 87/8، رفتارهای فیزیکی همراه 82/9 و برای کل آزمون 93/4 و در حالت درون آزمونگر این درصدها برای بسامد 93/9 و دیرش 96/4 گزارش شد که نشان می‌دهد ابزار شدت لکنت از پایایی بسیار بالایی برای اندازه‌گیری شدت لکنت برخوردار است (24). در ایران در مطالعه بررسی پایایی ابزار SSI-3 در گروه سنی پیش از دبستان، در صد توافق در حالت میان آزمونگر و درون آزمونگر در مورد خرده آزمون‌های بسامد، دیرش و رفتارهای فیزیکی همراه به ترتیب 80، 54 و 62/2 و در مورد کل آزمون بیش از 80 گزارش شده است (25).

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN²): این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارش دهی 17 ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است که توسط کونور و همکاران (26) تهیه شده است. پرسشنامه هراس

اجتماعی بر اساس مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای [به هیچ وجه (0) تا خیلی زیاد (4)] رتبه‌بندی می‌شود (26). ضریب بازآزمایی بین 0/78 و 0/89، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بین 0/82-0/94 و نمره برش 19 را برای این پرسشنامه گزارش شده است (26). در ایران، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین 0/74 تا 0/89 و ضریب بازآزمایی آن، 0/68 و اعتبار همگرایی خرده مقیاس‌های آن، بین 0/64 تا 0/78 گزارش شده است (27). در پژوهشی دیگر در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه هراس اجتماعی نمره برش 29 برای این پرسشنامه بدست آمده است، که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت (28).

در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر سن و هراس اجتماعی افراد بزرگسال توسط نرم افزار SPSS20 محاسبه گردید. برای بررسی توزیع طبیعی داده‌های مربوط به هراس اجتماعی از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد و به دلیل توزیع غیر طبیعی نمره هراس اجتماعی، برای بررسی رابطه هراس اجتماعی با سن، جنس و تحصیلات، آزمون‌های غیرپارامتری اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال-والیس به کار گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر 30 بزرگسال دارای لکنت شرکت کردند که 25 نفر از آن‌ها مرد (83/3%) و 5 نفر زن (16/7%)، 25 نفر تحصیلاتشان کارشناسی و بالاتر (83/4%) از آن و حداقل سن افراد شرکت‌کننده 18 سال و میانگین سنی آنها 27 سال بود.

سطح هراس اجتماعی هر یک از افراد مورد محاسبه قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد 26% از افراد (8 نفر) نمره 29 (نمره برش پرسشنامه SPIN) و بالاتر از آن را در ارزیابی هراس اجتماعی کسب نمودند. در جدول آمیانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره هراس اجتماعی و سن ارایه شده است. همچنین میانه 15/50، چارک 25 معادل 10، چارک 50 معادل 15/50 و چارک 75 معادل 29/25 بود. همان‌گونه که در جدول 1 مشاهده می‌شود. میانگین نمره هراس اجتماعی شرکت‌کننده‌ها از نمره برش پرسشنامه هراس اجتماعی کمتر است، بدین معنا که افراد دارای لکنت به طور کلی سطح هراس اجتماعی بالایی ندارند، اما در بررسی نمره افراد به صورت جداگانه، مشخص گردید که در زیرگروهی از افراد دارای لکنت، سطح هراس اجتماعی بالا است.

¹ Stuttering Severity Instrument-3

² Social Phobia Inventory

جدول 1- شاخص های نمایل مرکزی نمره هراس اجتماعی و سن نمونه مورد مطالعه (N=30)

	میانگین (انحراف معیار)	حداکثر	حداقل
هراس اجتماعی	21/07 (14/65)	55	4
سن	27/27 (6/203)	55	18

جدول 2- همبستگی بین نمره هراس اجتماعی و سن افراد بزرگسال دارای لکنت

متغیر	میانگین	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
هراس اجتماعی	21/07	0/075	0/696
سن	27/27		

جدول 2 نتایج حاصل از آزمون همبستگی بین نمره هراس اجتماعی و سن افراد را نشان می دهد همان طور که مشخص می شود بین سطح هراس اجتماعی و سن آزمودنی ها ارتباط معناداری وجود ندارد ($r=0/075$, $p=0/696$).

نتایج آزمون مقایسه نمره هراس اجتماعی بین زنان و مردان و گروه های مختلف تحصیلی نشان می دهد که نمره هراس اجتماعی در بین شرکت کننده های زن و مرد و گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری ندارد ($p=0/357$, $q=0/148$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی وجود هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت بود. نتایج نشان داد که حدود 26 درصد از نمونه مورد مطالعه سطح هراس اجتماعی بالایی دارند. بررسی های متعددی به مطالعه هراس اجتماعی در افراد دارای لکنت پرداخته اند که نتایج پژوهش حاضر با آنها مطابقت دارد. به طور کلی مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است، شیوع اختلال هراس اجتماعی را در بین بزرگسالان دارای لکنت 60-21 درصد تخمین زده اند.

استین و همکاران ارزیابی بالینی اختلال هراس اجتماعی را در بین 16 فرد بزرگسال متقاضی درمان لکنت انجام دادند و 7 شرکت کننده (44 درصد) تشخیص هراس اجتماعی را دریافت کردند (22). علی رغم این که تعداد نمونه کم توسط استین و همکارانش به کار گرفته شد، این اولین مطالعه ای بود که شیوع بالای اختلال هراس اجتماعی در بین بزرگسالان

درصد درمان لکنت را گزارش کرد و مطالعات بیشتری در این زمینه را باعث شد. مطالعات دیگر که در پاراگراف های بعدی آمده، میزان مشابه اختلال هراس اجتماعی در بین بزرگسالان دارای لکنت را نشان داد.

در بررسی وجود هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت گزارش شده است که حدود 50 درصد نمونه مورد مطالعه در محدوده بیماران دارای هراس اجتماعی نمره گرفتند (29). منزایس و همکاران گزارش کردند که تقریباً دو سوم نمونه بزرگسال دارای لکنت، هراس اجتماعی داشتند (21).

همچنین آیوراش و همکاران دریافتند که 23/5 درصد از 140 نمونه مورد مطالعه تشخیص هراس اجتماعی دریافت کردند (5). در پژوهشی دیگر نتایج نشان داد که 18/5 درصد از افراد دارای لکنت، تشخیص هراس اجتماعی را دریافت کردند. این یافته ها در مورد بزرگسالان متقاضی درمان لکنت بود و این احتمال وجود دارد که هراس اجتماعی در بین افراد متقاضی درمان بیشتر از آنهایی باشد که برای درمان لکنت خود اقدامی نکرده اند (6).

گروهی دیگر از محققین وجود اختلال هراس اجتماعی را در بین بزرگسال دارای لکنت، بررسی و با گروه بدون لکنت مقایسه کردند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که 46 درصد از افراد دارای لکنت، اختلال هراس اجتماعی دارند که این میزان برای گروه کنترل 4 درصد بود. اما نکته ای که در مورد این پژوهش وجود دارد این است که از آزمون های غربالگری به جای ارزیابی تشخیصی کامل استفاده شده است، که می تواند دلیل تخمین بالای هراس اجتماعی در گروه دارای لکنت باشد (30).

همچنین در بررسی هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت گزارش شد که اضطراب افراد دارای لکنت محدود به بعد اجتماعی است و بین گروه دارای لکنت و گروه بدون لکنت در زیر آزمون هایی که به تعاملات اجتماعی مربوط می شود و در آنها ممکن است قضاوت اجتماعی رخ دهد، تفاوت قابل ملاحظه ای وجود دارد (18).

ازراتی - ویناکور¹ و لوین² گزارش کردند که افراد دارای لکنت نسبت به گروه کنترل اضطراب صفت بالاتری دارند و اضطراب موقعیت، زمانی در این افراد بالا است که فرد در تعامل اجتماعی بوه و ممکن است مورد قضاوت اجتماعی

¹ Ezrati-Vinacour

² Levin

قرار گیرد و این اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (3).

مهر¹ و تروسین² در بررسی اضطراب و هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت دریافتند که افراد دارای لکنت نسبت به افراد بدون لکنت، هراس اجتماعی و اجتناب بیشتر و نسبت به افراد دارای اختلال هراس اجتماعی بدون لکنت، هراس اجتماعی، اجتناب و ترس از قضاوت منفی کمتری دارند، همچنین ترس هنگام صحبت کردن را هراس عمده افراد دارای لکنت مطرح کردند (31).

نتایج حاصل از بررسی ارتباط بین هراس اجتماعی و سن، جنس و تحصیلات افراد بزرگسال دارای لکنت نشان داد که ارتباط معناداری بین هراس اجتماعی و سن وجود ندارد، همچنین نمره هراس اجتماعی بین زنان و مردان و گروه‌های مختلف از نظر تحصیل، تفاوتی نداشت. مطالعاتی که به بررسی هراس اجتماعی در افراد دارای لکنت پرداخته‌اند، بررسی رابطه بین اضطراب و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی را سؤال پژوهش خود مطرح نکرده‌اند به جز دو مطالعه که نتایج آن‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر مطابقت دارد.

در بررسی هراس اجتماعی در بزرگسالان دارای لکنت نشان داده شده است که بین سن، جنس و سطح تحصیلات افراد نمونه و اضطراب ارتباطی وجود ندارد (4). همچنین در بررسی اضطراب در نوجوانان دارای لکنت بین نمره اضطراب نوجوانان دختر و پسر تفاوتی یافت نشد (19).

با توجه به تعریف هراس اجتماعی که فرد مبتلا به دلیل ترس از قضاوت منفی قرار گرفتن از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی می‌ترسد، چنین نتیجه‌ای منطقی است، به عبارت دیگر هراس اجتماعی اختلالی است که به موضوعات نگرشی مربوط می‌شود نه به ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن، جنس و سطح تحصیلات.

مهم است به این نکته توجه کنیم که در پژوهش حاضر نمونه شامل بزرگسالانی بود که به کلینیک‌های دولتی و خصوصی گفتاردرمانی مراجعه کرده‌بودند و منطقی است که انتظار داشته باشیم این بزرگسالان میزان بالاتری از اضطراب را نسبت به آنهایی که درصد درمان نیستند نشان می‌دهند. ممکن است که هم‌آیندی اختلال لکنت و هراس اجتماعی این احتمال را که فرد درصد درمان لکنت باشد افزایش دهد. کریگ و همکاران نشان دادند که افراد دارای لکنت همراه با

سطوح بالای اضطراب گروهی از افراد هستند که درصد درمان لکنت خود می‌باشند (32). بنابراین توصیه می‌شود که در مطالعات بعدی افراد بزرگسال به صورت کاملاً تصادفی هم از میان افرادی که به درمانگاه‌های گفتاردرمانی مراجعه کرده‌اند و هم از میان افرادی که برای درمان لکنت خود اقدامی نکرده‌اند انتخاب شوند.

نکته دیگر نیز مربوط می‌شود به مطالعه این محققان که نشان دادند درمان‌های غیراجتنابی نظیر حساسیت‌زدایی، آرام‌سازی، مواجهه‌سازی می‌تواند سطح اضطراب افراد دارای لکنت را کاهش دهد (33). در پژوهش حاضر برخی از شرکت‌کننده‌ها در گذشته به طور موقت تحت درمان بودند که قبل از اتمام دوره کامل درمان و دستیابی به روانی، آن را رها کرده بودند. این درمان هرچند کوتاه و ناکامل می‌تواند باعث کاهش سطح اضطراب نمونه مورد مطالعه و در نتیجه احتمالاً موجب تخمین کم هراس اجتماعی در پژوهش حاضر شده باشد.

در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت از جمله تعداد محدود نمونه و تعداد زنان مورد مطالعه، غیرتصادفی بودن نمونه و نداشتن گروه شاهد.

به طور خلاصه از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که گروهی از افراد بزرگسال دارای لکنت سطح هراس اجتماعی بالایی دارند که به منظور پیشبرد اهداف درمان و تدابیر دوره ماندگاری درمان حائز اهمیت است و هراس اجتماعی اختلالی است که به ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن، جنس و سطح تحصیلات بستگی ندارد.

سپاسگزاری

نویسندگان از شرکت‌کننده‌ها، کلینیک گفتاردرمانی دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کلینیک خصوصی گفتاردرمانی پویش و طلوع تشکر و قدردانی می‌کنند.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. American Psychiatric Association APADSMFT. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

¹ Mahr

² Trosian

2. Davis S, Shisca D, Howell P. Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *J Communication Dis.* 2007;40(5):398-417.
3. Ezrati-Vinacour R, Levin I. The relationship between anxiety and stuttering: a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders.* 2004;29(2):135-48.
4. Blumgart E, Tran Y, Craig A. Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depress Anxiety.* 2010; 27(7): 687-92.
5. Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: continuing to explore a complex relationship. *Am J Speech Lang Pathol.* 2011;20(3):221-32.
6. Iverach L, O'Brian S, Jones M, Block S, Lincoln M, Harrison E, et al. Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *J Anxiety Disord.* 2009;23(7):928-34.
7. Iverach L, Rapee RM. Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *J Fluency Disord.* 2014;40(0):69-82.
8. Guitar B. *Stuttering : an integrated approach to its nature and treatment.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
9. Bloodstein O, Ratner NB. *A handbook on stuttering* Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning; 2008. Available from: <http://books.google.com/books?id=aZUhQAAMAAJ>.
10. Yairi E, Ambrose N, Cox N. Genetics of stuttering: A critical review. *J Speech Lang Hear Res.* 1996;39(4): 771-84.
11. Onslow M. Treatment of stuttering in preschool children. *Behaviour Change.* 2004;21(4):201-14.
12. Snyder GJ. Exploratory research in the measurement and modification of attitudes toward stuttering. *J Fluency Disord.* 2001;26(2):149-60.
13. Blood GW, Blood IM. Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: relation to increased anxiety. *Percept Mot Skills.* 2007;104(3 Pt 2):1060-6.
14. Langevin M, Packman, A., & Onslow, M. Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American J Speech Lang Pathology* [Epub ahead of print]. 2009.
15. Peters HFM, Starkweather CW. Development of stuttering throughout life. *Journal of Fluency Disorders.* 1989;14(5):303-21.
16. Yaruss JS. Evaluation treatment outcomes for adults who stutter. *Communication Disorders.* 2001;34:163-82.
17. Craig A. Clinical psychology and neurological disability: Psychological Therapies for Stuttering. *Clinical Psychologist.* 2003;7:93-103.
18. Messenger M, Onslow M, Packman A, Menzies R. Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *J Fluency Disord.* 2004;29(3):201-12.
19. Blood GW, Blood IM, Maloney K, Meyer C, Qualls CD. Anxiety levels in adolescents who stutter. *J Commun Disord.* 2007;40(6):452-69.
20. St Clare T, Menzies RG, Onslow M, Packman A, Thompson R, Block S. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *Int J Lang Commun Disord.* 2009;44(3):338-51.
21. Menzies RG, O'Brian S, Onslow M, Packman A, St Clare T, Block S. An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *J Speech Lang Hear Res.* 2008;51(6):1451-64.
22. Stein MB, Baird A, Walker JR. Social phobia in adults with stuttering. *Am J Psychiatry.* 1996;153(2):278-80.
23. Farazi M, Gholami-Tehrani, L., Khoda-Bakhshi-Kolae, A., Shemshadi, H., Rahgozar, M. The effect of a combination of cognitive therapy and speech in stuttering. *Thought & Behavior in Clinical Psychology.* 2014;9(30)37-46.
24. Riley GD. A stuttering severity instrument for children and adults. *J Speech Hear Disord.* 1972;37(3):314-22.
25. Bakhtiar M, Seifpanahi S, Ansari H, Ghanadzade M, Packman A. Investigation of the reliability of the SSI-3 for preschool Persian-speaking children who stutter. *Journal of Fluency Disorders.* 2010;35(2):87-91.
26. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry.* 2000;176:379-86.

27. Hasanvand Amuzadeh M, Bagheri, A., Shaeri, M. The Article collection of 5th Students Mental Health Seminar, Shahed University 2010.
28. Rezaei Dogaheh E. Psychometric Properties of Farsi Version of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84: 763-8.
29. Kraaimaat FW, Vanryckeghem M, Van Dam-Baggen R. Stuttering and social anxiety. *J Fluency Disord*. 2002;27(4):319-31.
30. Blumgart E, Tran Y, Craig A. An investigation into the personal financial costs associated with stuttering. *J Fluency Disord*. 2010;35(3):203-15.
31. Mahr GC, Torosian T. Anxiety and Social Phobia in Stuttering. *J Fluency Disord*. 1999;24(2):119-26.
32. Craig A, Hancock K, Tran Y, Craig M. Anxiety levels in people who stutter: a randomized population study. *J Speech Lang Hear Res*. 2003;46(5):1197-206.
33. Craig A. Anxiety levels in persons who stutter: comments on the research of Miller and Watson (1992). *J Speech Hear Res*. 1994;37(1):90-5.

Short Scientific Article

Social Phobia and Its Relation to Demographic Characteristics
in Adults with Stuttering Disorder

Abstract

Objectives: The aim of the present study was to determine social phobia and its relationship with demographic characteristics in adults with stuttering disorder.

Method: The present descriptive-analytic study conducted among 30 adults 18 years and older (25 male, 5 female) with stuttering disorder with high school diploma or higher education certificates. Stuttering and its severity were examined by "Severity of Stuttering Instrument-3rd edition". Social phobia measured by "Social Phobia Inventory". Data were analyzed via SPSS software using Spearman, Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests. **Results:** Findings indicated that 26% of adults (8 of 30 people) had high level of social phobia. There was no significant relationship between social phobia and age ($r=0.075$, $p=0.696$). Also there were no significant differences in level of social phobia between women and men and subjects with different level of education ($p=0.148$, $p=0.357$). **Conclusion:** Social phobia is not related to demographic characteristics like age, gender or education in adult with stuttering disorder.

Key words: *stuttering; social phobia; demographic characteristics; adult*

[Received: 5 May 2015; Accepted: 13 October 2015]

Farangis Kakoee ^a, Zohre Arani-Kashani*, Mohamad Kamali ^b, Masoud Janbozorgi ^c

* Corresponding author: Rehabilitation School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, IR.

Fax: +9821-22220946

E-mail: z_a_kashani@iums.ac.ir

^a Rehabilitation School, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^b Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^c Psychology Department of Howzeh and University Institute, Qom, Iran.