

مقایسه رابطه والد-کودک، انعطاف پذیری و انسجام خانواده در والدین کودکان با و بدون لکنت

- دلناز کمالی پور، دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی کودک، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- عباسعلی حسین خانزاده*، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
- ایرج شاکری نیا، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۳۹ - ۴۸

چکیده

هدف: لکنت زبان به عنوان یکی از شایع ترین اختلالات روانی کلام می تواند زمینه ساز بروز پیامدهای منفی بسیاری برای فرد و خانواده شود و مشکلات روان شناختی، رفتاری و اجتماعی را به وجود بیاورد؛ بنابراین با توجه به اهمیت این موضوع پژوهش حاضر با هدف مقایسه جو عاطفی خانواده، رابطه والد-کودک و انعطاف پذیری و انسجام خانواده در والدین کودکان با و بدون لکنت زبان انجام شد.

روش: در این پژوهش از روش علی مقایسه ای-پس رویدادی استفاده شد و جامعه آماری آن والدین کودکان ۸ تا ۱۲ سال دختر و پسر با و بدون لکنت زبان شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ نفر از هر دو گروه والدین در دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه رابطه والد-کودک پیاننا (۲۰۱۱) و مقیاس ارزیابی انعطاف پذیری و انسجام خانواده اولسون و همکاران (۱۹۸۶) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته ها: نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار بین دو گروه والدین دارای کودک با و بدون لکنت زبان در متغیرهای رابطه والد-کودک، انعطاف پذیری و انسجام خانواده بود ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد لکنت زبان می تواند بر شرایط خانوادگی، کارکردهای خانواده و رابطه کودک با والدین و دیگر اعضا اثرات منفی گذاشته و همچنین خانواده نیز می تواند در کاهش یا افزایش لکنت زبان کودک مؤثر باشد؛ بنابراین، وجود یک محیط غنی، آرام و رابطه متقابل درست و همچنین لزوم آموزش به خانواده بسیار حائز اهمیت است.

واژه های کلیدی: انعطاف پذیری و انسجام خانواده، رابطه والد-کودک، لکنت زبان

مقدمه

کودکان به عنوان یک گروه سنی آسیب پذیر در معرض انواع مشکلات شناختی، اجتماعی و... هستند. یکی از اختلالاتی که کودکان در سنین پایین ممکن است درگیر آن شوند، لکنت زبان^۱ است. لکنت زبان یکی از شایع ترین اختلالات روانی کلام است که در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ با عنوان اختلال ناروانی گفتار کودکی شناخته می شود و فرد به هنگام لکنت زبان در روانی کلام عادی و زمان بندی تلفظ اصوات دچار مشکل می شود (۱). لکنت زبان در کودکان، یک اختلال پیچیده عصبی-تحوالی در کنترل و هماهنگی حرکتی گفتار است که با اختلالات غیرارادی در سیالی الگوی گفتار مشخص می شود (۲). نشانه های اصلی لکنت زبان، اختلال در سیالی و الگوی زبان است که متناسب با سن کودک نیست. این اختلال با تکرارهای مکرر با تطویل صداها و سیلاب ها و انواع دیگر مشکلات در سیالی گفتار شامل شکستن کلمات (مانند مکث هایی در یک کلمه)، توقف بی صدا یا قابل شنیدن، جانشین سازی کلمات جهت اجتناب از کلمات مشکل ساز، تولید کلمات با تنش جسمانی زیاد و تکرار کلمات تک سیلابی (مانند من من من، او را دیدم) مشخص می شود. این اختلال از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت است و در زمانی که فشار اجتماعی در برقراری ارتباط بیشتر است با شدت بیشتری بروز پیدا می کند. اختلال سیالی یا لکنت زبان در ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد تا سن ۶ سالگی رخ می دهد و شروع آن در ۲ تا ۷ سالگی است (۳).

بر اساس پژوهش ها، نزدیک به ۵۵ میلیون نفر در سراسر جهان دارای لکنت زبان هستند (۴) و نرخ شیوع آن، حدود یک درصد در بزرگسالان و پنج درصد در کودکان برآورد شده است (۵). لکنت زبان یک اختلال چندوجهی است که از تعامل بین عوامل ژنتیکی، نوروفیزیولوژیکی، محیطی و سایر عوامل ناشی می شود. روش های تعامل این عوامل با یکدیگر هنوز به طور کامل شناخته نشده است، پژوهش های مختلف تأثیر این اختلال را در فراتر از اجزای سطحی آن نشان داده اند و معتقد هستند لکنت زبان نه تنها بر روی خود فرد بلکه بر خانواده او نیز اثرات روانی اجتماعی دارد (۷، ۶)، علاوه بر این، در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی بر توصیف ویژگی های سطحی لکنت زبان اشاره می کند که

این اختلال ممکن است با موفقیت تحصیلی یا حرفه ای یا ارتباطات اجتماعی تداخل داشته باشد (۸).

نتایج یک پژوهش نشان داد، عوامل خانوادگی و روان شناختی نقش اساسی در شیوع و همچنین کاهش لکنت زبان کودکان دارند (۹). همچنین آگاهی از نحوه درک والدین از تأثیر لکنت زبان بر فرزندان بسیار مهم است زیرا خانواده ها می توانند نقش مهمی در کمک به کودکان در مقابله با لکنت زبان داشته باشند (۱۰، ۱۱، ۱۲). تغییرات نگرشی و رفتاری والدین نیز می تواند منجر به کاهش لکنت زبان در کودکان شود. این موضوع نشان می دهد که آموزش والدین تأثیر مثبتی بر لکنت زبان کودک می گذارد (۱۳). نتایج چندین پژوهش نشان داد تعامل والد-کودک در رشد مهارت های زبانی کودک مؤثر است (۱۴، ۱۵، ۱۶) و سبک فرزند پروری والدین و رابطه آنها با کودک می تواند در کاهش یا افزایش لکنت زبان فرزندان مؤثر باشد (۱۷، ۱۸، ۱۹).

در خانواده های دارای کودک با اختلال لکنت زبان، سطح سلامت روان و کارکرد پایین خانواده گزارش شده است (۲۰) سطح سلامت خانواده تحت تأثیر مؤلفه های مختلفی همچون انسجام و انعطاف پذیری^۳، رابطه والد-کودک و رابطه والدین با یکدیگر قرار دارد. (۲۱). نتایج یک پژوهش نشان می دهد که این کودکان از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند و لکنت زبان، آنها را در معرض آسیب های شدید شناختی، عاطفی و رفتاری قرار می دهد و در سرتاسر زندگی آنها تأثیرگذار است (۲۲) همچنین یک پژوهش دیگر در تأیید نتایج قبلی نشان داد که لکنت زبان دارای اثرات بالقوه عاطفی، روان شناختی و اجتماعی بر روی بسیاری از والدین و فرزندان آنهاست (۲۳). ارتباط ضعیف والدین و تنش در خانه، کودکان دارای لکنت زبان را دچار اضطراب و وسواس می کند. این تنش و اضطراب تاب آوری را در کودکان دارای لکنت زبان کاهش می دهد و باعث کاهش رضایت از زندگی می شود (۲۴). در بین خانواده هایی که والدین ارتباط خانوادگی نامناسبی داشتند، شیوع لکنت زبان بیشتر از خانواده های بدون مشکل بود. همچنین در خانواده های دارای لکنت زبان تنش والدین در خانواده بیشتر از خانواده های بدون لکنت زبان بود (۲۵). در واقع خانواده های دارای فرزند با لکنت زبان سطوح بالای فشار روحی، درگیری خانوادگی و مشکل در مدیریت ناامیدی های فرزندان را تجربه می کنند (۲۶).

1. Stutter

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

3. Cohesion and flexibility

همبود مانند کم‌توانی ذهنی برای کودکان دارای لکنت زبان (براساس بررسی پرونده کودک)، دارا بودن بهره هوشی بهنجار برای هر دو گروه کودکان، عدم وجود اختلالات روانی در هر دو گروه کودکان. ملاک‌های ورود والدین؛ رضایت افراد، دارا بودن یک کودک با لکنت زبان برای والدین کودکان با لکنت زبان، زندگی هم‌زمان پدر و مادر (تک والدی نباشند)، دارای حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر ۵۰ سال برای هر دو گروه والدین، دارای حداقل تحصیلات سوم راهنمایی برای هر دو گروه والدین، دارای وضعیت اقتصادی، اجتماعی متوسط. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، ثانوی بودن اختلال لکنت زبان و مصرف دارو توسط دانش‌آموز بود.

حجم نمونه نیز براساس نظرات متخصصان آمار مانند پالانت (۲۰۱۳) و تاباکنیک و فیدل (۲۰۱۳) که برای هر زیرگروه ۱۵ تا ۲۰ نفر در پژوهش‌های علی مقایسه‌ای پیشنهاد داده‌اند، در نظر گرفته شد. برای انتخاب نمونه پژوهش والدین دارای کودک با لکنت زبان به مراکز گفتاردرمانی و مراکز روان‌پزشکی اطفال شهر رشت (خصوصی و دولتی) مراجعه شد و افراد نمونه پژوهش دارای شرایط ورود، به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند. همچنین والدین گروه مقایسه از مدارس ابتدایی شهر رشت به صورت همتا با گروه دارای لکنت زبان از نظر منطقه اجتماعی، جنس و سن فرزند به صورت داوطلبانه و در دسترس انتخاب شدند. برای همتا سازی ابتدا مادران دارای فرزند با لکنت زبان در رده سنی ۸ تا ۱۲ سال پرسشنامه‌ها را به صورت انفرادی و آنلاین تکمیل کردند. سپس براساس گروه لکنت زبان و با توجه به سن کودک، پایه تحصیلی، جنسیت و منطقه جغرافیایی مراکز گفتاردرمانی و مدارس گروه مادران دارای فرزند بدون لکنت زبان انتخاب و پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین و انفرادی تکمیل شدند.

آنچه مسلم است این اختلال که برای خانواده و خود فرد مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند و با توجه به اینکه کودک موجود منفعلی نیست و در تعامل با اطرافیان قرار دارد، نقش خانواده و رابطه کودک با اعضای این نهاد مهم بسیار در تحول کودک مؤثر است. شناخت این روابط در پیدا کردن زمینه‌های رشد اختلال لکنت زبان حائز اهمیت است. پژوهش‌های مختلفی در مورد کیفیت زندگی، سلامت روان در رابطه با کودکان دارای لکنت زبان انجام شده است اما با توجه به اهمیت خانواده در زمینه لکنت زبان و آگاهی آنها از شیوه‌های برقراری ارتباط با کودک و مدیریت محیط زندگی هنوز هم نیاز به پژوهش‌های بیشتر احساس می‌شود تا والدین از این موضوع که چطور با اختلال کودک خود مواجه شوند و شرایط را برای پذیرش این اختلال در خود کودک نیز به وجود بیاورند، بسیار مهم است. با توجه به مطالب مطرح شده به نظر می‌رسد ضعف در هر یک از حیطه‌های مربوط به رابطه والد-کودک، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده یکی از عوامل تأثیرگذار در مشکلات لکنت زبان است که با مطالعه و فهم بیشتر این روابط می‌توان زمینه را برای پیشگیری فراهم کرد. همچنین نظریه فوق می‌تواند تکمیل‌کننده نظریات گذشته بوده و برای بیشتر افراد و سازمان‌هایی که با کودک در ارتباط هستند به ویژه والدین و معلمان قابل استفاده باشد. در نتیجه، با توجه به خلأ پژوهشی موجود در مورد رابطه والد-کودک، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده و تأثیر ویژه محیط خانواده بر روی لکنت زبان و نیاز مبرم توجه به این حیطه در ایران، پژوهش حاضر در صدد مقایسه رابطه والد-کودک، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در والدین کودکان با و بدون لکنت زبان است.

ابزار

■ **پرسشنامه رابطه والد-کودک پیناتا^۱**: یک پرسشنامه‌ی خود گزارش دهی است که توسط پیناتا در سال ۲۰۱۱ ساخته شد و ادراک والدین را در مورد رابطه خود با کودکشان مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس برای سنجش رابطه والد-کودک در تمام سنین استفاده شده است و شامل ۳۳ گویه است که حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) را در بر می‌گیرد (۲۷). برای به دست آوردن نمره‌ی رابطه مثبت

روش

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای-پس‌رویدادی بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی والدین دارای کودکان با و بدون لکنت زبان ۸ تا ۱۲ سال شهر رشت در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۰ نفر از هر دو گروه والدین بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس و برحسب شرایط ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش برای کودکان؛ داشتن حداقل سن ۸ سال و حداکثر ۱۲ سال، پایه تحصیلی دوم تا ششم دبستان، فقدان اختلال

1. Child Parent Relationship Scale (CPRS)

در یک فاصله ۴ تا ۵ هفته‌ای برای انسجام ۸۳ صدم و انعطاف‌پذیری ۸۰ صدم بوده است. در بررسی پایایی پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ در متغیر انسجام برابر ۸۷ صدم و در متغیر انعطاف‌پذیری برابر با ۸۵ صدم به دست آمد. به نظر می‌رسد این مقیاس از اعتبار صوری مطلوبی برخوردار باشد اما اطلاعاتی که نشان‌دهنده انواع دیگر اعتبار باشد، در دست نیست. از سوی دیگر، تعداد مطالعات نشان داده است که این مقیاس دارای اعتبار گروه‌های شناخته‌شده (افتراقی) خوب است زیرا می‌تواند خانواده‌های افراطی، متوسط و متعادل را از هم تفکیک کند (۳۰). اعتبار ارزشیابی سازش‌پذیری و پیوستگی خانواده توسط آلفای کرونباخ برای بُعد انسجام ۷۴ صدم و برای بُعد انعطاف‌پذیری ۷۵ صدم به دست آمده است. همچنین میزان همسانی درونی آن از طریق آلفای کرونباخ برای انسجام ۶۸۹ صدم و برای انعطاف‌پذیری ۶۳۶ صدم گزارش شده است. (۳۱).

روش اجرا

به منظور اجرای پژوهش پس از کسب رضایت‌نامه از کلینیک‌های گفتاردرمانی و همچنین مدارس شهر رشت با والدین (مادران) کودکان با و بدون لکنت زبان مصاحبه انجام شد تا در صورت بروز هرگونه اختلال از پژوهش خارج شوند. همچنین در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت شد و والدینی که تمایل به همکاری داشتند در پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه‌ها نیز حاوی اسم نبودند و به افراد در مورد محرمانه بودن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. پس از احراز ملاک‌های ورود و خروج، والدین دارای کودک با و بدون لکنت زبان ۸ تا ۱۲ ساله به عنوان نمونه انتخاب شدند و از نمونه‌گیری در دسترس برای هر دو گروه استفاده شد. برای گروه دارای فرزند با لکنت زبان نمونه‌گیری در کلینیک‌های گفتاردرمانی و برای گروه دارای فرزند بدون لکنت زبان نمونه‌گیری در مدارس انجام شد و پرسشنامه‌ها برای گروه دارای لکنت زبان توسط گفتار درمان و برای گروه بدون لکنت زبان توسط معلم به صورت انفرادی و آنلاین برای نمونه‌های موردنظر ارسال شد و پس از پاسخ‌گویی از طریق لینک انتهای پرسشنامه برای پژوهشگر ارسال شد و در نهایت، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کلی در این مقیاس، می‌بایست نمرات پرسش‌های حوزه‌های تعارض و وابستگی معکوس شوند. شیوه نمره‌گذاری بر پایه مقایسه نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و معنادار بودن این تفاوت انجام می‌شود و براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی‌کند) است. نمره ۵ بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود بیشتر مؤلفه‌های یادشده است. هرکدام از حوزه‌های تعارض، صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب با آلفای کرون باخ ۸۴ صدم، ۶۹ صدم، ۴۶ صدم و ۸۰ صدم مشخص شدند. این پرسشنامه توسط طهماسیان و خرم آبادی ترجمه شده است و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۷۵ صدم، ۷۴ صدم، ۶۹ صدم و ۸۰ صدم گزارش کرده‌اند (۲۸).

■ مقیاس ارزیابی انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده:

این پرسشنامه آخرین نسخه ارزیابی خود گزارشی برای سنجش انعطاف‌پذیری و انسجام در خانواده است که توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۲۹) و دو بُعد اساسی کارکرد خانواده یعنی انسجام و انعطاف‌پذیری را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس ۲۰ عبارت یکسان به دو صورت مختلف پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس به صورت طیف لیکرتی از ۱. تقریباً هرگز، ۲. به ندرت، ۳. گاهی، ۴. اغلب، ۵. تقریباً همیشه است و برای محاسبه نمره این مقیاس نمره تمامی موارد بالا باهم جمع می‌شود تا نمره کل به دست آید. برای به دست آوردن نمره زیرمقیاس انسجام خانواده، عبارات فرد باهم جمع می‌شوند. برای زیرمقیاس انعطاف‌پذیری خانواده، نمره عبارات زوج باهم جمع می‌شوند. هرچه نمره انسجام بالاتر باشد، خانواده در هم آمیخته‌تر است و هرچه نمره انعطاف‌پذیری بالاتر باشد، خانواده آشفته‌تر در نظر گرفته می‌شود. به منظور هنجاریابی این مقیاس بر روی نمونه گسترده‌ای متشکل از ۲۴۵۳ فرد بزرگسال طی چرخه زندگی و ۴۱۲ نوجوان اجرا شد. هنجارهای این مقیاس دارای ثبات درونی نسبتاً خوبی است. ضریب آلفای کلی ۶۸ صدم، برای زیرمقیاس انسجام ۷۷ صدم و برای زیرمقیاس انعطاف‌پذیری ۶۲ صدم گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی

یافته ها

در این پژوهش از مجموع ۱۱۹ نفر، ۳۱ نفر (۲۶/۱ درصد) را دختران و ۸۸ نفر (۷۳/۹ درصد) را پسران تشکیل دادند؛ که از این تعداد ۳۲ نفر کودک ۸ ساله (۲۶/۹ درصد)، ۱۹ نفر کودک

۹ ساله (۱۶/۰ درصد)، ۲۸ نفر کودک ۱۰ ساله (۲۳/۵ درصد)، ۱۸ نفر کودک ۱۱ ساله (۱۵/۱ درصد) و ۲۲ نفر کودک ۱۲ ساله (۱۸/۵ درصد) بودند. در جدول (۱) خلاصه آماره توصیفی متغیرهای وابسته در دو گروه خانواده‌های با و بدون کودکان با لکنت زبان گزارش شده است.

جدول (۱) آمار توصیفی متغیرهای وابسته بر اساس گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
تعارض	بدون لکنت زبان	۵۰/۷۷۹۶	۱/۷۱۶۰۸	با لکنت زبان	۶۲/۲۹۴۰	۱/۷۸۹۹۵
نزدیکی	بدون لکنت زبان	۳۷/۴۵۰۹	۰/۶۰۸۷۸	با لکنت زبان	۳۳/۸۹۰۶	۰/۵۸۰۱۷
وابستگی	بدون لکنت زبان	۲۰/۴۲۹۴	۰/۵۶۰۶۱	با لکنت زبان	۲۱/۶۲۱۲	۰/۶۵۳۴۵
رابطه والد-کودک	بدون لکنت زبان	۹۳/۶۹۴۹	۲/۳۱۲۳۳	با لکنت زبان	۲۱/۱۰۰۳	۲/۲۱۴۵۷
انعطاف‌پذیری خانواده	بدون لکنت زبان	۵۸/۴۸۲۸	۱/۴۹۵۹۶	با لکنت زبان	۵۹/۲۲۴۱	۱/۳۰۶۳۸
انسجام خانواده	بدون لکنت زبان	۸۹/۸۰۶۴	۲/۱۴۷۵۶	با لکنت زبان	۶۷/۷۸۴۵	۱/۷۵۵۴۴
روابط خانواده کل	بدون لکنت زبان	۱/۳۸۹۷۵۲	۲/۷۸۰۷۵	با لکنت زبان	۱/۲۶۶۹۵۲	۲/۶۴۲۷۷

با توجه به نتایج جدول (۱)، میانگین تعارض در خانواده‌های دارای کودکان با لکنت زبان بیشتر از خانواده‌های کودکان بدون لکنت زبان است و به دنبال آن نزدیکی روابط در خانواده‌های دارای کودکان بدون لکنت زبان بیشتر و وابستگی بین اعضا در این خانواده‌ها کمتر است. از دیگر نتایج این جدول می‌توان به میانگین بیشتر انسجام خانواده و نمره کل انعطاف‌پذیری و انسجام خانوادگی دارای کودکان بدون لکنت زبان اشاره کرد.

برای انجام تحلیل، در ابتدا به بررسی مفروضه‌های تحلیل می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف معنادار نیست؛ بنابراین توزیع متغیر تقریباً از توزیع بهنجار پیروی می‌کند. همچنین نتایج آزمون لوین^۱ و عدم معناداری آن، به معنی رعایت شرط برابری واریانس‌های بین گروهی است ($p > ۰/۰۵$). آماره F آزمون ام‌باکس^۲ برای مؤلفه‌های رابطه والد-کودک برابر با (۳/۶۴۹، Box's: ۳/۶۴۹، $P < ۰/۰۰۱$) و برای مؤلفه انعطاف‌پذیری

و انسجام خانواده برابر با (۴/۶۰۳، Box's: ۴/۶۰۳، $P < ۰/۰۰۱$) و معنادار نیست؛ بنابراین با توجه به عدم معناداری این آماره می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس مؤلفه‌های رابطه والد-کودک و انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در گروه‌ها برابرند. آماره خی‌دو بارتلت^۳ برای بررسی معناداری همبستگی مؤلفه‌های رابطه والد-کودک برابر با (۲۳۹/۰۸۳ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و برای مؤلفه انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده برابر با ۱۸/۸۷۹ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های لازم، مجوز استفاده از آزمون t مستقل برای نمره کل متغیر رابطه والد-کودک و انسجام و انعطاف خانواده و آزمون واریانس چندمتغیره برای خرده‌مقیاس رابطه والد-کودک و خرده‌مقیاسه انسجام و انعطاف خانواده صادر شد. در جدول (۲) نتایج آزمون t برای نمره کل آزمون رابطه والد-کودک و انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده گزارش شد.

1. Levene's Test
2. Box M

3. Bartlett

جدول ۲) نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه رابطه والد-کودک و انعطاف پذیری و انسجام خانواده در خانواده‌های دارای کودک با و بدون لکنت زبان

متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	DF	t	معناداری	ETA
رابطه والد-کودک	بدون لکنت زبان	۱/۱۰۰۳	۱۷/۹۱۱۲۴	۱۱۷	۵/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸
	با لکنت زبان	۹۳/۶۹۴۹	۱۷/۰۱۰۴۰				
متغیر وابسته	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	DF	t	معناداری	ETA
انعطاف و انسجام خانواده	بدون لکنت زبان	۱/۳۹۷۰	۲۱/۴۸۱۰۱	۱۱۷	۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۰۹
	با لکنت زبان	۱/۲۶۵۶	۱۹/۹۵۵۳۶				

با و بدون لکنت زبان مشاهده شد. برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های رابطه والد-کودک و انعطاف و انسجام خانواده در دو گروه خانواده‌های با و بدون لکنت زبان از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۳) گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول (۲)، آزمون t برای مؤلفه رابطه والد-کودک برابر با (۵/۱۰۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همچنین آزمون t برای مؤلفه انعطاف و انسجام خانواده برابر با (۳/۴۵۶) است و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت که تفاوت معناداری در متغیر رابطه والد-کودک و انعطاف و انسجام خانواده در دو گروه خانواده

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های رابطه والد-کودک و انعطاف و انسجام خانواده در دو گروه خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان

مؤلفه	آزمون	مقدار	F	P	Eta	توان آماری	معناداری
رابطه والد-کودک	لامبدای ویلکز	۰/۷۷۷	۱۰/۸۲۷	۳۲/۴۸۲	۰/۲۲۳	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱
انعطاف و انسجام خانواده	لامبدای ویلکز	۰/۸۱۵	۱۳/۱۷۲	۲۶/۳۴۵	۰/۱۸۵	۰/۹۹۷	۰/۰۰۰

با (۰/۸۱۵) با آماره $f=13/172$ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که بین خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان در متغیر ترکیبی انعطاف پذیری و انسجام خانواده تفاوت وجود دارد؛ بنابراین برای بررسی اینکه این گروه‌ها در کدام خرده‌مقیاس باهم تفاوت دارند از نتایج آزمون تک‌متغیری که در جدول (۴) گزارش شده است، استفاده شد.

با توجه به جدول (۳)، لامبدای ویلکز برای خرده‌مقیاس‌های رابطه والد-کودک برابر با (۰/۷۷۷) است که با آماره $f=10/827$ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این نتیجه نشان می‌دهد که بین خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان در متغیر ترکیبی رابطه والد-کودک تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج لامبدای ویلکز برای مؤلفه انعطاف پذیری و انسجام خانواده برابر

جدول ۴) نتایج آزمون تک‌متغیری برای مقایسه خرده‌مقیاس‌های رابطه والد-کودک و انعطاف پذیری و انسجام خانواده در خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	Eta	توان آماری	معناداری
تعارض	۳۵۲۰/۸۱۹	۱	۳۵۲۰/۸۱۹	۱۸/۹۷۷	۰/۱۴۲	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱
نزدیکی	۳۹۳/۷۳۱	۱	۳۹۳/۷۳۱	۱۹/۰۳۷	۰/۱۴۲	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱
وابستگی	۳۴/۵۱۲	۱	۳۴/۵۱۲	۱/۵۹۵	۰/۰۱۴	۰/۲۴۰	۰/۲۰۹
انسجام	۵۳۲۱/۰۳۷	۱	۵۳۲۱/۰۳۷	۲۴/۲۸۹	۰/۱۷۲	۰/۹۹۸	۰/۰۰۱
انعطاف‌پذیری	۳/۷۲۱	۱	۳/۷۲۱	۰/۰۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴	۰/۸۶۰

عشقی زاده، بصیری مقدم و همکاران (۱۹) که به نقش لکنت زبان بر فرزند پروری و تعامل والد-کودک اشاره دارد، همسو است. هم‌راستا با پژوهش حاضر، راجلز، جانسون و همکاران (۱۴)، دهقان احمدآباد (۱۵) به تأثیر تعامل والد-کودک در رشد مهارت‌های زبانی و لکنت زبان اشاره دارد، همسو است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش بودور، تاس تورون و گل (۶)، هومنیوک و تارکوفسکی (۷) از آن جهت که به نقش واکنش‌های والدین و رفتار آنها بر لکنت زبان کودکان اشاره دارد، همسو است. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش موحدی و فخری (۲۰) از آن جهت که یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که کارکرد خانواده و سلامت روان والدین کودکان دارای لکنت زبان پایین‌تر از کودکان بدون لکنت زبان است، اشاره دارد، همسو با نتایج پژوهش حاضر بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش کیم و شین (۱۳) از آن جهت که به تأثیر درمان بر سلامت خانواده و کارکرد خانواده‌های دارای کودکان با لکنت زبان می‌پردازد، همسو با پژوهش حاضر است. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که تعامل والدین و کودک متغیر مهمی در رشد زبان کودک است. راجلز، جانسون و همکاران (۱۴) نیز به نقش آموزش والدین در رشد مهارت‌های زبانی و جلوگیری از لکنت زبان زبان در دوران پیش‌دستانی کودک اشاره دارند.

این حقیقت با توجه به آنکه رابطه والد-کودک و شیوع و افزایش لکنت زبان یک رابطه دوسویه و عکس دارند و بر یکدیگر تأثیرگذار هستند، همواره مورد توجه است. به‌طوری‌که از طرفی وجود لکنت زبان در گفتار و ارتباط تداخل ایجاد می‌کند و سبب قطع و گسیختگی ارتباط کلامی و پیش‌رونده‌ی والدین با کودک است و بنابراین در این فرآیند از توجه والدین به موضوع گفتار و خواسته و نیازهای کودک کاسته می‌شود یا اینکه در درجه دوم اهمیت قرار می‌گیرد درحالی‌که این کودکان نیازمند توجه و دقت والدین به گفته‌ها و افکار خویش هستند و در نتیجه این فرآیند افزایش لکنت زبان کودک و کاهش تعامل مثبت با خانواده را در پی دارد؛ و از طرفی دیگر همچنین لکنت زبان بر روی ویژگی‌های روان‌شناختی والدین نیز تأثیر گذاشته و آنها را دچار اضطراب، نگرانی و مشکلات سلامت روان می‌کند. وجود اضطراب و افسردگی سبب ارتباط ناپخته و کاهش تعامل مثبت بین والد و کودک شده و در نتیجه نشانه‌های لکنت زبان افزایش پیدا می‌کند.

در تبیینی دیگر می‌توان به این نکته اشاره کرد، والدینی که آموزش کافی برای چگونگی ارتباط برقرار کردن با کودک دارای

با توجه به جدول (۴)، بین خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان در خرده مقیاس تعارض ($P < 0/001$ ، $F = 18/977$) و خرده مقیاس نزدیکی ($P < 0/001$ ، $F = 19/037$) تفاوت وجود دارد. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که ۰/۱۴ درصد از تغییرات رابطه والد-کودک از تغییرات در دارا بودن کودک با و بدون لکنت زبان است. همچنین بین خانواده‌های دارای کودکان با و بدون لکنت زبان در خرده مقیاس انسجام خانواده ($P < 0/001$ ، $F = 24/289$) تفاوت وجود دارد. همچنین ضریب اتا نشان می‌دهد که ۰/۱۷ درصد از تغییرات انسجام خانواده از تغییرات در دارا بودن کودک با و بدون لکنت زبان است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه والد-کودک، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در والدین کودکان با و بدون لکنت زبان بود. نتایج آزمون t مستقل برای نمره کل پرسشنامه رابطه مثبت والد-کودک نشان داد که تفاوت معناداری در متغیر رابطه والد-کودک در دو گروه خانواده با و بدون لکنت زبان مشاهده می‌شود و میانگین نمره رابطه مثبت والد-کودک خانواده‌های دارای کودکان بدون لکنت زبان بیشتر از خانواده‌های دارای کودکان با لکنت زبان است. همچنین نتایج بررسی خرده مقیاس‌های این پژوهش نشان داد که میانگین تعارض خانواده دارای کودکان با لکنت زبان بیشتر از خانواده‌های دارای کودکان بدون لکنت زبان است. همچنین میانگین نزدیکی در خانواده‌های دارای کودکان با لکنت زبان کمتر از خانواده‌های دارای کودکان بدون لکنت زبان است. از دیگر نتایج این پژوهش نتایج آزمون t برای مؤلفه انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده است که نشان‌دهنده تفاوت معنادار در متغیر انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده در دو گروه خانواده با و بدون لکنت زبان بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مؤلفه‌ها انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده نشان داد که میانگین انسجام خانواده دارای کودکان با لکنت زبان کمتر از خانواده‌های دارای کودکان بدون لکنت زبان است.

یافته‌های این پژوهش با پژوهش روچا، یاروس و راتو (۱۰) و هیوات، یونیکب و نویس (۱۱) و لانگوین، یکمن و اونسلو (۱۲) از آن جهت که به تأثیر ادراک والدین از لکنت زبان و تأثیر آن بر لکنت زبان اشاره داد، همسو با پژوهش حاضر است. همچنین پژوهش بیلبی (۱۷) و لاو، بیلبی و همکاران (۱۸) و

اختلال لکنت زبان را ندارند، در فرزند پروری از شیوه‌های متفاوتی استفاده می‌کند. این والدین عمدتاً از سبک فرزند پروری مستبدانه استفاده می‌کنند. در این شیوهی فرزند پروری، محدودیت‌های زیاد رفتاری برای کودک ایجاد می‌شود و در عوض این والدین اهمیت کمتری به احساسات و هیجانات کودک می‌دهند و صمیمیت عاطفی کمتری با کودک ایجاد می‌کنند. این محدودیت‌ها سبب افزایش اضطراب و عدم خودباوری در کودکان با اختلال لکنت زبان شده است؛ و همچنین مانع ایجاد ارتباط گفت‌و شنود بین اعضای خانواده می‌شود. در تصدیق این گفته می‌توان به پژوهش عشقی زاده و همکاران (۱۹) اشاره کرد. این پژوهشگران با اشاره به نمرات سبک فرزند پروری در خانواده‌های دارای کودکان با اختلال لکنت زبان به نقش آموزش سبک فرزند پروری و تأثیر آن بر این اختلال تأکید می‌کنند.

همچنین از دیگر یافته‌های این پژوهش به میانگین بیشتر نمره تعارض در خانواده‌های دارای کودکان با اختلال لکنت زبان اشاره داد. تعارض در این مقیاس به جنبه‌های منفی رابطه مانند کشمکش و درگیری با یکدیگر، عصبانی شدن، نافرمانی و عدم پذیرش مهار و غیر پیش‌بینی بودن اشاره دارد. هم‌راستا با این یافته‌ها، می‌توان به نتایج پژوهش لاو، ییلی و همکاران (۱۸) اشاره کرد. این پژوهشگران دریافتند که کودکان دارای لکنت زبان والدین خود را با وابستگی قابل توجهی به‌ویژه در رابطه با اعتماد کمتر درک می‌کنند و والدین آنها فرزندان خود را با ناسازگاری‌های قابل توجهی بالاتر از هم‌تایان بدون لکنت زبان درک می‌کنند. به نظر می‌رسد که این عدم درک و اعتماد کمتر و ناسازگاری بیشتر سبب تعارض بین والد و کودک شده و کیفیت تعامل والد-کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین می‌توان گفت که سطوح بالای اضطراب و افسردگی در والدین این کودکان در درک درست نیازهای کودک و رفع آن تداخل ایجاد می‌کنند. این کودکان با توجه به شرایطی که دارند نیاز به توجه و حوصله بیشتری دارند که عمدتاً برطرف نمی‌شود و سبب ایجاد تعارض بین والد و کودک می‌شود. در تأکید این نکته به پژوهش لانگوین، یکمن و اونسلو (۱۲) می‌توان اشاره کرد. در این پژوهش والدین گزارش کرده‌اند که واکنش‌های احساسی آنها و پاسخ آنها به لکنت زبان همیشه مطلوب‌ترین حالت نبوده است.

از دیگر نتایج این پژوهش به نمرات پایین صمیمیت و نزدیکی در خانواده‌های دارای کودکان با لکنت زبان است. صمیمیت و نزدیکی در این مقیاس به میزانی که والدین رابطه

خود را با فرزندانشان گرم، عاطفی و راحت برداشت می‌کند، گفته می‌شود. محیط زندگی کودک و ارتباط کلامی با والدین در سال‌های اولیه زندگی مسئله اساسی و لازم برای یادگیری و گفتار بعدی او است. به‌طور کلی، تکلم کودک منعکس‌کننده تمام عوامل فیزیکی و محیطی است که بر او اثر می‌گذارد و تمام تجربیات و صفات فیزیکی، روانی، آموزشی و اجتماعی کودک در ایجاد مشکلات گفتاری و رفع آن دخالت دارند (۲۰). با توجه به این نکته، در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت که محیط خانواده کودکان با اختلال گفتاری غنی نیست و این کودکان ارتباط مؤثر و پایداری را با والد خود برقرار نمی‌کنند. محیط خانوادگی سرد، سرزنش و تمسخر از طرف والدین، ایجاد محدودیت‌های رفتاری، سبک فرزند پروری مستبدانه سبب اعتماد به نفس پایین کودک و خود پنداره ضعیف در مورد خود می‌شود که در طول زمان سبب دوری و عدم صمیمیت بین فرزند و والد شده است.

همچنین از دیگر نتایج این آزمون تفاوت معنادار در مؤلفه انعطاف و انسجام خانواده در دو گروه با و بدون لکنت زبان بود. در تبیین می‌توان گفت که انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده از مؤلفه‌هایی است که سطح سلامت خانواده را نشان می‌دهد (۲۱). سطح سلامت خانواده تحت تأثیر مؤلفه‌های مختلفی چون انسجام، رابطه بین والد-کودک، ارتباط بین والدین، انعطاف‌پذیری خانواده، سطح سلامت روان اعضای خانواده و... قرار دارد. در خانواده‌هایی که دارای کودک با اختلال لکنت زبان هستند، سطح سلامت روان و کارکرد پایین خانواده گزارش شده است (۲۰). وجود کودکان دارای اختلال از جمله منابع استرس و اضطراب والدین است. همچنین این اضطراب و استرس منبع مشکلات شخصیتی و پایین آمدن سطوح سلامت روان در خانواده می‌شود.

در تبیین دیگر از یافته‌های پژوهش می‌توان به عوامل محیطی و عاطفی در شکل‌گیری لکنت زبان اشاره کرد. بسیاری از این فشارها در محیط خانه و بر اثر تعامل با والدین به کودک وارد می‌شود. والدینی که اضطراب بالایی دارند، تعارض والدینی بیشتری دارند، سبک فرزند پروری مستبدانه دارند و تعاملات کلامی و غیرکلامی کمتری با فرزند خود دارند، مستعد ایجاد لکنت زبان در فرزندان خود هستند. محیط عاطفی غنی و جو حمایتی خانواده در کاهش نشانه‌های لکنت زبان و درمان آن مؤثر است. بالعکس وجود والدین وسواسی و افراطی و سخت‌گیر در شیوع و افزایش لکنت زبان تأثیرگذار است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت، یکی از دلایل شیوع

References

1. Boroujerdi H, Ashayereh, Mehryar A. The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive functions and severity of speech dyslexia in children with speech dysfunction. Mashhad, Journal of Paramedical Sciences and Rehabilitation. 2020; 1(4): 17-24. [Persian]. Doi:10.22038/JPSR.2021.43850.2026
2. Smit A, Weber C. How stuttering develops: the multifactorial dynamic pathways theory. J. Speech Lang. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2017; 60: 2483-2505. doi: 10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
3. Hossein Khanzadeh A. Psychology, education and rehabilitation of people with special needs. second edition. Tehran: Roshd Avaye Noor, 2017, pp: 345-350. [Persian].
4. Byrd CT, McGill M, Gkalitsiou Z, Cappellini C. The effects of self-disclosure on male and female perceptions of individuals who stutter. American Journal of Speech-Language Pathology, 2017; 26(1): 69-80. DOI: 10.1044/2016_AJSLP-15-0164
5. Iimura D, Yada Y, Imaizumi K, Takeuchi T, Miyawaki M, Borsel JV. Public awareness and knowledge of stutter. Journal of communication disorders, 2018; 72, 136-145. doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.02.002
6. Bodur S, Torun Y. T, Gül H, Dincer M, Gül A, Kara K, Cöngöloğlu M. A. Parental attitudes in children with persistent developmental stuttering: a case-control study. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 2019; 46(4): 103-106. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000204.
7. Humeniuk E, Tarkowski Z. Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. Journal of fluency disorders, 2016; 49: 51-60. https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.08.002
8. Rocha M. School age Portuguese children who stutter: socio-cognitive performance and the impact of stuttering on their quality of life [Ph.D. Language of Cognitive]. [Sciences Universidade Catolica Portuguesa]: 2020; pp10-49. [Portuguese]. http://hdl.handle.net/10400.14/32152
9. Sharafi S, Hosseinzadeh Sarkhro S. Family and psychological predisposing factors in the occurrence of stuttering in children, 7th National Conference on New Studies and Research in the field of educational sciences, psychology and counseling in Iran, Tehran. 2020. [Persian].
10. Rocha M, Yaruss J. S, Rato J. R. Stuttering Impact: A Shared Perception for Parents and Children? Folia Phoniatrica et Logopaedica. 2019; 1-9. [Latin]. DOI: 10.1159/000504221

لکنت زبان این کودکان شرایط خانوادگی آنها بوده است؛ و خانواده کارکرد خود را به عنوان ساختار حمایتی به خوبی انجام نداده است. در تصدیق این یافته می توان به پژوهش کیم و شین (۱۳) اشاره کرد. کیم و شین در پژوهش خود به آموزش والدین پرداختند که در نتیجه دریافتند که این آموزش در کاهش تعداد لکنت زبان در کودکان نشان تأثیرگذار بوده است. پس به نظر می رسد که آموزش سبب تغییرات نگرشی و رفتاری والدین شده است و به دنبال آن تعداد لکنت زبان کودک کاهش یافت.

از نتایج دیگر این پژوهش میانگین انسجام در خانواده های دارای کودکان با لکنت زبان پایین تر از خانواده های بدون لکنت زبان بوده است. منظور از انسجام خانواده، احساس همبستگی، پیوند و تعهد عاطفی است که اعضای یک خانواده نسبت به همدیگر دارند (۳۰) و مؤلفه هایی چون رابطه عاطفی، تعامل خانوادگی، روابط پدر و مادر، رابطه فرزند و والدین، مقدار تعامل به لحاظ زمان و مکان، نوع دوست و علائق و در نهایت، به چگونگی گذراندن اوقات فراغت را شامل می شود (۳۲). با توجه به پیشینه نظری انسجام خانواده در تبیین این یافته می توان گفت که سطح بالای استرس در خانواده های کودکان دارای اختلال لکنت زبان سبب پایین آمدن انسجام خانوادگی این خانواده ها شده است

در نهایت در ارتباط با محدودیت های پژوهش می توان بیان کرد با توجه به شرایط کرونا از مصاحبه حضوری صرف نظر شده و پرسشنامه ها به صورت آنلاین تکمیل شد همچنین عدم اندازه گیری و کنترل وضعیت اقتصادی و استفاده از ابزار پرسشنامه ای می تواند در سوگیری پاسخ ها به وضعیت مطلوب تأثیرگذار بوده باشد. در نتیجه پیشنهاد می شود که در صورت وجود شرایط بهتر مصاحبه حضوری نیز از خانواده انجام شود و شرایط جمعیت شناختی مثل تعداد خواهر و برادر و شرایط اقتصادی نیز در پژوهش های بعدی اندازه گیری شوند. همچنین پژوهش حاضر در گستره سنی متفاوت و در چند شهرستان با ویژگی های فرهنگی مختلف مورد بررسی قرار گیرد.

تضاد منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافی ندارند.

11. Hiwat S, Unicab R, Nonis D. Parents' perceptions of stuttering in children: A systematic review of the literature. *Journal of Speech, Language and Hearing*. 2020; 59-123. <https://doi.org/10.1080/2050571X.2021.1913299>
12. Langevin M, Packman A, Onslow M. Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of communication disorders*. 2010; 43(5): 407-23. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
13. Kim Y, Shin M. The Effects of Parents Education on Reducing Disfluencies of Their Preschool Children Who Stutter. *Special Education Research*. 2016; 15(3): 59-74. [Korean].
14. Richels C, Jonson K, Walden T, Conture E. Socioeconomic status, parental education, vocabulary and language skills of stuttering children. *Journal of Communication Disorders*. 2013; 46(4): 361-374. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.07.002>
15. Dehghan Ahmadabad A. Comparison of verbal interaction between mothers and children with and without stuttering. *Exceptional Children's Magazine*. 2006; 1(6): 515-528. [Persian]. <http://joec.ir/article-1-415-fa.html>
16. Aghajani S, Ghorbane r. Prevalence of stuttering in elementary school students and related family factors, *Journal of School Psychology*, Spring. 2019; 7(1): 7-21. [Persian]. Doi:10.22098/jsp.2018.654
17. Beilby J. Psychosocial Impact of Living with a Stuttering Disorder: Knowing Is Not Enough. *Seminars in Speech and Language*. 2014; 35(2): 132-143. DOI: 10.1055/s-0034-1371756
18. Lau S, Beilby J, Byrnes M, Hennessey N. Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *Journal of Communication Disorders*. 2010; 45(2): 98-110. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.12.002>
19. Eshghizadeh M, Basiri Moghaddam M, Baluchi Beidakhti i, Banafshe A, Najafi S, Kiani A. Comparison of parenting styles of mothers of children with and without stuttering, a case-control study. *Research and health growth*. 2014; 1(4): 1-15. [Persian]. <https://www.sid.ir/fa/JOURNAL/ViewPaper.aspx?id=226848>
20. Movahedi M, Fakhri K. Comparison of family functioning and mental health of parents of children with stuttering and parents of children without stuttering. *Nasim Health Quarterly* 2014; 2(4): 37-45. [Persian]. <https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/269822>
21. Ahmadi M. The effectiveness of self-regulatory communication skills of learning Zanjan high school male students. *knowledge and research in applied psychology*. 2014; 1(55): 113-120. [Persian]. http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533911.html
22. Emami Meybodi Ah, Bani Jamali Sh, Yazdi S, Shafi'i M, Muezzin A. Relationship between reaction to stuttering and quality of life of people with stuttering. *Quarterly Journal of Thought and Behavior*. 2016; 1(4): 9-12. [Persian]. https://jtbcpr.riau.ac.ir/article_1024.html
23. Soltani R, Jafari M. Comparison of psychological disorders of parents of students with stuttering and no stuttering. *The Second National Conference on School Psychology*. 2016; 1-11. [Persian]. <https://repository.uma.ac.ir/id/eprint/10106>
24. Plexico L.w, Erath S, Shores H, Burrus E. Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorder*. 2019; 59: 52-63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.004>
25. Smith A, Goffman L, Sassekaran J, Weber-Fox C. Language and motor abilities of preschool children who stutter: evidence from behavioral and kinematic indices of nonword repetition performance. *Journal of fluency disorders*. 2012; 37(4): 344-358. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.06.001>
26. Erickson S, Black S. The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of fluency Disorders*. 2013; 38(4): 311-324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>
27. Abedi Shapoorabadi S, Poor Mohammadrezaei Tajrishi M, Mohammad khane p, farze, m. The effectiveness of a positive parenting group program on the mother-child relationship in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 4(3): 62-73. [Persian]. Doi: 10.22075/jcp.2017.2098
28. Driscoll K, Pianta R. C. Mothers' and fathers' perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*. 2011; 7: 1-24.
29. Olson D.H. Circumflex model VII, validation studies and FACES III. *Family process*. 1986; 25(3): 337-35. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x>
30. Olson D. H. Circumplex Model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*. 2000; 22: 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
31. Ahangarkani M, Zadeh Mohammadi AS, Heydari M, Talebi, M. The relationship between marriage values and religious orientation with family structure in married people. *Journal of Behavioral Science Research*. 2014; 12(1): 44- 57. [Persian]. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-360-fa.html>
32. Yousefzadeh M, Yaqubi A, Rashidi M. The effect of metacognitive skills training on self-efficacy of female high school students. *Journal of School Psychology*. 2016; 1(3): 133-118. [Persian]. <https://iranjournals.nlai.ir/handle/123456789/191868>