

## مقایسه کارکرد خانواده و سلامت روان والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی

زینب موحدی<sup>۱\*</sup>، محمد کاظم فخری<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه کارکرد خانواده و سلامت روانی والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی انجام گرفته است.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه ای) است. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه والدین کودکان دارای لکنت زبان و عادی شهر بجنورد در سال ۹۲-۹۱ بودند. نمونه آماری به تعداد ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر گروه مطالعه از بین والدین کودکان دارای لکنت زبان و ۶۰ نفر گروه گواه شامل والدین کودکان عادی) به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از دو پرسشنامه: ۱- کارکرد خانواده (FAD) ۲- سلامت روان (SCL-90-R) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ و آزمون پارامتریک تحلیلی واریانس چند متغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره وجود تفاوت معنی داری میان دو گروه در کارکرد خانواده در مولفه‌های: حل مسئله، روابط و کنترل رفتاری، در سطح  $p < 0/01$  را نشان داد. در مورد سلامت روان نیز در دو گروه در مولفه‌های: افسردگی، اضطراب، وسواس و پرخاشگری، در سطح  $p < 0/01$  تفاوت معنی دار بود. هم چنین مشخص گردید که بین کارکرد خانواده و سلامت روان رابطه وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که کارکرد خانواده و سلامت روانی والدین کودکان دارای لکنت زبان پایین‌تر از والدین کودکان عادی است.

**واژگان کلیدی:** کودکان، کارکرد خانواده، سلامت روان، والدین، لکنت زبان.

### مقدمه

تأثیر روابط پدر و مادر نمی‌تواند قدرت تکلم خود را به اندازه همسالان پرورش دهد. لذا، برخورد‌های پدر و مادر، وضع سلامت‌روانی و جسمانی آن‌ها، شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده، همه در رشد گفتار کودک اهمیت اساسی دارند. اختلافات خانوادگی، داشتن پدر و مادر وسواسی و کمال‌جو که مرتب کودک را سرزنش و حتی تنبیه می‌کنند تا کارهایش را به طور مرتب انجام داده یا کلمات را به طور صحیح بیان کند می‌تواند از علت مهم لکنت‌زبان کودکان باشد. جانسون، یکی از علل لکنت‌زبان را سخت‌گیری والدین در مورد درست صحبت کردن می‌داند و عقیده دارد در قبایلی که کودک از لحاظ پیشرفت کلامی تحت فشار نیست، لکنت‌زبان دیده نمی‌شود. مطالعات رورشاخ درباره لکنت‌زبان نشان داده است که لکنت‌زبان با اختلالات عاطفی، شخصیتی و نشانه‌های وسواس ارتباط مستقیم داشته است.

بلوم<sup>۱</sup>، عقیده دارد که محیط زندگی کودک و ارتباط کلامی با والدین در سال‌های اولیه زندگی مسأله اساسی و لازم برای یادگیری و گفتار بعدی او است. صحبت با کودک، خواندن کتاب

شنیدن اولین کلمات از زبان کودکان یکی از شیرین‌ترین و به یادماندنی‌ترین لحظات زندگی هر پدر و مادری است؛ اما این مرحله شیرین از زندگی کودک، نقش مهم و حیاتی نیز دارد؛ چرا که کوچک‌ترین بی‌توجهی به مشکلات آن می‌تواند تبعات بسیاری در پی داشته‌باشد. وقتی کودک به دلایلی نتواند کلمات را به درستی ادا کند یا با تکرار چند باره کلمات، والدین را از لکنتی که گرفتارش شده مطلع کند، بیشتر والدین خارج از چارچوب خانواده به دنبال علت آن می‌گردند. آن‌ها تصور می‌کنند، اتفاقی غیر معمول یا ناگوار برای کودک رخ داده در صورتی که در بسیاری از مواقع به علت اتفاقاتی که در چارچوب خانواده پدید می‌آید کودک به لکنت‌زبان گرفتار می‌شود و گاه حتی تحت

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

(نویسنده مسؤول) \*Email: zmovahedy85@yahoo.com

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران.

افسردگی والدین به خصوص مادر و سلامت روان کودک پرداخته است. مطالعه ای که بر روی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله انجام شد نشان داد، که افسردگی مادر با عزت نفس پایین، توان شناختی کمتر در پسرانشان همبسته است و پسران مادران افسرده در رفتارهای مشکل آفرین نمرات بالاتری گرفتند (۸).

کرایمات<sup>۱</sup> و همکاران (۹) در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به لکنت زبان بیش از سایرین تنش‌های عاطفی داشتند و در جمع، احساس ناراحتی می‌کردند. تقریباً ۵۰ درصد کسانی که لکنت داشتند در گروه بیمارانی قرار می‌گرفتند که از نظر روانپزشکی اضطراب بالایی داشتند با توجه به محیط پر تنشی که کودک در آن زندگی می‌کند و اضطراب و استرسی که از طرف والدین به کودک وارد می‌شود، ابتلا به لکنت‌زبان در او بیشتر خواهد شد.

لذا با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته و نتایج به دست آمده از آنها، این پژوهش در صدد یافتن پاسخ به این سوال است که آیا بین کارکرد خانواده و سلامت روانی والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی تفاوت وجود دارد؟ و آیا بین کارکرد خانواده و سلامت روان رابطه وجود دارد؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی (علی - مقایسه ای) است. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی شهر بجنورد بودند. نمونه گروه مطالعه از بین والدینی که از تاریخ ۹۱/۷ تا ۹۲/۷ به یکی از مراکز گفتاردرمانی و بهزیستی شهر بجنورد مراجعه کرده و بر اساس علائم DSM-IV-R و نظر گفتاردرمان لکنت‌زبان داشتند، ۸۰ نفر بودند. سپس با توجه به جدول کرجسی و مورگان ۶۶ نفر به روش تصادفی انتخاب شدند. ۶ نفر به دلیل نداشتن ملاک‌های لازم از پژوهش خارج شدند. در نهایت ۶۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه گروه گواه که والدین کودکان عادی بودند، شامل ۶۰ نفر از بین والدینی که دارای شرایط سنی ۵۰ - ۲۵ سال و حداقل سواد سیکل بودند و کودکانشان اختلال جسمی - روانی، گفتاری و لکنت زبان نداشتند به روش تصادفی انتخاب گردیدند که از لحاظ سن و سواد هر دو گروه میانگین نزدیک به هم داشتند. برای افزایش اعتبار درونی پژوهش، معیارهای ورود و خروج برای نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش؛ والدین دارای حداقل سن ۲۵ و حد اکثر ۵۰ سال داشته باشند و والدین دارای حداقل تحصیلات سیکل باشند. لازم به ذکر است والدین کودکانی که به بیماری‌های روانی همراه با لکنت زبان، اختلال اوتیسم، عقب ماندگی ذهنی، سابقه صدمه به سر، شکاف کام و لب، صرع و سایر اختلال‌های گفتاری بودند، والدین نوجوانان و جوانان دارای لکنت زبان و والدینی که بالاتر از سن مشخص شده قرار داشتند و والدینی که

برای او و هم صحبت شدن با او نقش مهمی در تقویت و گسترش مهارت‌های گویایی بازی می‌کند (۱).

هرنگرش یا رفتار والدین که احساس گناه، شرمندگی، دستپاچگی، بی‌کفایتی، سرخوردگی یا نگرانی را در کودک ایجاد کند موجب تنش و فشار روانی بیشتری در او می‌شود و در گفتار سلیس کودک اختلال ایجاد می‌کند (۲).

هاول<sup>۲</sup> (۳) طی پژوهشی دریافت که در اوایل نوجوانی تأثیرات اجتماعی - محیطی مانند؛ اضطراب و نگرانی در کودکانی که لکنت‌زبان دارند، مشخص‌تر می‌شود.

تکلم کودک منعکس کننده تمام عوامل فیزیکی و محیطی است و بر او اثر می‌گذارد و تمام تجربیات و صفات فیزیکی، روانی، آموزشی و اجتماعی کودک در ایجاد مشکلات گفتاری و رفع آن دخالت دارد. در تکامل گفتار نه تنها میزان تماس کودک با مادر اهمیت دارد؛ بلکه نوع رابطه میان کودک و مادر نیز بی‌اندازه مهم است، همان طور که رابطه درست کودک و مادر به تکامل گفتاری کودک کمک می‌کند، رابطه و رفتار نادرست مادر موجب عقب افتادگی گفتاری در کودک می‌شود. نوازش پیوسته و برآوردن تمامی نیازهای وی پیش از آنکه به بیان خواسته‌هایش بپردازد و به قول معروف در ناز و نعمت پروراندن وی تنها موجب عقب افتادگی گفتاری و نقص در گفتار، مانند لکنت زبان می‌شود. برخورداری از توجه بیشتر مادر و بی‌نیازی از رقابت با خواهران و برادران نیز موجب چنین اختلالی می‌گردد. هنگامی که کودک با به دبستان می‌گذارد؛ محیط اجتماعی او گسترده می‌شود، وجود این روابط نامطلوب گفتار وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴).

در مطالعاتی که دیویس<sup>۳</sup> و همکاران (۵) در مورد کودکان دارای لکنت زبان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که این کودکان در مقایسه با همسالان خود، اضطراب و افسردگی‌های بیشتری دارند. همچنین اوسی و دیلر<sup>۴</sup> (۶) در مطالعه خود نشان دادند که به دلیل ارتباط ضعیف والدین و تنش در خانه، کودکان دارای لکنت زبان، اختلال اضطراب و وسواس هستند. در مطالعه‌ای توسط، عساریان (۷) نشان داده شده که کودکان دارای لکنت زبان علاوه بر اختلال گفتاری دارای اختلال‌های روانی دیگر نیز می‌باشند.

همه والدین، تأثیر مثبت بر فرزندان خود ندارند و همه والدین نیز قادر به خلق محیط خانوادگی مثبت و سالم نیستند؛ یعنی محیطی که در آن کودکان بتوانند به خوبی رشد کنند. عده ای از محققان دریافته‌اند که وضعیت روانی پدر و وضعیت زناشویی زوجین بخش زیادی از تغییر پذیری در شایستگی اجتماعی و هیجانی فرزندان را توجیه می‌کند. مطالعات زیادی نیز به بررسی رابطه

1. Boloum  
2. Howell  
3. Davis  
4. Avci & Diler

دارای تحصیلات پایین تر بودند از نمونه اصلی کنار گذاشته شدند.

در این پژوهش، علاوه بر مشخصات دموگرافیک، از دو پرسش-نامه: ۱- کارکرد خانواده<sup>۲</sup> (FAD) ۲- سلامت روان<sup>۳</sup> (SCL-90-R) استفاده شده است.

*ابزار سنجش خانواده (FAD):* این پرسش نامه، ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن کارکرد خانواده توسط اپشتاین، بیشاپ و بالدوین (۱۹۵۰) بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است (۱۰). شامل ۷ مقیاس می باشد که ۶ بعد خانوادگی و یک بعد عملکرد کلی خانوادگی را می سنجد. هر سوال به یکی از این مقیاس ها یا ابعاد مربوط می شود که خانواده های سالم و ناسالم را توصیف می کند و هر سؤال روی مقیاس لیکرتی چهار نقطه ای (۱= کاملاً موافق، ۴= کاملاً مخالف) درجه بندی می شود. FAD، در نمونه های روان پزشکی از ویژگی های روانسنجی مناسبی برخوردار است (۱۱).

ابعاد کارکرد خانواده عبارتند است از: ۱- کارکرد کلی (سطح کلی بهنجاری یا آسیب خانواده)، ۲- حل مسأله (روش خانواده در حل مسأله)، ۳- ارتباطات (وضوح و صراحت تبادل اطلاعات کلامی در خانواده)، ۴- نقش ها (وضوح و تناسب توزیع نقش ها در خانواده)، ۵- درگیری اثربخش (میزان توجه اعضای خانواده به فعالیت ها و علایق یکدیگر)، ۶- پاسخگویی اثربخش (پاسخگویی خانواده با دامنه کاملی از هیجان های متناسب با موقعیت)، ۷- کنترل رفتار (میزان وضوح قوانین خانواده).

در پژوهش زاده محمدی و ملک خسروی (۱۳۸۵) بیشترین مقدار ثبات درونی برای این پرسش نامه در زیر مقیاس پاسخگویی عاطفی (۰/۸۳) و کمترین مقدار آن برای زیر مقیاس نقش ها (۰/۷۲) است. روایی این پرسشنامه نیز رضایت بخش است. پایایی خرده مقیاس آن ۵۱/۰ تا ۹۴/۰ است (۱۲). در مطالعه سالاری همسانی درونی این نسخه با استفاده از آلفای کرنباخ و اعتبار بازآزمایی بین ۵۸/۰ تا ۸۵/۰ است. همبستگی مقیاس ها با یکدیگر بین ۴۰/۰ تا ۷۱/۰ می باشد که تقریباً با نتایج مربوط با فرم اصلی آن همسان بوده است (۱۳).

*فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R):* این آزمون برای اولین بار به وسیله درگاتیس<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) براساس تجربیات بالینی و تحلیل های روان سنجی قبلی به صورت و شکل فعلی ارائه و معرفی شد. پایایی این ضریب آزمون به کمک آزمون باز آزمون بین ۷۷/۰ تا ۹۰/۰ گزارش شده است و روایی آزمون با انجام بررسی هایی که بر روی گروه های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که در شرایط پر فشار روانی بوده اند انجام شده، رضایت بخش گزارش شده است (۱۴ و ۱۵). رضایر

فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را در دانشجویان شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز هنجاریابی کرد (۱۶). پایایی و روایی این آزمون در ایران در حد قابل قبول بوده است در پژوهش حسینی (۱۳۸۶) به طوری که به کمک ضریب آلفای کرنباخ، ثبات درونی آن از ۷۷/۰ برای بعد روان پریشی تا ۹۰/۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این مقیاس هم به روش آزمون-باز آزمون از ۸۰/۰ برای بعد شکایت های جسمانی تا ۹۰/۰ برای بعد افکار پارانوئیدی گزارش شده است (۱۷). این پرسش نامه دارا ی ۹ بعد و ۳ شاخص است. بعدهای ۹ گانه این آزمون عبارتند است: ۱- شکایت های جسمانی ۲- وسواس - اجبار ۳- حساسیت در رابطه های متقابل ۴- افسردگی ۵- اضطراب ۶- پرخاشگری ۷- ترس مرضی ۸- افکار پارانوئیدی ۹- روان پریشی. برای هر ماده پرسش نامه پنج گزینه یا پنج مقوله هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که مقیاس یا طیف لیکرت نام دارد و در این مقیاس آزمودنی با در نظر گرفتن این که چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز را تجربه کرده است بر اساس سطوح پنج گانه مشخص می کند (۱۸). سه شاخص کلی ناراحتی که عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می دهند. این شاخص ها عبارتند است: ۱- شاخص کلی بیماری: نمره این شاخص میانگین نمره های تمام پرسش های آزمون است (این نمره در دامنه ای بین صفر تا چهار می تواند در نوسان باشد) ۲- علائم مثبت تعداد علائم (پرسش هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می کند (این نمره در دامنه ای بین صفر تا نود می تواند در نوسان باشد). ۳- شدت علائم مثبت، میانگین تعداد علائمی (پرسش هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می کند (این نمره در دامنه بین صفر تا چهار می تواند در نوسان باشد).

در این پژوهش، پس از جمع آوری داده ها و وارد نمودن آن ها به رایانه، از نرم افزار SPSS ۱۸ جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید، برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از آمار توصیفی، شامل توزیع فراوانی، جداول، میانگین، انحراف معیار و ... برای بررسی آمار استنباطی از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیره (MANOV) استفاده شد.

### یافته ها

یافته های توصیفی نشان می دهد که در پژوهش حاضر، ۱۲۰ نفر از والدین کودکان دارای لکنت زبان و عادی (۳۰ پدر و ۳۰ مادر در هر گروه) به عنوان نمونه پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی در کل نمونه ۳۵/۱۱ با انحراف استاندارد ۷/۴۱ بود. این میانگین برای مادران کودکان دارای لکنت زبان و عادی به ترتیب ۳۱/۱۷ و ۳۲/۷۳ و برای پدران کودکان دارای لکنت زبان و عادی به ترتیب ۳۸/۳۳ و ۳۸/۲۰ بود. توصیف نمونه بر حسب

1. Kraaimaat  
2. Family Function  
3. Mental Health

میزان تحصیلات مادران و پدران دو گروه در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): توزیع نمونه بر حسب میزان تحصیلات

کل		والدین کودکان عادی		والدین کودکان دارای لکنت زبان		شاخص	میزان تحصیلات
مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	پدر		
۰	۱	۰	۰	۰	۱	فراوانی	ابتدایی
۰	۱/۱۷	۰	۰	۰	۳/۳	درصد	
۱۳	۱۰	۷	۴	۶	۶	فراوانی	سیکل
۲۱/۷	۱۶/۷	۲۳/۳	۱۳/۳	۲۰	۲۰	درصد	
۲۵	۲۴	۱۲	۱۲	۱۳	۱۲	فراوانی	دیپلم
۴۱/۷	۴۰	۴۰	۴۰	۴۳/۳	۴۰	درصد	
۱۵	۱۵	۸	۸	۷	۷	فراوانی	فوق دیپلم
۲۵	۲۵	۲۶/۷	۲۶/۷	۲۳/۳	۲۳/۳	درصد	
۶	۹	۳	۵	۳	۴	فراوانی	لیسانس
۱۰	۱۵	۱۰	۱۶/۷	۱۰	۱۳/۳	درصد	
۱	۱	۰	۱	۱	۰	فراوانی	فوق لیسانس
۱/۱۷	۱/۱۷	۰	۳/۳	۰	۳/۳	درصد	

زبان در تمامی ابعاد میانگین بالاتری دارند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره، وجود تفاوت معنادار میان دو گروه در حل مساله ( $p=0/0005$ )، روابط ( $p=0/0005$ )، پاسخگویی اثر بخش ( $p=0/0005$ )، کنترل رفتاری ( $p=0/04$ ) و کارکرد کلی ( $p=0/0005$ ) نشان می دهد.

سایر نتایج درباره ابعاد سلامت روانی نشان داد که والدین کودکان دارای لکنت زبان، میانگین بالاتری در تمامی اختلالات روانی داشته و تفاوت ها جز در مورد روان پریشی در سایر اختلالات معنادار است.

جدول فوق نشان می دهد که در کل نمونه، درصد مادران دارای تحصیلات سیکل ۲۱/۷ درصد، دیپلم ۴۱/۷ درصد؛ فوق دیپلم ۲۵ درصد، لیسانس ۱۰ درصد و فوق لیسانس ۱/۱۷ درصد می باشد. این نسبت ها برای پدران، دارای تحصیلات ابتدایی ۱/۱۷ درصد بوده و برای سایر مدارک تحصیلی به ترتیب ۱۶/۷، ۴۰، ۲۵، ۱۵ و ۱/۱۷ درصد بود. شاخص های توصیفی ابعاد کارکرد خانواده و سلامت روانی در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره MANOVA جهت بررسی فرضیه اول پژوهش که در جداول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است. نتایج درباره کارکرد خانواده گویای آن است که والدین کودکان دارای لکنت

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

عاملها	متغیرها	والدین کودکان دارای لکنت زبان		والدین کودکان عادی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کارکرد خانواده	حل مساله	۲/۳۸	۰/۴۵	۲/۱۰	۰/۳۳
	روابط	۲/۶۰	۰/۳۶	۲/۳۴	۰/۳۸
	نقش‌ها	۲/۶۰	۰/۴۳	۲/۵۲	۰/۳۴
	پاسخگویی اثربخش	۲/۴۵	۰/۴۵	۲/۳۵	۰/۴۶
	درگیری اثربخش	۲/۵۰	۰/۵۰	۲/۴۸	۰/۴۱
	کنترل رفتاری	۲/۵۶	۰/۳۰	۲/۴۴	۰/۳۳
	کارکرد کلی	۲/۵۱	۰/۳۳	۲/۱۷	۰/۳۲
سلامت روانی	خود بیمار انگاری	۱/۷۷	۰/۳۴	۱/۳۶	۰/۱۹
	وسواس	۱/۷۷	۰/۳۸	۱/۴۱	۰/۲۰
	حساسیت	۱/۷۱	۰/۴۲	۱/۴۱	۰/۲۱
	افسردگی	۱/۸۴	۰/۳۵	۱/۳۰	۰/۱۷
	اضطراب	۱/۸۴	۰/۴۹	۱/۳۶	۰/۲۸
	پرخاشگری	۱/۸۵	۰/۴۴	۱/۴۲	۰/۲۵
	فوبیا	۱/۶۲	۰/۵۰	۱/۲۹	۰/۲۳
	پارانویا	۱/۶۷	۰/۴۹	۱/۳۱	۰/۲۶
	روان پریشی	۱/۰۳	۰/۳۶	۱/۰۱	۰/۱۸
	شاخص علائم مرضی	۱/۶۶	۰/۳۰		۰/۱۱

جدول (۳): مانوای محاسبه شده کارکرد خانواده و سلامت روانی در والدین کودکان دارای لکنت زبان و عادی

متغیر	اثر	مقدار	F	سطح معناداری
کارکرد خانواده	اثر پیلای	۰/۳۶	۸/۹۹	۰/۰۰۰۵
	لانداى ويلک	۰/۶۴	۸/۹۹	۰/۰۰۰۵
	اثر هاتلینگ	۰/۵۶	۸/۹۹	۰/۰۰۰۵
	اثر ریشه ای رویز	۰/۵۶	۸/۹۹	۰/۰۰۰۵
سلامت روانی	اثر پیلای	۰/۶۰	۱۶/۳۹	۰/۰۰۰۵
	لانداى ويلک	۰/۴۰	۱۶/۳۹	۰/۰۰۰۵
	اثر هاتلینگ	۱/۵۰	۱۶/۳۹	۰/۰۰۰۵
	اثر ریشه ای رویز	۱/۵۰	۱۶/۳۹	۰/۰۰۰۵

سایر نتایج نشان می‌دهد که کنترل رفتاری با حساسیت ( $p \leq 0/05$ ) و افسردگی ( $p \leq 0/05$ ) رابطه معناداری دارد و در نهایت میان کارکرد کلی با خود بیمار انگاری ( $p \leq 0/01$ )، وسواس ( $p \leq 0/01$ )، حساسیت ( $p \leq 0/05$ )، افسردگی ( $p \leq 0/01$ )، پرخاشگری ( $p \leq 0/01$ ) و شاخص علائم مرضی ( $p \leq 0/01$ ) روابط معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، بین میانگین مولفه‌های کارکرد خانواده و سلامت روان در بین والدین کودکان دارای لکنت زبان و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. همان گونه که در جداول بالا نمایانگر است، تمامی ضرایب محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. همچنین نتایج نشان دهنده آن است که بین کارکرد خانواده و سلامت روان، رابطه وجود دارد.

فرضیه دوم پژوهش حاضر، بررسی رابطه کارکرد خانواده و سلامت روانی بود. ضرایب همبستگی ابعاد این متغیرها در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج درج شده در این جدول نشان می‌دهد که بین حل مساله تنها با افسردگی رابطه معناداری وجود دارد ( $p \leq 0/01$ )، روابط با خود بیمار انگاری ( $p \leq 0/01$ )، افسردگی ( $p \leq 0/01$ )، اضطراب ( $p \leq 0/05$ )، پرخاشگری ( $p \leq 0/05$ )، پارانویا ( $p \leq 0/01$ ) و شاخص علائم مرضی ( $p \leq 0/05$ ) روابط معناداری دارد. میان نقش‌ها با وسواس ( $p \leq 0/05$ )، افسردگی ( $p \leq 0/05$ ) و پرخاشگری ( $p \leq 0/05$ ) رابطه معناداری وجود دارد. پاسخگویی اثربخش با خود بیمار انگاری ( $p \leq 0/05$ ) و وسواس ( $p \leq 0/05$ ) رابطه معناداری دارد. درگیری اثربخش با هیچ یک از ابعاد سلامت روانی رابطه معناداری نداشت.

جدول (۴): نتیجه آزمون مانوا کارکرد خانواده و سلامت روانی در والدین کودکان دارای لکنت زبان و عادی

عامل ها	متغیرها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کارکرد خانواده	حل مساله	۲/۴۱	۱	۲/۴۱	۱۵/۳۲	۰/۰۰۰۵
	روابط	۲/۱۲	۱	۲/۱۲	۱۵/۶۳	۰/۰۰۰۵
	نقش ها	۰/۱۹	۱	۰/۱۹	۱/۲۹	۰/۲۶
	پاسخگویی اثربخش	۱	۱	۱	۴/۸۰	۰/۰۳
	درگیری اثربخش	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۸۴
	کنترل رفتاری	۰/۴۴	۱	۰/۴۴	۴/۵۵	۰/۰۴
	کارکرد کلی	۳/۵۰	۱	۳/۵۰	۳۳/۲۱	۰/۰۰۰۵
سلامت روانی	خود بیمار انگاری	۴/۸۸	۱	۴/۸۸	۶۵/۰۸	۰/۰۰۰۵
	وسواس	۳/۸۲	۱	۳/۸۲	۴۰/۳۴	۰/۰۰۰۵
	حساسیت	۲/۷۸	۱	۲/۷۸	۲۵/۳۰	۰/۰۰۰۵
	افسردگی	۸/۷۱	۱	۸/۷۱	۱۱۶/۰۱	۰/۰۰۰۵
	اضطراب	۶/۷۲	۱	۶/۷۲	۴۲/۳۷	۰/۰۰۰۵
	پرخاشگری	۵/۶۷	۱	۵/۶۷	۴۵/۳۹	۰/۰۰۰۵
	فوبیا	۳/۲۸	۱	۳/۲۸	۲۱/۵۴	۰/۰۰۰۵
روانی	پارانویا	۳/۷۹	۱	۳/۷۹	۲۴/۸۹	۰/۰۰۰۵
	روان پریشی	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۳۰	۰/۵۸
	شاخص علائم مرضی	۳/۱۸	۱	۳/۱۸	۶۲/۸۴	۰/۰۰۰۵

جدول (۵): ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	
حل مساله	۱																	
روابط	۰/۳۱	۱																
نقش ها	۰/۲۴	۰/۲۴	۱															
پاسخگویی اثربخش	۰/۱۷	۰/۲۵	۰/۴۵	۱														
درگیری اثربخش	۰/۰۹	۰/۲۱	۰/۴۱	۰/۳۸	۱													
کنترل رفتاری	۰/۳۴	۰/۲۴	۰/۲۹	۰/۱	۰/۰۵	۱												
کارکرد کلی	۰/۴۲	۰/۳۶	۰/۵۷	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۳۳	۱											
خود بیمار انگاری	۰/۱۵	۰/۲۶	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۰۵	۰/۱۴	۰/۳۶	۱										
وسواس	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۲۹	۰/۵۱	۱									
حساسیت	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۲۰*	۰/۵۷	۰/۵۰	۰/۵۷	۱								
افسردگی	۰/۲۳	۰/۳۰	۰/۱۹	۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۱۸	۰/۳۷	۰/۶۸	۰/۶۲	۰/۷۱	۱							
اضطراب	۰/۱۰	۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۶۴	۰/۵۹	۰/۶۷	۰/۷۲	۱						
پرخاشگری	۰/۰۹	۰/۲۲	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۲۴**	۰/۵۰**	۰/۵۴**	۰/۶۹**	۰/۶۳	۰/۵۹**	۱					
فوبیا	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۵۱**	۰/۵۰*	۰/۴۸**	۰/۵۴**	۰/۴۹	۰/۵۲	۱				
پارانویا	۰/۱۵	۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۰۵	۰/۰۸	۰/۴۷	۰/۳۳*	۰/۴۴	۰/۵۴	۰/۴۹	۰/۵۴*	۰/۶۰**	۱			
روان پریشی	۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۰۴	۰/۲۷	۰/۳۲*	۰/۳۱*	۰/۴۱	۰/۱۹	۰/۲۸*	۰/۳۳**	۰/۲۱	۱		
شاخص علائم مرضی	۰/۱۱	۰/۲۲*	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۲۹	۰/۷۸	۰/۷۵	۰/۷۸	۰/۸۵*	۰/۸۴**	۰/۷۸**	۰/۷۱	۰/۶۴**	۰/۴۶	۱	

\* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$

## بحث و نتیجه گیری

مادر، باعث آشفتگی درونی خانواده شده که این عامل تأثیر زیادی بر روابط والدین و کودک می‌گذارد که بین روابط عاطفی مادر و کودک به دلیل نزدیکی آن بیشتر است. سطوح بالای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی و بیماری‌های مزمن در مادران ممکن است باعث نگرانی و اضطراب در کودکان شود و در کودکانی که لکنت‌زبان دارند، این اختلال‌ها بیشتر است. بلود<sup>۵</sup> و همکاران (۲۵) عقیده دارند که کودکان مبتلا به لکنت زبان سطوح بالاتری از اضطراب و نگرانی را نسبت به افراد عادی نشان می‌دهند و همچنین دریافتند که بین اعتماد به نفس این کودکان و سطح اضطراب آنها ارتباط مشخص و مثبتی وجود دارد کودکان دارای لکنت زبان در مقایسه با کودکان بدون لکنت زبان، بیشتر در خطر تجربه رفتارهای پرخاشگرانه قرار می‌گیرند.

نتایج پژوهش حاضر هم چنین مبین آن است؛ والدینی که از سلامت روانی برخوردارند عملکرد بهتری در زمینه روابط، حل مسأله و کنترل رفتاری داشته‌اند. طبیعی است که کانون خانواده در تکلم کودک نقش زیادی دارد. خانواده هم در ایجاد این اختلال و هم در کنترل و دشوارتر شدن وضعیت کودک تأثیر دارد. حساسیت‌های افراطی درباره نحوه تکلم کودک و فشارهایی که خانواده برای درست حرف زدن به کودک وارد می‌آورد در تشدید لکنت‌زبان کودک مؤثر است. همچنین عدم روابط کلامی والدین با کودکان می‌تواند بر روی تکلم کودک تأثیر بگذارد. این در حالی است که اکثر والدین از این موضوع بی‌اطلاع هستند، لذا با آموزش‌های لازم در مورد روابط صحیح کلامی والدین با کودکان و یادگیری مهارت‌های مقابله با استرس و فشارهای روانی می‌توان به خانواده‌ها برای برطرف شدن مشکلات اجتماعی اقتصادی و روانی که همگی بر سلامت خانواده تأثیر می‌گذارد کمک کرد و با خدماتی که مسؤولان و کارشناسان در این زمینه ارائه می‌دهند، تا حدودی از شدت این علائم می‌کاهد و امکانات لازم را برای بهتر زیستن افراد فراهم می‌آورد و روابط بین والدین و کودکان بهبود می‌یابد. با کم کردن از استرس‌ها و فشارهای محیط زندگی می‌توان مشکلات گفتاری کودکان را به حداقل رساند. در عین حال، باید عوامل دیگر تأثیرگذار بر روی اختلال گفتاری کودکان نیز توسط متخصصان شناسایی شود تا علاوه بر پیشگیری و درمان از ادامه این اختلال تا بزرگسالی نیز جلوگیری شود.

اگر چه در این پژوهش با محدودیت حجم نمونه مواجه بودیم اما از نظر تعمیم نتایج محدودیتی نداریم؛ زیرا والدین به طور تصادفی از مراکز مختلف انتخاب شده بودند. عدم مراجعه والدین به کلینیک‌های گفتار درمانی برای تشخیص و درمان لکنت‌زبان کودکان خود که این نشان از نشناختن این اختلال یا اهمیت ندادن به آن است که باعث می‌شود برای شناسایی این کودکان دچار مشکل شده و در صورت انجام پژوهش در مورد آنها آزمودنی‌های کمتری در پژوهش شرکت داده شوند.

یافته‌های پژوهش، حاکی از این بود که کارکرد خانواده و سلامت روانی والدین کودکان دارای لکنت زبان کاملاً متفاوت از والدین کودکان عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که والدین در دو گروه در همه ابعاد، تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند. در تبیین این نتایج می‌توان اشاره کرد به مادران کودکانی که دارای لکنت زبان بودند که عملکرد ضعیف تری در خانواده داشتند و بیشتر از والدین کودکان عادی، اضطراب و استرس‌های محیطی را تجربه کرده بودند که با پژوهش‌های گارت اشتاین<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹) هماهنگ است و پدران کودکان دارای لکنت زبان نیز از سلامت روانی و کارکرد خانواده ضعیف تری برخوردار بودند که همسویی این عامل در مطالعه اسکات و کالینگز<sup>۲</sup> (۲۰) بین دو والد، نشان از تأثیر گذاری و انتقال اضطراب و استرس‌ها و تنش‌ها به یکدیگر است و با بسیاری از پژوهش‌ها همسویی داشت.

با توجه به اینکه والدین کودکان دارای لکنت زبان از نظر روابط، کنترل رفتاری و حل مسأله نسبت به والدین کودکان عادی ضعیف‌تر عمل کردند؛ لذا می‌توان گفت که رفتار ناهنجار هر یک از آنها بیشتر نشانه‌ای از اختلال و بیماری است که در درون خانواده وجود دارد (۲۱).

پژوهش‌های زیادی از جمله، بهاری و همکاران (۲۲) بر نقش ساختار و عملکرد خانواده، شامل حل مشکل و ابراز عواطف تأکید کردند که با این پژوهش انجام گرفته هماهنگ می‌باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش، ماهر و تروشن<sup>۳</sup> (۲۳) نشان دادند، بسیاری از مشکلات هیجانی و عاطفی می‌تواند بر روی گفتار کودکان تأثیر گذاشته و باعث تشدید اختلال گفتاری و لکنت‌زبان آنها شود که همه این عوامل می‌تواند نشان از عملکرد ضعیف، عدم روابط صحیح با فرزندان و دیگر اعضای خانواده و خشونت والدین و عدم تعادل رفتاری آنها باشد. همچنین لینوئن<sup>۴</sup> (۲۴) در مطالعه خود نشان داد که تأثیر پذیری این عوامل در کودکان به صورت تنش، اضطراب، عدم تمرکز حواس، عصبی بودن، ترس، کم‌رویی، عدم اعتماد به نفس جلوه‌گر می‌شود، لذا می‌توان گفت که در بسیاری از کودکان دارای لکنت زبان این اختلال‌ها بیشتر نمود پیدا می‌کند.

والدین کودکان دارای لکنت زبان، نسبت به والدین کودکان عادی از سلامت روانی کمتری برخوردارند و میزان اضطراب، افسردگی و سواس، حساسیت و پرخاشگری در بین آنها بیشتر است. خشونت‌های خانوادگی، عدم سلامت و تعادل روانی پدر و

1. Gartstein
2. Scott & collings
3. Mahr & Torosian
4. Leinoen
5. Blood

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تحقیقات انگشت شماری که توسط پژوهشگران از والدین کودکان دارای لکنت زبان انجام گرفته است، اشاره کرد و به نظر می‌رسد به پژوهش بیشتری وجود دارد. از جمله کاستی‌های این پژوهش، حجم نمونه کم می‌باشد که به علت عدم شناسایی والدین کودکان دارای لکنت زبان با مراجعه نکردن این والدین به مراکز گفتار درمانی جهت درمان لکنت کودکان خود یا ادامه ندادن درمان باعث شد که نمونه کمتری در این پژوهش وجود داشته باشد. بنابراین جهت هدف اصلی مطالعه و برای رسیدن به نتایج بهتر و کاملتری نیاز به حجم نمونه بالا است تا بتوان نتایج پژوهش را به جامعه مورد نظر تعمیم داد. در پایان پیشنهاد می‌شود که هر یک از مؤلفه‌های کارکرد خانواده و سلامت روان به طور جداگانه و با سنجش‌های معتبر در نمونه بزرگتری مورد پژوهش قرارگیرد تا در صورت تأیید نتایج، درمان‌ها و آموزش‌های لازم در این زمینه صورت گیرد.

#### تشکر و قدر دانی

شایسته است از تمام کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی شود.

با توجه به اینکه در زمینه مؤلفه‌های کارکرد خانواده، از جمله: حل‌مسأله، روابط، کنترل رفتاری تفاوت بین دو گروه معنادار بود و والدین کودکان دارای لکنت‌زبان، عملکرد ضعیف‌تری از خود نشان دادند. با پژوهش عباسی که نتایج مطالعه او نشان داد، خانواده‌های مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی از بد کارکردی‌های مشابهی در ابعاد مختلف کارکرد خانواده رنج می‌برند (۲۶)، همخوانی دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در جهت بهبود عملکرد خانواده‌ها در این زمینه داده شود. پژوهش‌های انجام شده توسط بروفی<sup>۱</sup> (۲۷)، هوایرست<sup>۲</sup> (۲۸) و آیزنبرگ<sup>۳</sup> (۲۹) در زمینه آموزش و خدمات مشاوره‌ای به خانواده‌ها در رابطه با ارتباط والدین با کودکان نشان داده است که به روابط سالم میان آنها کمک می‌کند و از فشارهای محیطی و خانوادگی و اختلال رفتاری کم می‌کند.

برطبق نتایج این مطالعه می‌توان گفت که تقویت مؤلفه‌های: کنترل رفتاری، حل مسأله، روابط می‌تواند نقش مهمی در کاستن اضطراب، افسردگی، وسواس و پرخاشگری داشته باشد. در نتیجه اصلاح وضع خانواده و آموزش‌های لازم جهت بهبود روابط والدین و کودکان و تقویت رابطه کلامی بین آنها و تعلیم پدران و مادران برای تربیت فرزندان از بهترین راه‌های پیشگیری از اختلال رفتاری، گفتاری و شخصیتی کودکان است (۳۰).

#### References

- Milanifar B. Exceptional Children and Adolescents. Tehran: Ghoomes Publication. 2009; 250-253. [Persian]
- Azimirad N. Why does my Child have Stuttering? Tehran: Amirkabir Publication. 2010; 34-65. [Persian]
- Howell p. Signs of Developmental Stuttering up to Age Eight and at 12 Plus. Clin Psychol. 2007; 27(3): 287 – 306.
- Ahadi H, Bannijamali Sh. Development Psychology. Tehran: Jaihoon Publication. 2009; 187-210. [Persian]
- Davis S, Shisca D and Howell P. Anxiety in Speakers who persist and Recover from Stuttering. Journal Commun Disord. 2007; 40(5): 398-417.
- Avci A, Diler R. Comorbidity of Obsessive Compulsive Symptoms with Childhood Stuttering. Eur Psychiatry. 1998; 13(4): 236.
- Assarian F. Simultaneity Mental Disorders in Stuttering Children Referred to Therapy Speech Kashan Akhavan Hospital. Monthly Faiz Research Scienc. 2008; 2(91): 182-187. [Persian]
- Rice F. Human Development. Translated by: Foroughan M. Tehran: Arjmand Publication. 2001; PP: 238-241. [Persian]
- Kraaimaat FW, Vanryckeghem M, Van Dambaggen R. Stuttering and Social Anxiety. Journal Fluency Discord. 2003; 27(4): 30 – 319.
- Epstein N, Baldwin L.M and Bishop D.S. The McMaster Family Assessment Device. Journal Marital and Family Therapy. 1950; 9: 171-180.
- Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI, Miller IV, Bishop DS. Evaluating and Treating Families: The McMaste approach. New York: Routledge Taylor and Francis Group. 2005; 22: 168 – 189.
- Zadehmohammadi A, Malekkhosravi GH. Survey Preliminary Psychometric Properties and Validity Measurement Scale Family Function. Journal of Family Research. 2006; 2(5): 69- 89. [Persian]
- Salari R. Comparison Family Function in Depressed and Normal Adolescents. Master Thesis. University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2001. [Persian]



14. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the Dimensional Structure. Of the SCL-90: A Study in Construct Validation. *Journal Clin Psychol.* 1983; 33: 90-981.
15. Derogatis LR. Symptom checklist-90-R (SCL-90-R). National Computer System. United States of America. 1994; 2: 27.
16. Rezapour M. Normalization SCL-90-R on Student Universitys of Shahid Chamran and Islamic Azad Ahvaz Branch. Master Thesis. University Allameh Tabatabaie. 1997; 1. [Persian]
17. Hosseini H. Survey Comparative Mental Health Suffering to Major Thalassemia 15-25 Years Old Referred to Sari Boalisina Hospital in Years 82-84 With Witness Group. *Journal University of Mazandaran Medical Sciences.* 2007; 17(59): 51-60. [Persian]
18. Mirzayi KH. Research, Researcher, Writing Research. Tehran: Jameeshenasan Publication. 2011; 252-284. [Persian]
19. Gartstein MA, Bridgett DG, Dishion TJ, Kaufman NK. Depressed Mood and Maternal Report of Child Behavior Problems: Another look at the Depression – Distortion Hypothesis. *Journal of Applied Development Psychology.* 2009; 30 (2): 149-160.
20. Scott KM, Collings SC. Gender and The Association Between Mental Disorders and Disability. *Journal of Affective Disorders.* 2010; 125: 207-212.
21. Amir hosseini Kh. Happy Family, Successful Children. Tehran: Aref Kamel Publication. 2012; 20-250. [Persian]
22. Bahari F, Saberi M. Comparison Family Function at Divorce Pairs Referred to Forensic Medicine Organization and Non Divorce Pairs. *Journal Forensic Medicine Science.* 2004; 10(34): 75-79. [Persian]
23. Mahr GC, Torosian T. Anxiety and Social Phobia in Stuttering. *Journal Fluency Disord.* 1999; 24(2): 26 – 119.
24. Leinoen JA. Parent Mental Health and Children's Adjustment: *Child Psychology and Psychiatry.* 2003; 44(2): 41-227.
25. Blood GW, Blood IM, Maloney K, Meyer C, Qualls CD. Anxiety levels in Adolescent who Stutter. *Journal Common Disorder.* 2007; 40(6): 69- 452.
26. Abbasi M. Family Function Suffering Patients to Depression and Anxiety Disorders in Comparison with Normal Family. *Journal of Family Research.* 2009; 5(19): 361- 370. [Persian]
27. Brophy HE, Schiffman RF, Bocknek EL, Dupuis SB, Fitzgerald HE, Horodyski M, et al. Toddlers Social – Emotional Competence in the Contexts of Maternal Emotion Socialization and Contingent Responsiveness in a low income Sample. *Journal Social Development.* 2011; 20 (1): 73 – 92.
28. Havighurst SS, Wilson KR, Harley AE, Prior MR, Kehoe C. Tuning in to Kids: Improving Emotion Socialization Practices in Parents of Preschool Children – Findings from a Community Trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2010; 38: 88 – 98.
29. Eisenberg N, Fabes R. Contemporaneous and Longitudinal Prediction of Children Sympathy from Dispositional Regulation and Emotionality. *Journal Developmental Psychology.* 2010; 34: 910–924.
30. Milanifar B. Mental Health. Tehran: Ghoomes Publication. 2010; 22-102. [Persian]