



مقایسه اختلالات روانشناختی والدین دانش آموزان دارای لکنت زبان و فاقد لکنت

محسن احمدی طهور سلطانی^۱، عیسی جعفری^۲، جعفر قادری^۳، نصرالله عرفانی^۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اختلالات روانشناختی والدین دانش آموزان دارای لکنت زبان و فاقد لکنت شهر همدان در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام گرفت. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای است. آزمودنی های پژوهش متشکل از ۶۰ والد (۳۰ والد دانش آموزان لکنتی، ۳۰ والد دانش آموزان عادی) بودند که والدین دانش آموزان دارای لکنت با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و والدین دانش آموزان فاقد لکنت به شکل تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از پرسشنامه SCL-۹۰. جهت تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه ها در متغیرهای وسواس-اجباری ($P < 0/024, F = 5/37$)، حساسیت در روابط متقابل ($P < 0/001, F = 12/69$)، افسردگی ($P < 0/002, F = 10/62$)، اضطراب ($P < 0/001, F = 13/31$)، پرخاشگری ($P < 0/001, F = 19/63$)، ترس مرضی ($P < 0/003, F = 9/85$)، روان گسسته گرایی ($P < 0/017, F = 6/09$) تفاوت معنادار وجود دارد و در متغیرهای شکایات جسمانی و افکار پارانوییدی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). به طور کلی یافته ها حاکی از این است که بین سلامت روان والدین دانش آموزان دارای لکنت زبان و فاقد لکنت زبان تفاوت معنی داری وجود دارد.

واژه های کلیدی: اختلالات روانشناختی، لکنت، والدین دانش آموزان لکنتی، والدین دانش آموزان عادی

^۱. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج). Email: mahmadi_1362@yahoo.com (نویسنده مسئول)

^۲. عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، آموزش و پرورش استثنایی، همدان، ایران

^۴. عضو هیات علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران



مقدمه

لکنت زبان^۱ نوعی نقص در گفتار است که در آن جریان گفتار توسط تکرارهای غیرارادی و امتداد آواها، هجاها، لغات یا گروه‌ها و انسدادها و مکث‌های غیرارادی مختل می‌شود و گوینده از تولید آواها ناتوان می‌گردد. عدم سلیس بودن کلام اصطلاح کلی است که برای چنین نقص‌های گفتاری به کار می‌رود. اصطلاح لکنت معمولاً با تکرار غیرارادی آوا مرتبط است اما درنگ و مکث غیرعادی قبل از گفتار و امتداد برخی آواها و معمولاً واژه‌ها را نیز در بر می‌گیرد. لکنت درپسرها بیشتر از دخترها است و این نسبت به ۳ پسر در مقابل ۱ دختر می‌رسد. معمولاً در خانواده‌هایی که یک یا چند عضو دچار لکنت دارند احتمال وقوع مجدد آن بیشتر است. افراد دچار لکنت ممکن است دیرتر زبان باز کنند. این پدیده در محدوده‌ی سنی ۳ تا ۹ سالگی ظاهر می‌شود. شروع آن پس از ۱۰ سالگی نادر است مگر آسیب‌های مغزی که پس از یک دوره‌ی گفتار طبیعی ایجاد شده باشد. شیوع لکنت در کل جمعیت حدود ۱ درصد تخمین زده شده است. در برآورد دیگری شیوع لکنت را ۳ درصد و در بین دوقلو (به ویژه دوقلوهای یکسان) به مراتب بیشتر و حدود ۵ درصد ذکر کرده‌اند. در منابع دیگری آمده که حدود ۵ درصد از همه کودکان دچار لکنت، این اختلال را تا سن بزرگسالی نیز خواهند داشت (شفیعی و مهرعلیان، ۱۳۸۲).

دلیل لکنت ناشناخته است (بوشل و سامر^۲، ۲۰۰۴) با وجودی که اتفاق آرا بر این است که لکنت در اثر یک نقص در پردازش عصبی گفتار بوجود می‌آید که تحت تأثیر عوامل محیطی و زبانی می‌باشد. پکمن و همکارانش بر این عقیده‌اند که دلیل لکنت، مشکل در آغاز هجاهاست. بر اساس شواهدی که آنها در تأیید این نظر ارائه کردند، عملکرد گسسته منطقه حرکتی مشکل آغاز نمودن هجا را تقویت می‌کند. آنها با ارائه "نظریه آغاز هجا" بین تولید گفتار و زبان، ارتباط قائل شدند که برای درک طبیعت و دلیل لکنت ضروری است. دانشمندان در بررسی عوامل لکنت به موارد متعددی مشکوک هستند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنیدگی یا اضطراب، لکنت زبان را تشدید می‌کند و همراه بودن آن با اضطراب، سرخوردگی، کاهش عزت نفس، معلولیت در کنش‌وری اجتماعی را به وجود می‌آورد و موجب می‌شود تا فرد با استفاده از ابزارهای زبان شناختی مانند تغییر سرعت بیان، دوری‌گزینی از برخی موقعیتهایی که مستلزم سخن گفتن هستند مثل حرف زدن در برابر جمع یا با تلفن از لکنت بپرهیزد (DSM-IV، ۱۹۹۴، ترجمه‌ی نیک جو، آوادیس یانس، ۱۳۸۱).

تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که رفتار والدین افراد لکنتی با والدین افراد غیر لکنتی خیلی متفاوت است (می‌ریز،^۳ ۱۹۹۰). مثلاً گروه اول عادت دارند خیلی سریع صحبت کنند، صحبت‌های نارسای کودک را اغلب قطع می‌کنند و هنگام مکالمه با فرد لکنتی خود از اظهارات منفی و سؤالات پیچیده‌ای استفاده می‌کنند (مورد کای ۱۹۷۹)^۴. تشخیص والدین کودکان لکنتی و والدین غیر

۱. stuttering

۲. Buchel & sommer

۳. Meyers

۴. Mordkai



لکتی در یک زمینه مهم امکان پذیر است و آن این است که والدین کودکان لکتی درباره نقص تکلمی کودک بیش از حد خود حساسیت نشان می دهند. به عبارت دیگر اضطرابی که آنها درباره نارسایی تکلم طفل از خود نشان می دهند، بسیار زیادتر است. اختلافات خانوادگی، داشتن پدر و مادر وسواسی و کمال جو که مرتب کودک را سرزنش و حتی تنبیه می کنند تا کارهایش را به طور مرتب انجام داده و کلمات را به طور صحیح بیان کند از علل مهم لکت زبان به شمار می رود. جانسون^۱ (۱۹۹۵) یکی از علل لکت زبان را سخت گیری والدین در مورد درست صحبت کردن می داند و عقیده دارد در قبایلی که کودک از لحاظ پیشرفت کلامی تحت فشار نیست لکت زبان دیده نمی شود. چنانچه پدر و مادر بیش از اندازه نگران گفتار فرزند خود نباشند احتمالاً اشکالات گویائی از بین می رود.

لکت زبان در سال های اولیه زندگی شروع می شود، معمولاً بین سنین ۲ تا ۴ سالگی (ییری و امبرس^۲، ۲۰۰۵). از آنجایی که بسیاری از کودکان بدون هیچ درمانی بهبود می یابد، منتظر گذشت زمان بودن امروزه به طور عمومی پیشنهاد می شود (ییری و امبرس، ۲۰۰۵). در بازنگری ادبیات پژوهشی، لانگوین^۳، پاکمن^۴ و انسلو^۵ (۲۰۱۰) ذکر کردند که پیشنهادات برای گذر زمان از ۶ ماه تا ۱ یا ۲ سال است و حتی گاهی تا ۳ سال. زمانی که تصمیم گیری می شود در مورد اینکه آیا درمان شروع شود و یا به تاخیر بیفتد، آسیب شناسان حوزه گفتار پیشنهاد کرده اند که حتما عوامل خطر ساز پایدار از قبیل جنسیت، سن شروع لکت و زمان سپری شده از شروع لکت و سابقه خانوادگی لکت در نظر گرفته شود (ییری و امبرس، ۲۰۰۵). آنها همچنین پیشنهاد کرده اند که واکنش کودک به لکت، آسفتگی والدین و پیامد های اجتماعی لکت نیز در نظر گرفته شود (کیورلی و ییری، ۱۹۹۷؛ اینگهام و کوردس، ۱۹۹۸؛ پاکمن و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش های موجود نشان می دهد بسیاری از کودکان از لکت خود آگاه می شوند و به صورت منفی نسبت به آن واکنش نشان می دهند. تحقیق با استفاده از گزارش والدین به طور ثابتی نشان داده که بسیاری از کودکان به طور مستقیم (به عنوان مثال گفتن اینکه نمی توانند صحبت کنند) و به طور غیر مستقیم (گریه کردن زمانی که نمی توانند صحبت کنند) نشان می دهند که آنها از لکت زبان خود آگاه هستند و این مسئله روی آنها اثرات منفی به جای می گذارد. در بازنگری گزارشات بالینی دهه ۱۹۶۰، بلودستین^۶ (بلودستین و برنستین راتر^۷، ۲۰۰۸) دریافتند که در سن ۳ سالگی گزارش شده که نیمی از کودکان رفتارهایی از قبیل "مشت زدن به داهشان، گریه کردن، گزاردن دستانشان جلوی صورتشان، مشت زدن به دیوار و گفتن من نمی توانم صحبت کنم، چرا من نمی توانم صحبت کنم؟ به من کمک کنید صحبت کنم نشان می دهند. در زمینه

۱. Johnson

۲. Yairi & Ambrose

۳. Langevin

۴. Pachman

۵. Onslow

۶. Bloodstein

۷. Bernstein Ratner



[دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه]

[اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی]

[دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی]

[۲۳ اردیبهشت ۹۵]



یابی از ۱۲۱ نفر از والدین کودکان پیش دبستانی دارای لکنت، آنسلو، هریسون و جونز^۱ (۱۹۹۳)، به نقل از پاکمن و همکاران، (۲۰۰۳) دریافتند که ۳۰ درصد از والدین بیان کرده اند که کودکان از لکنت خود آگاه هستند و نسبت به آن واکنش منفی دارند، در برخی از موارد حتی به طور فوری پس از شروع. با این وجود دانش در مورد اثرات لکنت زبان کودکان بر روی والدینشان به خاطر کمبود شواهد پژوهشی تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته است. اخیر در مطالعه ای لانگوین، پاکمن و اونسلو (۲۰۱۰) در مطالعه ای نشان دادند فراوان ترین واکنش کودکان به لکنت عبارت است از ناکامی مرتبط با لکنتشان، کناره گیری، کاهش یا تغییر برونداد کلامی و اجتناب. پر بسامدترین واکنش گزارش شده برای همسالان عبارت بوده از مسخره کردن (۲۷/۳ درصد). پر بسامدترین واکنش والدین به لکنت کودکانشان عبارت بوده از اضطراب یا نگرانی، بلا تکلیفی در مورد اینکه چه کاری باید انجام دهند، ناکامی، غمگینی، خود شرمسارس (ترس از اینکه آنها باعث لکنت زبان کودکانشان شده اند)، صرف زمان برای گوش دادن، منتظر شدن جهت خاتمه صحبت کودکان، تغییر کلام خودشان و درخواست از کودکان برای تغییر دادن کودکانشان. نگاهی دقیق و همه جانبه به مشکل کودکان دارای اختلالات گفتاری یا رفتاری نشان می دهد که در کنار وجود عللی چون مسائل ژنتیکی، عصب شناختی و... به عنوان علل اصلی اختلال، محیط خانواده نقش ویژه ای را در این میان بازی می کند. والدینی که دائماً کودک خود را سرزنش می کنند و او را تنها به خاطر لکنتش تحقیر می کنند زمینه ی اضطراب، ترس، کاهش اعتماد به نفس را در کودک فراهم می نمایند. تحقیر کودک با دادن دستورات اجباری برای جلوگیری از لکنت به کودک نه تنها کمکی به او نمی کند بلکه او را به فردی با احساس تنهایی و رانده شده از همه جا مبدل می نماید. پذیرفتن کودک با هر مشکل و توانایی حداقل از سوی خانواده این احساس را در کودک بوجود می آورد که اگر هیچ کس او را قبول نکند پدر و مادرش او را به راحتی می پذیرند و تکیه گاه مطمئنی برای ادامه زندگی او خواهند بود (شفیعی و مهرعلیان، ۱۳۸۳). با این وجود تا کنون مطالعه ای صورت نگرفته است که نشان دهد با توجه به اینکه زمینه های بیولوژیک این اختلال بسیار ناچیز است آیا اضطراب شدید و مشکلات روانشناختی خود والدین می تواند از عوامل شکل دهنده یا نگهدارنده این اختلال باشد یا خیر؟ بنابراین پژوهش حاضر در صد است تا با پاسخ گویی به این سوال زمینه توجه بیشتر به این حوزه و ترغیب پژوهشگران بعدی در این حوزه نخستین گام را در این راستا بردارد.

۱. Onslow, Harrison & Jones



روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای می باشد. جامعه پژوهش حاضر را کلیه والدین دانش آموزان عادی و دانش آموزان دچار لکنت دوره ابتدایی شهر همدان تشکیل می دهند. نمونه آماری مشتمل بر ۶۰ آزمودنی بود که ۳۰ نفر از آن را والدین دانش آموزان دچار لکنت و ۳۰ نفر والدین دانش آموزان عادی (بدون لکنت) تشکیل می دادند.

انتخاب نمونه‌های لکنتی به خاطر محدودیت در نوع پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند در دسترس (مراجعه کنندگان به کلینیک گفتار درمانی) و والدین عادی به طور تصادفی چند مرحله ای از بین مدارس ابتدایی شهر همدان استفاده شد.

در این پژوهش جهت جمع آوری اطلاعات نیاز به ۶۰ والد (۳۰ لکنتی و ۳۰ والد عادی) بود که دارای دانش آموز دوره ابتدایی از پیش دبستانی تا کلاس پنجم باشند که والدین لکنتی به صورت در دسترس از والدین مراجعه کننده به کلینیک های گفتار درمانی شهر همدان بودند که برای نخستین بار جهت رفع مشکل لکنت کودکان مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. لازم به توضیح است که از انتخاب والدینی که قبلاً کودک آنها مقداری از پروسه درمان را طی کرده بود اجتناب شد و در ابتدای هر جلسه توضیحات لازم در مورد چگونگی پر کردن پرسشنامه و هدف تحقیق به آنها داده شد تا رضایت آنها کسب گردد. پس از توضیح دادن اهداف پژوهش از آنها خواسته می شد که پرسشنامه را تکمیل کنند. والدین عادی از مدارس ابتدایی شهر همدان (ناحیه ۱ و ناحیه ۲) به صورت تصادفی انتخاب گردید. از بین مناطق آموزشی شهر همدان یک منطقه به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از بین مدارس ابتدایی همان منطقه ی سه دبستان دخترانه و سه دبستان پسرانه به طور تصادفی انتخاب گردید و باز هم به طور تصادفی از هر مدرسه یک کلاس انتخاب شد سپس با هماهنگی با مربی بهداشت مدرسه و دادن توضیحات پرسشنامه همراه با دستورالعمل پر کردن پرسشنامه ها آن را داخل پاکت گذاشته و مربی بهداشت مدرسه از دانش آموزان خواست که آنها را به والدین خود بدهند و پس از تکمیل مجدداً به مربی بهداشت مدرسه باز گردانند.

در این پژوهش جهت تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، انحراف معیار و و روش های آمار استنباطی یعنی تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد.

ابزار پژوهش

آزمون SCL-۹۰: این آزمون دارای ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانشناختی است و ابتدا توسط دروگاتیس و همکاران (۱۹۷۳) معرفی و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه شد (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). این آزمون دارای نه بعد علامت های بیماری و سه شاخص کلی است. ابعاد این آزمون شامل: شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوئیدی، روان گسستگی، شاخص سلامت کلی، ناراحتی نشانه های مثبت، و جمع نشانه های مثبت است. دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) ضریب آلفای این آزمون را حداکثر برای افسردگی (۰/۹۰) و حداقل برای روان گسستگی (۰/۷۷) گزارش کرده اند. پایایی بازآزمایی خرده مقیاس ها نیز از ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد. پژوهش های مختلف بیشترین پایایی آن را مربوط به افسردگی (۰/۷۸) و کمترین را مربوط به هراس (۰/۳۶) گزارش کرده اند (فتحی آشتیانی).



[دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه]

[اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی]

[دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی]

[۲۳ اردیبهشت ۹۵]



رضایور (۱۳۷۶) فهرست تجدید نظر شده علائم روانی را روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی نمود. این پرسش نامه مکرراً در تحقیقات خارج و داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود اعتبار آن را تعیین نموده اند که دامنه ضرایب آن در خارج از کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنه ضرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است که این ضرایب رضایت بخش می باشد. ضرایب روایی پرسش نامه فوق در تحقیقات خارج بین ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در تحقیقات داخل کشور بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (همایی، ۱۳۷۹).

نتایج

از ۳۰ نفر والد کودکان فاقد لکنت شرکت کننده در پژوهش ۱۲ نفر مرد و ۱۸ نفر زن بودند و از ۳۰ نفر والد شرکت کننده کودکان دارای لکنت ۱۴ نفر مرد و ۱۶ نفر زن بودن که از لحاظ جنسیت شرکت کنندگان در پژوهش گروه ها تقریباً مشابه به یکدیگر هستند. ۱۳ نفر از والدین دانش آموزان دارای لکنت تک فرزند بودند، ۱۵ نفر دارای ۲ فرزند و ۲ نفر بیش از دو فرزند داشتند، همچنین ۱۲ نفر از والدین دانش آموزان فاقد لکنت تک فرزند، ۱۴ نفر دو فرزند و ۴ نفر دارای بیش از ۴ فرزند بودند که از این لحاظ نیز دو گروه تقریباً مشابه به هم هستند. از لحاظ تحصیلی نیز ۳۰ درصد از والدین دانش آموزان لکنتی زیر دیپلم، ۵۰ درصد فوق دیپلم و لیسانس بودند و ۲۰ درصد نیز دارای تحصیلات بالاتر بودند و در گروه والدین دانش آموزان فاقد لکنت ۲۵ درصد زیر دیپلم، ۶۰ درصد دارای تحصیلات دیپلم تا لیسانس و ۱۵ درصد نیز بالاتر از لیسانس بودند. لازم به ذکر است که میانگین سنی والدین دانش آموزان دارای لکنت زبان ۳۵/۶ با انحراف استاندارد ۸/۵ و میانگین سنی والدین دانش آموزان فاقد لکنت ۳۴/۷ و انحراف استاندارد ۷/۷ بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات والدین عادی و لکنتی

متغیرها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	والدین لکنتی	۳۰	۲۱/۸	۷/۳۶
	والدین عادی	۳۰	۱۸/۶۷	۶/۱
وسواس - اجباری	والدین لکنتی	۳۰	۲۰/۲۳	۶/۸۸
	والدین عادی	۳۰	۲۱/۹۳	۴/۸
حساسیت در روابط متقابل	والدین لکنتی	۳۰	۱۸/۶	۶/۲۴
	والدین عادی	۳۰	۲۰/۲۷	۵/۷۷
افسردگی	والدین لکنتی	۳۰	۱۷/۵۷	۴/۳۵
	والدین عادی	۳۰	۱۳/۶۷	۴/۱۲
اضطراب	والدین لکنتی	۳۰	۱۵/۶۲	۴/۶۴



[دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه]

[اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی]

[دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی]

[۲۳ اردیبهشت ۹۵]



۷/۴۷	۲۸/۱۷	۳۰	والدین عادی	پرخاشگری
۷/۹۷	۲۱/۶۶	۳۰	والدین لکنتی	
۸/۳۳	۲۴/۹۲	۳۰	والدین عادی	
۴/۹۷	۱۹/۷۷	۳۰	والدین لکنتی	ترس مرضی
۴/۵۷	۱۵/۲۷	۳۰	والدین عادی	
۵/۲۵	۱۷/۵۲	۳۰	والدین لکنتی	افکار پارا نوئیدی
۳/۰۸	۱۱/۹۷	۳۰	والدین عادی	
۲/۳۵	۸/۸۳	۳۰	والدین لکنتی	روان گسسته گرایی
۳/۱۴	۱۰/۴	۳۰	والدین عادی	

در ادامه جهت مقایسه متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده می‌شود. باطمینان از وجود شروط یا مفروضه‌های، مورد نیاز اجرای تحلیل واریانس چند متغیره نظیر شرط نرمالیتی داده‌ها با آزمون ناپارامتریک کولموگراف اسمیرونف (K-S)، شرط همسانی واریانس‌ها با آزمون لون و شرط همسانی کوواریانس‌ها با آزمون ام باکس، تحلیل واریانس چند متغیره انجام شد.

جدول ۲. تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل تک تک متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	SS	DF	MS	F	سطح معناداری	اندازه اثر
شکایات جسمانی	۱۴۷/۲۶	۱	۱۴۷/۲۶	۳/۲۲	۰/۰۷۸	۰/۰۵
وسواس-اجباری	۱۶۶/۶۶	۱	۱۶۶/۶۶	۵/۳۷	۰/۰۲۴	۰/۰۸
حساسیت در روابط متقابل	۲۲۸/۱۵	۱	۲۲۸/۱۵	۱۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸
افسردگی	۶۳۳/۷۵	۱	۶۳۳/۷۵	۱۰/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۱۵
اضطراب	۳۰۳/۷۵	۱	۳۰۳/۷۵	۱۳/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸
پرخاشگری	۱۴۷/۲۶	۱	۱۴۷/۲۶	۱۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵
ترس مرضی	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۹/۸۵	۰/۰۰۳	۰/۱۴
افکار پارا نوئیدی	۴۱/۶۶	۱	۴۱/۶۶	۳/۰۴	۰/۰۸۶	۰/۰۵
روان گسسته گرایی	۷۹/۳۵	۱	۷۹/۳۵	۶/۰۹	۰/۰۱۷	۰/۰۹



همانطور که نتایج جدول فوق نشان می دهد بین گروه ها در متغیرهای وسواس - اجباری ($F=5/37, P<0/024$)، حساسیت در روابط متقابل ($F=12/69, P<0/001$)، افسردگی ($F=10/62, P<0/002$)، اضطراب ($F=13/31, P<0/001$)، پرخاشگری ($F=19/63, P<0/001$)، ترس مرضی ($F=9/85, P<0/003$)، روان گسسته گرایی ($F=6/09, P<0/017$) تفاوت معنادار وجود دارد و در متغیرهای شکایات جسمانی ($F=3/22, P<0/078$) و افکار پارانوئیدی ($F=3/04, P<0/086$) تفاوت معناداری وجود ندارد

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که در متغیرهای وسواس - اجباری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و روان گسسته گرایی در والدین دانش آموزان دارای لکنت نسبت به والدین دانش آموزان فاقد لکنت تفاوت معنادار وجود دارد. که این نتایج با یافته های لانگوین و همکاران (۲۰۱۰) و کلمپاس و همکاران (۲۰۰۴) و بیلی و همکاران (۲۰۱۳) هماهنگ می باشد. این یافته ها با یافته های پژوهش نریمانی (۱۳۸۶) و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۸۰) نیز هماهنگ است.

وقتی والدین برای اولین بار می فهمند فرزندشان ناتوانی دارد احساسات زیادی را تجربه می کنند که شاید رایج ترین آنها احساس گناه باشد این واکنش می تواند به این دلیل روی دهد که علل اغلب ناتوانی شناخته شده نیست (نقل از دنیل پی و همکاران، ۲۰۰۵؛ ترجمه عزیززاده و همکاران ۱۳۹۰). برخی از والدین که از فرونشاندن عصبانیت خود ناتوان هستند به بهانه های من درآوردی کودکان خود را با شیوه های مختلف تنبیه می کنند فحاشی، کتک زدن، محرومیت از غذا، بیرون رادن از منزل، حبس در اتاق و نظایر آن می تواند منجر به لکنت شود (فرهمند پور، ۱۳۸۸).

کودک با مشاهده مشاجرات در خانواده، علاوه بر وحشت، احساس ناامنی خواهد کرد. از نظر کودک چه با او دعوا کنید و چه او ناظر دعوی شما باشد یک مفهوم دارد و احساس ترس + احساس ناامنی. گاهی اوقات لکنت کردن فریادی برای کمک خواستن است که به او اجازه دهید آزادانه به روشی که خوش می خواهد رشد میکند (کارل، دیل ۱۹۹۴، ترجمه جلیله وند ۱۳۷۹).

نتایج پژوهش ها (لانگوین، پاکمن، انسلو، ۲۰۱۰؛ بیلی و همکاران، ۲۰۱۳) نشان می دهد که بسیاری از والدین از لحاظ هیجانی تحت تاثیر لکنت زبان کودکانشان قرار می گیرند. والدین گزارش کرده اند که واکنش های هیجانی و پاسخ های آنها به لکنت زبان همیشه خیلی مطلوب نیست و زمانی که آنها درمی یابند که پاسخ های آنها نامطلوب است آنها غمگین می شوند و احساس گناه و شرم می کنند. شرمندگی و احساس گناه والدین همچنین با این باور در ارتباط است که آنها باعث ایجاد لکنت در کودکانشان شده اند و این واقعیت که آنها گاهی اوقات آرزو می کنند که کودکانشان صحبت بدین صورت را متوقف کنند به طوری که دیگر مجبور به شنیدن لکنت زبان کودکانشان حتی یکبار هم نشوند. والدین معتقدند که لکنت روی آینده کودکانشان، اعتماد به خود، روابط اجتماعی و اینکه کودکان مسخره به نظر برسند یا اینکه از لحاظ هوشی ناتوان تر به نظر برسند.

نقل قول متقاعد کننده زیر توصیف کننده واکنش های یک مادر به لکنت زبان اولیه کودکش است. من سعی می کنم واکنش های هیجانی در مقابل کودکم نشلن ندهم اما زمانی که او در آغاز شروع به لکنت زبان کرد من در شک بودم. باورم نمی شد، گیج و



مبهوت بودم. شگفت زده بودم از اینکه چگونه این اتفاق رخ داده است؟ آیا می توانم آن را تثبیت کنم؟ آیا او برای مدرسه خوب خواهد شد و.... فراوان ترین واکنش های خلقی گزارش شده توسط والدین عبارتند از: اضطراب یا نگرانی، بلا تکلیفی در مورد اینکه چه کاری باید انجام دهند زمانی که کودک آنها لکنت دارد، ناکامی، غمگینی، خود خوارسازی^۱ (ترس از اینکه آنها باعث لکنت زبان کودکشان شده اند). والدین در باره توانایی کودکانشان در زمینه های اطمینان به خود^۲، ارتباط موثر، داشتن روابط رضایت بخش اجتماعی، یا موضوعی برای تمسخر دیگران شدن و تفسیر نادرست از توانمندی های هوشی آنها نگران هستند. ناکامی همچنین مرتبط است با عدم توانایی در فهم سخنان کودک، و قادر نبودن به ثابت کردن مشکل برای کودک. والدین همچنین گزارش کرده اند که ناراحتی یا ناکامی کودک باعث می شود آنها احساس آشفتگی و همچنین ناکامی کنند (لانگوین، پاکمن، آنسلو، ۲۰۱۰). والدین گزارش کرده اند که زمانی که شاهد کودکانشان هستند که برای صحبت کردن تقلا می کنند و نیز دوستانشان از آنها دوری می کنند، غمگین می شوند. برای مثال "برای او ناراحت شدم زمانی که او را دیدم در حال تقلا است تا کلمه ای را بیان کند و یا زمانی که تشخیص می دهد قادر به بیان کلمه ای نیست." و "من ناراحت می شوم زمانی که کودکان از او دور می شوند در حالی که او لکنت دارد. اگر جچه واکنش های زیر با فراوانی کمتری گزارش شده اند اما بیان کننده گستره واکنش های والدین هستند. این واکنش ها عبارتند از درماندگی، آشفتگی، مایوس شدن، ترس، افسردگی، واکنش قلبی تند در طول لحظات لکنت کودکان، آرزو کردن اینکه کودکان بدون لکنت صحبت کنند. ، احساس شرم درباره واکنش های خلقیشان در رابطه با لکنت کودکان خود.

همچنین نتایج نشان داد که در متغیرهای شکایات جسمانی و افکار پارانوئیدی تفاوت معناداری بین والدین دانش آموزان دارای لکنت زبان و فاقد لکنت وجود ندارد. به طور اختصاصی واکنش های خلقی مهمترین واکنش والدین به لکنت زبان کودکان است که در زمینه یابی از آنها نقل شده است (لانگوین، پاکمن، آنسلو، ۲۰۱۰). افکار پارانوئید جز ویژگی های بارز اختلالات سایکوتیک می باشد. در حالی که همانطور که گفته شد مشکلات عمده والدین کودکان لکنتی در طیف اختلالات خلقی و اضطرابی و ارتباطی قرار می گیرند بنابراین نتیجه بدست آمده برای پژوهشگر خیلی بدور از انتظار نبود و در پژوهشهای مرتبط نیز در خصوص این متغیر تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشده است.

به طور کلی نتیجه این تحقیق بیانگر این است که لکنت زبان دارای اثرات بالقوه عاطفی، روانشناختی، و اجتماعی بر روی بسیاری از والدین مراجعه کننده به کلینیک گفتار درمانی و همچنین فرزندانشان می باشد، به عبارتی این تاثیر می تواند دو سویه باشد یعنی والدین برای اولین بار با مشاهده لکنت زبان در فرزندشان دچار استرس و نگرانی شوند و این استرس و نگرانی را به فرزند خود نیز از طریق فشارهایی که بعضا ممکن است برای ادای صحیح کلمات بر فرزند خود وارد می کنند، منتقل کنند. مطالعات نشان داده اند

۱ . self-blame

۲ . self-confidence



که نه تنها والدین می توانند بر رشد فرزندشان تاثیر داشته باشد بلکه عکس آن نیز می تواند رخ دهد یعنی کودکان نیز می توانند بر والدین تاثیر بگذارند این مفهوم به عنوان اثر متقابل نامیده می شود یعنی علت رفتار کودک و بزرگسال می تواند ناشی از یکی از این دو متغیر باشد (بل^۱، هارپر^۲، ۱۹۷۷؛ نقل از دانیل پی، ۲۰۰۵. ترجمه عزیزاده و همکاران ۱۳۹۰).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر کوچک بودن نمونه آماری آن می باشد که این امر باعث احتیاط در تعمیم یافته های پژوهش می شود. کم بودن منابع موجود در پژوهش از جمله متون تخصصی و مقالات مرتبط با موضوع از دیگر محدودیت های این پژوهش بود. این پژوهش صرفا به بررسی تاثیر لکنت زبان کودکان بر والدین آنها پرداخته است پیشنهاد می شود پژوهشگران در مطالعات بعدی تاثیر لکنت زبان یکی از فرزندان را بر خواهران، برادران و دیگر اعضای خانواده مورد مطالعه قرار دهند. همچنین پیشنهاد می شود تاثیر لکنت بر روی توانایی حل تعارضات کودکان لکتی و گستره تعارضاتی که این کودکان می توانند داشته باشند مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV). ترجمه م. ر. نیکخو و ه. آوادیس یانس. (۱۳۸۱) تهران: انتشارات سخن.
- دانیل پی. هالاهان، جان و. لوید، جیمز. کافمن، مارگارت پی. ویس، الیزابت. مارتینز. (۲۰۰۵). اختلال های یادگیری ترجمه عزیزاده. حمید، همتی علمدارلو. قربان، رضایی دهنوی. صدیقه، شجاعی. ستاره. تهران: نشر ارسباران (۱۳۹۰).
- رضاپور، محمد. هنجار یابی SCL-۹۰ بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری، تهران. دانشگاه علامه طباطبایی. سال ۱۳۷۶.
- شفیعی، بیژن. مهر علیان، زهرا (۱۳۸۲). اختلال نا روانی گفتار در کودکان، اصفهان: انتشارات عروج
- فرهمنند پور، کامبخش (۱۳۸۸)، راز لکنت زبان، تهران: انتشارات نسل نو اندیش.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن و مسعودی، میترا. (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال اول.
- نریمانی، محمد. آقامحمدیان، حمید رضا. رجبی، سوران. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روان مادران عادی. فصل نامه بهداشت روانی، شماره ۳۳ و ۳۴.
- نیلی پور، رضا (۱۳۸۰). زبان شناسی و آسیب شناسی زبان. تهران: هرمس.
- همایی، رضوان. (۱۳۷۹). بررسی رابطه فشارزاهای دختران مراکز پیش دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل کننده سر سختی روان شناختی در آن ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). آزمون های روانشناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان). تهران: بعثت.
- کارل و. دیل. (۱۳۷۹). درمان لکنت در کودکان مدرسه رو، ترجمه ناهید جلیله وند. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی ایران.

۱. Bell

۲. Harper



[دومین همایش ملی روانشناسی مدرسه]

[اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی]

[دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی]

[۲۳ اردیبهشت ۹۵]



- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., Yaruss, J. S. (۲۰۱۳). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners, *Journal of Fluency Disorders*, ۳۸, ۱۴-۲۹.
- Bloodstein, O., & Bernstein Ratner, N. (۲۰۰۸). *A handbook on stuttering* (۶th ed.). Clifton Park, NY: Delmar.
- Buchel, C., Sommer, M. (۲۰۰۴). What causes stuttering? *Journal of PLOS Biology*, ۲ (۲), ۴۶.
- Curlee, R. F., & Yairi, E. (۱۹۹۷). Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data. *American Journal of Speech Language Pathology*, ۶(۲), ۸-۱۸.
- Ingham, R. J., & Cordes, A. K. (۱۹۹۸). Treatment decisions for young children who stutter: Further concerns and complexities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, ۷, ۱۰-۱۹.
- Johnson, W. (۱۹۵۹). *The onset of stuttering*. Minneapolis, MN: University of Minneapolis press.
- Klompas, M., Ross, E. (۲۰۰۴). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life : personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders* ۲۹, ۲۷۵-۳۰۵.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (۲۰۰۹). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, ۱۸, ۲۶۴-۲۷۸.
- Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (۲۰۱۰). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, ۴۳, ۴۰۷-۴۲۳.
- Meyers, S. C. (۱۹۹۰). Verbal behaviors of preschool stutterers and conversational partners: Observing reciprocal relationships. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, ۵۵, ۷۰۶-۷۱۲.
- Packman, A., Onslow, M., & Attanasio, J. (۲۰۰۳). The timing of early intervention with the Lidcombe Program. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide* (pp. ۴۱-۵۵). Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (۲۰۰۵). *Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.