

شیوع‌شناسی لکنت زبان در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن

سیف‌اله آقاجانی^۱ و رقیه قربانی^۲

چکیده

هدف این پژوهش شیوع‌شناسی لکنت زبان در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن بود. روش پژوهش توصیفی از نوع زمینه‌یابی مقطعی و علی - مقایسه‌ای (مورد شاهده‌ی) بود. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب و شناسایی شدند. بعد از شناسایی تعداد ۳۰ نفر دارای لکنت و ۳۰ نفر بدون لکنت به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه‌های الگوهای ارتباطی خانواده، رتبه‌بندی والد-کودک، تعارضات والدین و کیفیت زندگی صورت گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با آزمون آماری تحلیل ممیزی صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد میزان شیوع لکنت زبان ۴/۹۱ درصد (پسر ۶/۰۸ درصد و دختر ۳/۱۶ درصد) می‌باشد. بعلاوه جلب حمایت فرزندان، رابطه فردی با خویشاوندان و رابطه خانوادگی با همسر و دوستان در والدین کودکان بدون لکنت زبان بیشتر بود. الگوی جهت‌گیری گفت و شنود در دانش‌آموزان بدون لکنت زبان و الگوی جهت‌گیری هم‌نواپی در دانش‌آموزان با لکنت زبان بیشتر بود. همچنین رابطه والد با فرزند و کیفیت زندگی و مولفه‌های سلامت روانی و سلامت محیط در والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان بیشتر از گروه دیگر بود. در نتیجه می‌توان بیان کرد شیوع لکنت در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اردبیل هم‌پا با دیگر مناطق بوده و نقش برخی از متغیرهای خانوادگی در شیوع لکنت پررنگ‌تر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: لکنت زبان، تعارضات والدین، الگوهای ارتباطی خانوادگی، کیفیت زندگی، رابطه والد-کودک

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی sf_aghajani@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۰/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۳/۱۷

مقدمه

لکنت^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 (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳). لکنت اختلال گفتاری نسبتاً شایعی است که در جامعه به میزان زیادی مشاهده می‌شود و زمانی پدید می‌آید که در جریان طبیعی گفتار، وقفه‌ای ناگهانی و غیرطبیعی به واسطه‌ی تکرار، کشیده‌گویی و نیز به میان اندازی صداها و کلمات و قفل شدن دهان ایجاد شود و گاهی با رفتارهای وابسته همراه است (امامی، بنی جمالی، یزدی، شفیعی و موذنی، ۱۳۹۵). گزارش مرکز ملی مطالعات سلامت امریکا^۳ با مطالعه بر روی ۹۵۱۳۲ کودک نشان داد که لکنت، سومین اختلال تکاملی گسترده از بین اختلالات تکاملی (مانند بیش‌فعالی/نقص توجه و تمرکز اوتیسم، فلج مغزی و اختلالات یادگیری) است (بولتی، بویلی و اسچیور^۴، ۲۰۰۹). لکنت زبان با پیامدهای منفی بسیاری در طول زندگی همراه است. کودکان دچار لکنت زبان اغلب مورد طعنه و آزار دیگران قرار می‌گیرند (جنگی، شیرآبادی، جانی و پوراسمعیلی، ۱۳۹۳). لکنت در کودکان پیش دبستانی ۳ تا ۵ درصد و در کودکان ۱۰-۶ ساله حدود ۱/۴۴ درصد و در نوجوانان حدود ۵ درصد و در پسران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران است (کراینگ، بلومگرات و تران^۵، ۲۰۰۹). همچنین در (DSM-5^۶) شیوع کلی اختلالات گفتاری (لکنت زبان، اختلال تولید، شتابان‌گویی و ...) ۲۰ درصد گزارش شده است و سن شروع از ۲ تا ۷ سالگی بیشترین گسترش را داشته است (گنجی، ۱۳۹۲). ریللی، اونزاو، پاکمن، واکس و

-
1. Stuttering
 2. American Psychiatric Association
 3. National Center for Health Statistics
 4. Boulet, Boyle & Schieve
 5. Craig, Blumgart & Tran
 6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

پریور^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی بر روی ۱۶۱۹ کودک استرالیایی ۸ ماهه نشان داد که ۸/۵ درصد آن‌ها در ۳ سالگی شروع به لکنت نمودند. در صورت ادامه‌ی مطالعه این رقم بالاتر می‌رفت. شروع لکنت اساساً غیرقابل پیش‌بینی بود و فقط در ۳/۷ درصد متغیرهای سابقه‌ی کودک مثل تکامل پیشرفته‌ی زبان، دوقلویی و سطح تحصیلات مادر قابل توضیح بود. در واقع خانواده و عوامل خانوادگی نقش اساسی در شیوع و همچنین کاهش لکنت زبان کودکان دارند. به شرحی که برائتی (۱۳۸۸) در تحقیقی پیرامون عوامل مؤثر بر کاهش علائم لکنت زبان نشان داد که از میان روش‌های مؤثر بر کاهش لکنت زبان، روش فن بیان و اصلاح الگوی ارتباطی خانواده دارای اهمیت بالایی می‌باشند. در واقع والدین و عوامل خانوادگی تأثیر زیادی در لکنت زبان کودکان دارد. عوامل خانوادگی شامل تمامی فعالیت‌های مرتبط با اعضای خانواده در خصوص یکدیگر می‌باشد. براساس دیدگاه چندعاملی، لکنت را اختلالی چندبُعدی می‌داند. این مدل نشان می‌دهد که لکنت هنگامی روی می‌دهد که تقاضاها و مطالبات از جانب دیگران (به ویژه خانواده) بیش از توانایی و ظرفیت کودک برای ارائه‌ی آن است. به بیان دیگر، لکنت به عنوان «عدم تعادل بین مطالبات و ظرفیت کودک» تلقی می‌شود (وارد، ۲۰۰۷). چنانچه چارلز^۲ (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان داد ارتباط آشفته بین اعضای خانواده از عوامل تأثیرگذار بر لکنت زبان و افزایش شدت آن بود. نتایج بررسی شومان و میدلر^۳ (۲۰۱۰) نشان داد که والدین کودکان دارای لکنت دارای ارتباط آشفته و الگوی مذاکره بین زوجی نامناسبی در مقایسه با والدین کودکان غیر لکنتی داشتند. کرایگ، بلومگارت و ترن^۴ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی و عملکرد اجتماعی سالم از عوامل افزایش دهنده سلامتی کودکان دچار لکنت زبان می‌باشد. بیلی، بیرنس و یاروس^۵ (۲۰۱۲) نشان داد لکنت زبان از عوامل تأثیرگذار در کیفیت

1. Reilly, Onslow, Packman, Wake & Prior
2. Charles
3. Shuman & Mallard
4. Craig, Blumgart & Tran
5. Beilby, Byrnes & Yaruss

زندگی افراد می باشد. نتایج حاصل از مطالعه تورو و والدن^۱ (۲۰۱۳) نشان داد کودکان دارای لکنت زبان، واکنش های عاطفی منفی بیشتری نسبت به کودکان بدون لکنت زبان از خود نشان می دهند. نتایج تحقیق چوی، کانچر، والدن، لامبرت و تومانوا^۲ (۲۰۱۳) نشان داد کودکان با رفتارهای اجتنابی بالا نسبت به کودکان دارای رفتارهای اجتنابی کم، بیشتر دچار لکنت می شوند. شلیا، کنیسون و جنیفر^۳ (۲۰۱۶) در تحقیقی نشان دادند که خانواده های دارای روابط پویا، اختلالات گفتاری کمی در بین کودکان خود گزارش نمودند. یافته های مطالعه امامی و همکاران (۱۳۹۵) در ایران نشان داد بین واکنش نسبت به لکنت (شناختی، عاطفی و رفتاری) با کیفیت زندگی افراد دارای لکنت زبان رابطه معناداری وجود دارد.

در نهایت با توجه به شیوع بالای لکنت و هزینه های که این اختلال بر دوش خانواده و جامعه تحمیل می نماید، اهمیت و ضرورت های انجام این پژوهش نمایان می گردد. بعلاوه با مد نظر قرار دادن دو زبانه بودن آموزش در شهر اردبیل و نتایج مطالعات در خصوص شیوع بالای لکنت زبان در کودکان دو زبانه، با انجام این پژوهش می توان راهکار و راهبردهای برای والدین در راستایی نحوه آموزش صحیح زبان دوم به فرزندان شان ارائه نمود تا از این طریق از میزان شیوع لکنت زبان پیشگیری نمود. علاوه بر این با بررسی عوامل خانوادگی تاثیر گذار بر شیوع و شدت لکنت زبان، می توان برنامه های برای تعدیل و کاهش این عوامل ارائه نمود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف شیوع شناسی لکنت زبان در دانش آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن در شهر اردبیل صورت گرفت.

روش

روش پژوهش توصیفی از نوع زمینه یابی مقطعی و علی - مقایسه ای (مورد شاهدهی) بود.

-
1. Ntouro & Walden
 2. Choi, Conture, Walden, Lambert, & Tumanova
 3. Shelia, Kennison & Jennifer

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بعد از شناسایی تعداد ۳۰ نفر دارای لکنت و ۳۰ نفر بدون لکنت به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه به شرح زیر بود:

الف) مقیاس تجدیدنظر شده الگوهای ارتباطی خانواده: برای بررسی ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده یعنی بعد گفت و شنود و بعد هم‌نوایی از ابزار تجدیده نظر شده الگوی ارتباطات خانواده که توسط ریچی و فیتزپاتریک در سال ۱۹۹۴ به این منظور تهیه شده استفاده گردید. این ابزار یک پرسشنامه خودسنجی است. پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده دارای ۲۶ گویه پنج‌گزینه‌ای از کاملاً موافقم (نمره پنج) تا کاملاً مخالفم (نمره یک) است (جهانی‌زنگیر، ۱۳۹۱). برای اعتبار این ابزار در بررسی‌های انجام شده، میانگین مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۹ (دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۸۴) برای بعد گفت و شنود، ۰/۷۹ (دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۷۳) برای بعد هم‌نوایی و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی، ۰/۹۹ برای بعد گفت و شنود و ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ برای بعد هم‌نوایی گزارش شده است (جوکار و رحیمی، ۱۳۸۶).

ب) مقیاس رتبه بندی والد- کودک (PCRS^۱): مقیاس رتبه بندی والد- کودک یه مقیاس ۲۴ سئوالی است که توسط فاین^۲ در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است. این مقیاس دو شکل دارد: یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با مادر و یکی برای سنجیدن رابطه فرزند با پدر. در تحقیقی فاین (۱۹۸۳؛ به نقل از جعفرزاده و محمدی پور، ۱۳۹۴) پایایی این مقیاس را برای فرم پدر ۰/۹۱ و برای فرم مادر ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. همچنین در ایران در پژوهشی که پرهیزگار (۱۳۸۱)، نقل از جعفرزاده و محمدی پور، (۱۳۹۴) روایی این پرسشنامه رو براساس روایی صورتی (نظر ۵ تن از اساتید دانشگاه علامه طباطبایی) مناسب گزارش کرده و ضرایب پایایی محاسبه شده برای

1. Parent-child Relationship survey(PCRS)

2. Fine

پرسشنامه فرم پدر برابر با ۰/۹۳ و برای فرم مادر را ۰/۹۲ گزارش نموده است.

ج) پرسشنامه تعارضات والدین: برای سنجش ناسازگاری و تعارض بین والدین از پرسشنامه تعارضات زناشویی بهره گرفته شد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است که توسط ثنائی (۱۳۷۹) ساخته شده است. این پرسشنامه هفت بعد: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جداکردن امور مالی از یکدیگر را مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه از روایی محتوای خوبی برخوردار است. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس های آن، ۱۳ سؤال از ۵۵ سؤال اولیه حذف گردید. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه روی یک گروه ۳۰ نفری برابر ۰/۹۴ و برای ۷ خرده مقیاس آن به این شرح بدست آمد: کاهش همکاری ۰/۷۰، کاهش رابطه ۰/۷۲، افزایش واکنش هیجانی ۰/۷۳، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۸۱، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود ۰/۷۵، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۷۴، جداکردن امور مالی از یکدیگر ۰/۶۸. هر سؤال براساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت تنظیم شده است که متناسب با پاسخ ها، نمرات ۱ تا ۵ به آن ها اختصاص می یابد که در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر است. در این پژوهش آیتم های مربوط به کاهش همکاری، افزایش واکنش هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان مورد بررسی قرار گرفت (ثنائی، ۱۳۷۹).

د) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوال دارد که حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد (به نقل از نجات، ۱۳۸۷). این پرسشنامه در ایران توسط نجات (۱۳۸۷) استانداردسازی شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه برای خرده مقیاس سلامت جسمانی ۰/۸۲، سلامت روانی ۰/۷۵، سلامت اجتماعی ۰/۷۷ و در مورد سلامت محیط

روش اجرا: اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از کسب مجوزها و هماهنگی‌های لازم، از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر اردبیل، یک ناحیه انتخاب و از بین این ناحیه تعداد ۱۳ مدرسه ابتدایی (۶ مدرسه دخترانه و ۷ مدرسه پسرانه) انتخاب شدند. سپس از پایه‌های تحصیلی این مدارس تعداد ۶۵۰ نفر انتخاب شد. سپس با توجه به این که معلمان، مدیران و معاونین مدارس ارتباطی طولانی و نزدیک با دانش‌آموزان دارند، برای شناسایی دانش‌آموزان دارای لکنت (از بین نمونه انتخاب شده) از آنان کمک گرفته شد. همچنین برای تشخیص دقیق لکنت زبان، دانش‌آموزان معرفی شده توسط یک متخصص گفتار درمانی مورد بررسی قرار گرفت. سپس بعد از شناسایی دانش‌آموزان دارای لکنت با همکاهنگی لازم از والدین آنان (به صورت مساوی از بین والدین دانش‌آموزان با و بدون لکنت زبان) برای مشارکت در پژوهش جلب رضایت شد و والدینی که طلاق گرفته بودند از تحقیق کنار گذاشته شدند. در نهایت والدینی هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهشی را تکمیل و پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شده و اطلاعات با آزمون آماری تحلیل ممیزی و سطح معنی داری $p=0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان دادند میانگین سن دانش‌آموزان با لکنت زبان برابر $9/77$ با انحراف معیار $2/91$ و در دانش‌آموزان بدون لکنت زبان $9/68$ و انحراف معیار $2/52$ است. در گروه دانش‌آموزان با لکنت زبان $43/33$ درصد دختر و $57/67$ درصد پسر و در گروه آموزش بدون لکنت زبان هر دو جنس 15 درصد می‌باشد. در هر دو گروه دانش‌آموزان با و بدون لکنت زبان $43/33$ درصد با بیشترین فراوانی پایه اول ابتدایی و $3/33$ درصد با کمترین فراوانی پایه پنجم و ششم ابتدایی می‌باشند. در گروه والدین، میانگین سن والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان برابر $37/12$ و انحراف معیار $6/74$ و والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان برابر $35/77$ و انحراف معیار $6/14$ است. در هر دو گروه $33/33$ درصد والدین با بیشترین فراوانی دارای تحصیلات فوق دیپلم

شیوع شناسی لکنت زبان در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن

و لیسانس و ۱۳/۴۳ درصد با کمترین فراوانی دارای تحصیلات فوق لیسانی و بالاتر می‌باشند. در هر دو گروه بیشترین فراوانی دارای تعداد فرزند ۳۳/۳۳ درصد و کمترین فراوانی ۱۳/۳۳ درصد دارای بیشتر از سه فرزند می‌باشند. همچنین ۴/۹۱ درصد نمونه‌های مورد مطالعه دارای لکنت زبان هستند و ۹۵/۰۹ درصد بدون لکنت زبان بودند. میزان شیوع لکنت زبان در بین دانش‌آموزان پسر ۶/۰۸ درصد و در بین دانش‌آموزان دختر ۳/۱۶ درصد است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	M	SD
کاهش همکاری	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۲۴/۰۱	۴/۳۴
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۰/۳۶	۳/۵۱
واکنش هیجانی	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۲۸/۰۸	۵/۶۰
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۰/۶۶	۶/۴۱
تعارضات والدین	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۱۸/۶۳	۳/۴۸
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۴/۰۴	۴/۵۱
رابطه فردی با خویشاوندان خود	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۲۰/۲۱	۴/۹۲
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۶/۳۶	۵/۲۲
رابطه خانوادگی با همسر و دوستان	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۲۲/۰۴	۵/۲۴
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۵/۱۳	۴/۸۸
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۲۳/۱۹	۳/۷۱
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۲/۸۹	۴/۱۱
الگوی جهت‌گیری گفت و شنود	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۵۱/۰۸	۹/۲۰
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۵۵/۲۰	۱۰/۳۶
ارتباطی خانواده	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۳۴/۸۴	۷/۷۱
	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	۲۹/۵۱	۸/۴۴
رابطه والد	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	۷۸/۳۶	۱۸/۴۰

Vol.7, No.1/7-26		دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۱/۲۶-۷	
۲۱/۰۴	۹۷/۴۷	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	-کودک
۱۷/۱۱	۶۰/۵۴	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	رابطه با پدر
۲۰/۵۰	۷۲/۰۲	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	
۴/۲۵	۲۲/۵۴	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	سلامت جسمانی
۴/۹۳	۲۳/۱۴	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	
۲/۸۴	۱۹/۳۸	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	سلامت روانی
۴/۱۴	۲۲/۴۰	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	
۱/۳۰	۹/۲۱	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	روابط اجتماعی
۱/۴۴	۱۰/۱۰	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	
۳/۳۴	۲۰/۲۲	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	سلامت محیط
۴/۳۷	۲۲/۴۷	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	
۱۱/۷۳	۷۱/۳۵	والدین دانش‌آموزان با لکنت زبان	کیفیت زندگی
۱۴/۸۸	۷۸/۱۱	والدین دانش‌آموزان بدون لکنت زبان	

همانطور که مشاهده می‌شود، جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس برای نمره کل دو گروه مورد مطالعه

Boxs M	۱/۱۹۳
F	۱/۱۲۹
dF1	۲۱
dF2	۱۲۳۷/۱
Sig.	۰/۰۶۱

شیوع شناسی لکنت زبان در دانش آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن

جدول ۲ نتایج آزمون باکس برای نمره کل دو گروه مورد مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل ممیزی برای تعارضات والدین در بین دو گروه

متغیر	F	dF1	dF2	P
کاهش همکاری	۸۳۰/۴۹	۱	۵۸	۰/۰۰۱
واکنش هیجانی	۲۴۴/۵	۱	۵۸	۰/۰۰۱
جلب حمایت فرزندان	۱۰۳۲/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱
رابطه فردی با خویشاوندان خود	۱۰۰۲۰/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱
رابطه خانوادگی با همسر و دوستان	۱۲۷/۸۹۸	۱	۵۸	۰/۰۰۱
جدا کردن امور مالی از یکدیگر	۳/۲۹۹	۱	۵۸	۰/۰۷۴

نتایج جدول ۳ نشان می دهد بین مولفه های جلب حمایت فرزندان، رابطه فردی با خویشاوندان خود و رابطه خانوادگی با همسر و دوستان در والدین کودکان دارای لکنت و والدین کودکان بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین مولفه جدا کردن امور مالی از یکدیگر در والدین در دانش آموزان دارای لکنت و بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۴. نتایج آزمون باکس برای نمره کل دو گروه مورد مطالعه

آماره	جهت گیری گفت و شنود	جهت گیری همنوایی	رابطه مادر با فرزند	رابطه پدر با فرزند
Boxs M	۰/۱۸۸	۳/۳۱۳	۰/۰۱۱	۲/۹۵۴
F	۰/۱۸۹	۳/۲۴۱	۰/۰۱	۲/۷۴۹
dF1	۱	۱	۱	۱
dF2	۱۰۰۹۴/۱	۱۰۰۹۱/۱	۱۰۰۹۰/۱	۱۰۰۹۰/۱
Sig	۰/۶۶۷	۰/۰۶۹	۰/۹۱۷	۰/۰۷۷

جدول ۴ نتایج آزمون باکس را نشان می دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل ممیزی برای الگوهای ارتباطی خانواده و رابطه والد- فرزند در بین دو گروه

متغیر	F	dF1	dF2	P
الگوهای ارتباطی	۴۹۷۳/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱
خانواده	۳۴۱/۰۱۳	۱	۵۸	۰/۰۰۱
رابطه والد- فرزند	۲۴۱۶۰/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۰۱
رابطه پدر با فرزند	۱۷۱۶/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد بین الگوهای ارتباطی خانواده و رابطه والد- فرزند در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و دانش‌آموزان بدون لکنت تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون باکس برای نمره کل دو گروه مورد مطالعه

Boxs M	۲/۲۲۴
F	۱/۹۷۲
dF1	۱۵
dF2	۱۳۵۴/۱
Sig.	۰/۰۷۴

جدول ۶ نتایج آزمون باکس را نشان می‌دهد.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل ممیزی برای متغیر کیفیت زندگی در بین دو گروه

متغیر	F	dF1	dF2	P
سلامت جسمانی	۱/۰۰۹	۱	۵۸	۰/۰۶۶
سلامت روانی	۱۱۴۵/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱
روابط اجتماعی	۱,۲۳۳	۱	۵۸	۰/۰۷۵
سلامت محیط	۶۲۹/۳۸۳	۱	۵۸	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۱۴۶۸/۱	۱	۵۸	۰/۰۰۱

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد بین مولفه‌های سلامت روانی، سلامت محیط و کیفیت زندگی کل در والدین دانش آموزان دارای لکنت و والدین دانش آموزان بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین مولفه‌های سلامت جسمانی و روابط اجتماعی در والدین دانش آموزان دارای لکنت و بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شیوع‌شناسی لکنت زبان در دانش آموزان دوره ابتدایی و عوامل خانوادگی مرتبط با آن صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد شیوع لکنت زبان ۴/۹۱ درصد (پسر ۵/۵۸ درصد و دختر ۳/۱۶ درصد) در بین نمونه‌های مورد مطالعه می‌باشد. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش وارث و وزیریان (۱۳۸۰)، معصومی جهندیزی (۱۳۸۰)، کراینگ و همکاران (۲۰۰۹)، سلیمانی و همکاران (۱۳۹۱)، ریللی و همکاران (۲۰۱۰) و رستم زاده (۱۳۹۲) مطابقت داشت. م. عصومی جهندیزی (۱۳۸۰) در مطالعه‌ای خود شیوع لکنت زبان را ۶/۴ درصد گزارش کرده است. کراینگ و همکاران (۲۰۰۹) در نتایج بررسی خود گزارش کردند شیوع لکنت در کودکان پیش دبستانی ۳ تا ۵ درصد و در کودکان ۱۰-۶ ساله حدود ۱/۴۴ درصد و در نوجوانان حدود ۵ درصد و در پسران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران است. همچنین رستم زاده (۱۳۹۲) در بررسی شیوع اختلالات گفتاری در دانش آموزان مقطع ابتدایی شهرستان اهواز، شیوع لکنت زبان را ۲/۱ درصد، اختلال صوتی ۶/۴ درصد و نارساخوانی ۰/۸ درصد بیان کرده است. در خصوص شیوع لکنت زبان باید متذکر شد که این میزان شیوع با نتایج مطالعات دیگر مطابقت داشته و نشانگر این موضوع می‌باشد که شیوع لکنت در بین دانش آموزان ابتدایی شهر اردبیل تقریباً همپای سایر مناطق بوده که این عامل می‌تواند نشانگر تاثیر عوامل مختلف بر شیوع لکنت باشد. علاوه بر این وجود دوزبانه بودن در شهر اردبیل نیز می‌تواند تاثیری در این مشکل داشته باشد به طوری که وجود تفاوت در بین زبان مادری و زبان آموزش می‌تواند موجب برخی از مشکلات گفتاری و نیز لکنت زبان گردد.

قسمت دیگر نتایج نشان داد بین مولفه‌های جلب حمایت فرزندان، رابطه فردی با خویشاوندان خود و رابطه خانوادگی با همسر و دوستان در والدین کودکان دارای لکنت و والدین کودکان بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود داشت. اما بین مولفه جدا کردن امور مالی از یکدیگر در والدین در دانش‌آموزان دارای لکنت و بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش اوسی و دیلر^۱ (۲۰۰۰)، برائتی (۱۳۸۸) چارلز (۲۰۰۸)، ایلین^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، کریایگ و همکاران (۲۰۰۹)، شومان و میدلر (۲۰۱۰)، آسلم (۲۰۱۳)، موحدی و فخری (۱۳۹۳)، بیلبی^۳ (۲۰۱۴) و اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) همخوانی داشت. اوسی و دیلر (۲۰۰۰) در نتایج بررسی خود گزارش کردند در خانواده‌های کودکان دارای لکنت زبان، تنش والدین در خانواده بیشتر از خانواده‌های کودکان بدون لکنت می‌باشد. اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی نشان دادند که در بین خانواده‌های که والدین ارتباطات خانوادگی نامناسبی داشتند، شیوع لکنت بیشتر از خانواده‌های بدون مشکلات بود. چارلز (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان داد عدم ارتباط مناسب بین زوجین و اعضای خانواده، عدم ارتباط مناسب با کودک، عدم توجه و تشویق کودک از جمله عوامل ارتباطی بین کودک و زوجین تاثیرگذار بر لکنت زبان و همچنین افزایش شدت آن بود. ایلین و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان دادند نحوه رفتار والدین با یکدیگر (ارتباطات والدین) از عوامل محیطی مؤثر در شروع لکت زبان کودکان محسوب می‌گردد. در خصوص تبیین این نتیجه قابل بیان است که وجود لکنت زبان همواره معلول علل بدنی، عاطفی، اجتماعی و یا ترکیبی از این عوامل است (فراسر^۴، ۱۹۹۴). در واقع نگاهی دقیق و همه‌جانبه به مشکل کودکان دارای لکنت زبان و سایر اختلالات گفتاری نشان می‌دهد که در کنار وجود عللی چون مسائل ژنتیکی، عصب شناختی به عنوان عوامل اصلی اختلال، محیط خانواده نقش ویژه‌ای را

1. Avci & Diler
2. Eileen
3. Beilby
4. Fraser

در این میان بازی می‌کند. والدینی که دائماً در حال مشاجره و تعارض هستند، در مقایسه با خانواده‌های بدون مشاجره، کمتر به فکر رسیدگی به فرزندان خود و مشکلات آنان می‌باشند و براساس نتایج مطالعات لینونن (۲۰۰۳) وجود تعارضات بین والدین در کودکان به صورت تنش، اضطراب، عدم تمرکز حواس، عصبی بودن، ترس، کم‌رویی، عدم اعتماد به نفس جلوه‌گر می‌شود، که این عامل بر لکنت زبان کودک تاثیر دارد. همچنین نتایج مطالعه امیری (۱۳۸۸) نیز نشان داد بین وجود اضطراب، عصبی بودن کودک و تنش با شدت یافتن لکنت رابطه مثبت معناداری وجود دارد.

همچنین قسمت دیگر نتایج نشان داد بین الگوهای ارتباطی خانواده و رابطه والد - فرزند در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و دانش‌آموزان بدون لکنت تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش اوسی و دیلر (۲۰۰۰)، براتسی (۱۳۸۸) چارلز (۲۰۰۸)، ایلین و همکاران (۲۰۰۸)، کریاینگ و همکاران (۲۰۰۹)، شومان و میدلر (۲۰۱۰)، آسلم (۲۰۱۳)، موحدی و فخری (۱۳۹۳)، بیلبی (۲۰۱۴)، اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) و شلیا و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی داشت. ایلین و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان دادند رفتار والدین با کودکان (الگوهای ارتباطی والدین) از عوامل محیطی مؤثر در شروع لکنت زبان کودکان محسوب می‌گردد. موحدی و فخری (۱۳۹۳) در تحقیقی نشان دادند که والدین کودکان دارای لکنت نمرات پایین در مولفه روابط و کنترل رفتاری، برقرار ارتباط مؤثر با فرزندان کسب کردند. شومان و میدلر (۲۰۱۰) در نتایج نشان دادند والدین کودکان دارای لکنت دارای ارتباط آشفته و الگوی مذاکره بین زوجی نامناسبی در مقایسه با والدین کودکان غیر لکنتی داشتند. همچنین آسلم (۲۰۱۳) در تحقیقی نشان داد وجود مشکلات عاطفی - احساسی در خانواده‌ها تاثیر بسزایی در پیدایش و شدت یافتن لکنت زبان کودکانشان داشت. بعلاوه بیلبی (۲۰۱۴) در تحقیقی نشان داد رفتار اعضای خانواده تاثیر بسزایی بر مشکل لکنت زبان کودکانشان دارد. از سوی دیگر نتایج تحقیقات نشان داده است که اختلال گویایی در خانواده‌های دارای روابط پویا کمتر مشاهده شده است (شلیا و همکاران،

۲۰۱۶). در خصوص تبیین این نتیجه قابل بیان است که والدین و کل اعضای خانواده در خانواده‌های بدون لکنت دارای ارتباطات مناسب (الگوی جهت‌گیری گفت و شنود) می‌باشند. در این خانواده‌ها کودکان اعضای خانواده خود را جزئی از گروه خانواده دانسته و در جهت رشد آن تلاش می‌کنند و در زمان مواجهه با مشکل و عدم توانایی در حل آن سایر خانواده در جهت رفع آن و سازگاری مجدد وی به یاری‌اش می‌پردازند. چنین پیوندی بین اعضا منجر به کاهش بسیاری از ارتباطات و رفتارهای نامناسب، کاهش اضطراب، استرس و ... می‌گردد که این عامل می‌تواند بر عدم شروع لکنت در این خانواده‌ها تاثیر گذارد.

دیگر یافته‌های مطالعه نشان داد بین رابطه والد - فرزند در دانش‌آموزان دارای لکنت زبان و دانش‌آموزان بدون لکنت تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با یافته‌های پژوهش ماهر و تروشن (۲۰۰۰)، چارلز (۲۰۰۸)، ایلین و همکاران (۲۰۰۸)، کریاینگ و همکاران (۲۰۰۹) و گارت اشتاین و همکاران (۲۰۰۹) همسویی داشت. چارلز (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان داد عدم ارتباط مناسب بین زوجین و اعضای خانواده، ارتباط آشفته بین اعضای خانواده از جمله عوامل ارتباطی زوجین تاثیر گذار بر لکنت زبان در کودکان می‌باشد. ایلین و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیقی نشان دادند بین ارتباط والد - کودک تفاوت معناداری در دانش‌آموزان با و بدون لکنت وجود دارد. به طوری که دانش‌آموزان دارای لکنت زبان ارتباط کمتری با پدر و مادر داشتند. در خصوص تبیین این یافته می‌توان بیان کرد رابطه بین والدین و کودکان یکی از اساسی‌ترین ارتباطات مؤثر بر شکل‌گیری ویژگی‌های کودکان می‌باشد. با توجه به اینکه وجود لکنت زبان همواره معلول علل بدنی، عاطفی، اجتماعی و یا ترکیبی از این عوامل است (فراسر، ۱۹۹۴)، بنابراین والدینی که ارتباط بیشتر و بهتری با فرزندان خود دارند، در مقایسه با والدین دارای ارتباط ضعیف، تأثیر بیشتری بر گفتار کودکان خود می‌گذارند و بدیهی است که عدم وجود این ارتباط می‌تواند تأثیر منفی بر لکنت زبان کودکان داشته باشد. به طوری که در این راستا مطالعه گارت اشتاین و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد والدین کودکان دارای لکنت زبان نیز از کارکرد خانواده ضعیف‌تری برخوردار بودند. همچنین ماهر و

تروشن (۲۰۰۰) نیز نشان دادند، بسیاری از مشکلات هیجانی و عاطفی می‌تواند بر روی گفتار کودکان تاثیر گذاشته و باعث تشدید اختلال گفتاری و لکنت زبان آن‌ها شود. از سوی دیگر نتایج تحقیقات نشان داده است کودکان دارای لکنت زبان، واکنش‌های عاطفی منفی بیشتری نسبت به کودکان بدون لکنت زبان از خود نشان می‌دهند (تورو و والدن، ۲۰۱۳).

همچنین یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد بین مولفه‌های سلامت روانی، سلامت محیط و کیفیت زندگی کل در والدین دانش آموزان دارای لکنت و والدین دانش آموزان بدون لکنت زبان تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش‌های موحدی و فخری (۱۳۹۳)، بیلبی (۲۰۱۴) و آماندا و ریجینا^۱ (۲۰۱۴) همخوانی داشت. همچنین موحدی و فخری (۱۳۹۳) در تحقیقی نشان دادند والدین کودکان دارای لکنت زبان در مقایسه با والدین کودکان عادی نمرات پایینی در سلامت روانی کسب کردند. بیلبی (۲۰۱۴) تحقیقی نشان داد وجود لکنت زبان موجب مشکلات اجتماعی، خود آگاهی، واکنش به لکنت زبان، مشکلات ارتباطی در روزانه و کاهش کیفیت کلی زندگی فرد مبتلا منجر به پیدایش مشکلاتی برای اعضای خانواده می‌گردد. بعلاوه آماندا و ریجینا (۲۰۱۴) در تحقیقی گزارش کردند لکنت زبان کودکان ۳۵ درصد در نمرات کیفیت زندگی والدین نقش داشت و این والدین در مقایسه با والدین دانش آموزان بدون مشکلات گفتاری کیفیت زندگی پایینی داشتند. در خصوص تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود که کیفیت زندگی یکی از عوامل تاثیرگذار بر سلامت کودکان می‌باشند. والدین و کودکان همواره با یکدیگر در تعامل می‌باشند، بنابراین کودکان همواره تحت تاثیر نحوه زندگی و کیفیت والدین می‌باشند. والدینی که از کیفیت زندگی (سلامت روانی، جسمانی، محیطی و ...) برخوردارند، عملکرد بهتری در زمینه روابط، حل مساله و کنترل رفتاری و ... دارند و وقت و انرژی بیشتری برای فرزندان خود صرف می‌کنند.

در نهایت می‌توان بیان کرد شیوع لکنت در بین دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهر اردبیل همپا با دیگر مناطق بوده و نقش برخی از متغیرهای خانوادگی در شیوع لکنت پررنگتر می‌باشد. پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان دارای اختلال لکنت زبان صورت گرفته است و در تعمیم نتایج به انواع اختلالات گفتاری (اختلال تولید، شتابان‌گویی) محدودیت می‌باشد. براین اساس پیشنهاد می‌گردد این پژوهش بر روی انواع اختلالات گفتاری صورت گیرد. همچنین با توجه به شیوع اختلال لکنت زبان در دانش‌آموزان پایه ابتدایی، پیشنهاد می‌گردد سازمان آموزش و پرورش در مواقع ثبت نام دانش‌آموزان از حضور گفتاردرمانگران برای شناسایی کودکان دارای مشکلات تکلم بهره گرفته و برنامه‌هایی در طول سال برای کاهش مشکلات تلکم این دانش‌آموزان تدارک ببینند.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. (۱۳۹۳). نشر روان.
- برائتی، محمد. (۱۳۸۸). عوامل مؤثر بر کاهش علائم لکنت زبان. مقاله پژوهشی. *مجله توانبخشی*، ۵(۶)، ۶۹-۷۵.
- ثنایی، باقر. (۱۳۷۹). مقیاس خانواده و ازدواج. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.
- جعفرزاده، تکتم و محمدی پور، محمد. (۱۳۹۴). بررسی رابطه فشارزاهای روانی، تعارضات والد-فرزند با اختلال بی‌اشتهایی عصبی در دختران ۱۷ تا ۲۰ ساله شهر بجنورد. *فصلنامه پژوهش‌های تربیتی*، ۱۰(۲)، ۱-۱۰.
- جهانی‌زنگیر، حسن. (۱۳۹۱). *بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی و الگوهای ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- رستم زاده، غزاله. (۱۳۹۲). *بررسی میزان شیوع اختلالات گفتاری و زبانی (نارسا خوانی) دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهرستان اهواز*. طرح پژوهشی، آموزش و پرورش اهواز.

سلیمانی، اکرم؛ محمدی، هیوا؛ خزایی، حبیب اله و ارتیاحی، فرانک. (۱۳۹۱). شیوع اختلالات گفتاری در دانش آموزان مقطع دبستان شهر کرمانشاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)*، ۱۵(۳)، ۲۱۹-۲۱۳.

معصومی جهندی، حسین. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اختلالات گفتاری در کودکان دبستانی شهر زنجان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۹(۶)، ۱۷-۲۱.

موحدی، زینب و فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۳). مقایسه کارکرد خانواده و سلامت روانی والدین کودکان دارای لکنت زبان و والدین کودکان عادی. *فصلنامه نسیم تندرستی*، ۲(۴)، ۲۷-۴۵.

نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، ۵۶-۴۹.

Amanda, B. Z. & Regina, Y. C. (2014). Quality of life of caregivers of children and adolescents with speech and language disorders. *CoDAS*, 25(2): 259-264.

Aslam, N. (2013). Stuttering Among Children Exposed to (Family) High Expressed Emotion Families. *Ann Med Health Sci Res*, 3(3): 469-470.

Avci, A. & Diler, R. (2000). Comorbidity of Obsessive Compulsive Symptoms with Childhood Stuttering. *Eur Psychiatry*, 13(4): 236.

Bakhtiar, M., Soleimani, Z. & Mahmoudi Bakhtiari, B. (2007). Comparison of nonword repetition ability of stuttering and nonstuttering 5-8 years old children: A review on covert repair hypothesis. *Journal of Rehabilitation*. 7 (4): 47-51. (Persian).

Beilby, J. M., Byrnes, M. L. & Yaruss, J. S. (2012). The impact of a stuttering disorder on western australian children and adolescents. *Sig 4 perspectives on fluency and fluency disorders*. 22: 51-62.

Beilby, J. (2014). Psychosocial Impact of Living with a Stuttering Disorder: Knowing Is Not Enough. *Seminars in Speech and Language*, 35(2): 132-143.

Boulet, S.L., Boyle, C.A. & Schieve, L.A. (2009). Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 163(1): 19-26.

Charles, D. H. (2008). An Investigation of Family Relationships for People Who Stutter.

Conture, E.G. (2004). *Linguistic Processes and childhood stuttering: Many's a slip between intention and lip*, In: Ben Massen, Raymond Kent, Herman peters, Speech motor control, Oxford University Press.

Craig, A., Blumgart, E. & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *J Fluency Disord*, 34: 61-71.

Craig, A., Blumgart, E. & Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of speech, language, and hearing research*. 54: 1485-1496.

- Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A., Lambert, W.E. & Tumanova, V. (2013). Behavioral inhibition and childhood stuttering. *J fluency disord*, 38(2):171-183.
- Eileen, M., Savelkoul, A.L., Patricia, M. & Zebrowski, B. (2008). Coordinated interpersonal timing in the conversations of children who stutter and their mothers and fathers. *Journal of Fluency Disorders*, 32: 1-32.
- Emami Meibodi, A., Bani Jamali, S., Yazdi, S.M., Shafiee, M. & Moazeni, A. (2016). Studying the relationship between reactions to the stuttering and quality of life experienced by individuals affected by stuttering. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 11(41): 77-87. (Persian).
- Fraser, M. (1994). *Self-therapy for the stutterer*. Memphis: Stuttering Foundation of America.
- Gabriela, M., Maria, C., Daniela, R. & Molini, M. (2013). Risk factors identification in children with speech disorders: pilot study. *CoDAS*, 15(4): 74-80.
- Gartstein, M.A., Bridgett, D.G., Dishion, T.J. & Kaufman, N.K. (2009). Depressed Mood and Maternal Report of Child Behavior Problems: Another look at the Depression-Distortion Hypothesis. *Journal of Applied Development Psychology*, 30(2): 149-160.
- Gojebiglou, S., Shirabadi, A., Jani, S. & Pouresmali, A. (2015). Effectiveness of art Therapy Based on Painting Therapy to Reduce Anxiety of Children with Stuttering. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 23(2): 53-60. (Persian).
- Jokar, B. & Rahimi, M. (2008). Jowkar B, Rahimi M. Study of the effect of family communication patterns on happiness in a group of high school students in Shiraz. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (4): 376-384. (Persian).
- Leinoen, J.A. (2003). Parent Mental Health and Children's Adjustment: *Child Psychology and Psychiatry*, 44(2): 41-227.
- Mahr, G.C. & Torosian, T. (2000). Anxiety and Social Phobia in Stuttering. *Journal Fluency Disord*, 24(2): 26-119.
- Ntourou, K. E. G. & Walden, T. A. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *J fluency disord*, 38(3):260-274.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M. & Prior, M. (2010). Predicting stuttering onset by the age of 3 years: a prospective, community cohort study. *Journal of Pediatrics*, 123(1): 7-270.
- Ritchie, L. D. & Fitzpatrick, M. A. (1994). Family communication patterns: Measuring intrapersonal perceptions of interpersonal relationships. *Communication Research*. 17(4): 523-544.
- Sanaee, B. (2000). *Scales of family and marriage*, The first edition, Tehran: Besat Publication. (Persian).
- Shelia, M., Kennison, K. & Jennifer, B. (2016). Gender Differences in Beliefs about Infant-Directed Speech: The Role of Family Dynamics. *Child Development Research*, 12(2): 519-527.
- Shuman, C. L. & Mallard, R. A. (2010). *Negotiation patterns of families with stuttering and non-stuttering children*. Section 5. Language, Speech and Discourse. 265-270.

- Silverman, W.H. (1980). Primary presenting problem and mental health service delivery. *Journal of Community Psychology*, 8(1): 125-131.
- Smith, A., Goffman, L., Sassekaran, J. & Weber-Fox, C. (2015). Language and motor abilities of preschool children who stutter: evidence from behavioral and kinematic indices of nonword repetition performance. *J Fluency Disord* 2012 [4 screens]. Available at URL:<http://dx.doi.org/10.1016/j.fludis.htm>. Accessed.
- Ward, D. (2007). *Stuttering and Cluttering: Frameworks for understanding treatment*. Hove and New York City: Psychology Press.

Epidemiology of stuttering in primary school students and family factors associated with it

S. Aghajani¹, R. Ghorbani²

Abstract

The aim of this study was Epidemiology of stuttering in primary school students and family factors associated with it. The research is descriptive and causal-comparative and also a cross-sectional survey. The target population included all elementary school students in Ardabil city in the school year 1395- 1394. This study was a multi-stage cluster sampling method that based on this method after the identification, 30 individuals with stuttering and 30 individuals were selected for comparison. Data collection took place with revised questionnaire Family communication patterns, ratings of parent-child, parent conflict and the World Health Organization Quality of Life. Data analysis was performed using discriminant analysis. The results showed that 4.91 percent of the studied samples were stuttering. The prevalence of stuttering in male students was 6.08 percent and was 3.16 percent in female students. Components of children's protection, personal relationship with their relatives and family relationship with spouse and friends in parents of children without stuttering are more than students with stuttering. In addition, pattern-orientated dialogue was higher at students without stuttering and conformity orientation pattern was higher in students with stuttering. The relationship between the parent (mothers and fathers) with children were more in students without stuttering. In addition, quality of life and mental health components and environmental health in the parents of students without stuttering was more than parents with stuttering students. According to these results, it can be said that the prevalence of stuttering among primary school students in Ardabil city is along with other areas and the role of family variables in the prevalence of stuttering is more pronounced.

Key words: Stuttering, parent conflicts, family communication patterns, quality of life, parent-child relationship.

1. Corresponding Author: Assistant of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili. (sf_aghajani@yahoo.com)
2. M.A of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.