

Winter 2026, Volume 14, Issue 4

Comparison of Defense Styles, Attachment, Ambiguity Tolerance and Affective Style in Parents of Children with and without Speech and Language Disorders

Erfanah Rahimi Molaei¹, Afsaneh Sobhi^{2*}, Mohammad Ebrahim Sarichlou³

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3- Assistant Professor, Clinical Research Development Unit, 22 Bahman Hospital, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Corresponding author: Afsaneh Sobhi, Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

Email: psychsobhi@gmail.com

Received: 22 Nov 2024

Accepted: 3 Jan 2025

Abstract

Introduction: Speech and Language disorders in children, as one of the basic challenges in psychological and social development, have profound effects on parents' lives and the quality of family interactions. Therefore, the current research was conducted with the aim of comparing defensive styles, attachment, ambiguity tolerance and affective styles in parents of children with and without speech and Language disorders in Qazvin city.

Methods: The present research method was descriptive-comparative. The statistical population included mothers of 1-5-year-old children with speech and Language disorders and parents of children without disorder in Qazvin city. The research sample included 200 parents of children with and without speech and Language disorders, who were selected by targeted and convenience sampling. Data collection instruments include demographic questionnaire, "Defense Style Questionnaire", "Revised Adult Attachment Scale", "Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II" and "Affective Style Questionnaire". The validity of the instruments was limited to previous researches. The reliability of the instruments was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were collected by referring parents of children with speech and language disorders to the speech therapy department of Quds Specialized Pediatric Hospital, as well as from parents of children without disorder in several kindergartens in Qazvin city. The data was analyzed in SPSS .27.

Results: There is a significant difference between defensive styles ($P<0.05$), attachment ($P<0.05$), ambiguity tolerance ($P<0.01$) and affective style ($P<0.05$) in 2 groups.

Conclusions: Parents of children with speech and language disorders, compared to parents of children without disorder, exhibit different patterns in coping with challenges and managing feelings. It is recommended that the findings of the present study be utilized to develop supportive and counseling strategies for parents of such children, ultimately enhancing parent-child interactions and providing more effective support for the speech and language of the children.

Keywords: Defense Styles, Attachment, Ambiguity Tolerance, Affective Style, Parents of Children with Speech and Language.

مقایسه سبک دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام و سبک عاطفی در والدین کودکان با و بدون اختلالات گفتار و بیان

عرفانه رحیمی ملائی^۱، افسانه صبحی^{۲*}، محمد ابراهیم ساریچلو^۳

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۳- استادیار، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان ۲۲ بهمن، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: افسانه صبحی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.
ایمیل: psychsobhi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

چکیده

مقدمه: اختلالات گفتار و بیان در کودکان به عنوان یکی از چالش‌های اساسی در رشد روانی و اجتماعی، تأثیرات عمیقی بر زندگی والدین و کیفیت تعاملات خانوادگی دارد. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام و سبک عاطفی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان در شهر قزوین صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل والدین کودکان ۱ تا ۵ ساله با اختلالات گفتار و بیان و والدین کودکان سالم در شهر قزوین بودند. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ تن از والدین کودکان با و بدون اختلالات گفتار و بیان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه سبک دفاعی" (Defense Style Questionnaire)، "مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده" (Revised Adult Attachment Scale)، "مقیاس تحمل ابهام برای محرک‌های چندگانه - ۲" (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II) و "پرسشنامه سبک عاطفی" (Affective Style Questionnaire) بود. روایی ابزارها به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. داده‌ها از والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و بیان در بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال قدس و همچنین از والدین کودکان سالم در چند مهدکودک در شهر قزوین گردآوری شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین سبک دفاعی ($P < 0/05$)، دلبستگی ($P < 0/05$)، تحمل ابهام ($P < 0/01$) و سبک عاطفی ($P < 0/05$) در ۲ گروه، تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان در مقایسه با والدین کودکان سالم، سبک‌های دفاعی متفاوتی در مواجهه با چالش‌ها و مدیریت احساسات دارند. پیشنهاد می‌شود راهکارهای حمایتی و مشاوره‌ای به والدین این کودکان داده شود تا به بهبود تعاملات والد-کودک و حمایت مؤثرتر از روند رشد گفتار و بیان کودکان منجر شود.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام، سبک‌های عاطفی، والدین دارای فرزندان با اختلالات گفتار و بیان.

مقدمه

برقراری ارتباط از طریق گفتار و بیان، یک فرایند پیچیده و در عین حال طبیعی است که در اثر رشد ارتباطی کودک از طریق گریه کردن، نق زدن، لبخند و حالات چهره حاصل می شود (۱). بطور کلی، اختلالات گفتار و بیان (speech and language disorders) یکی از رایج ترین مشکلات رشد در دوران کودکی است. براساس تعریف انجمن گفتار و شنوایی آمریکا این اختلال را به عنوان ناتوانی در تولید صدا، درک بیان یا بیان به شیوه ای ناصحیح تعریف می کند (۲). این کودکان در برقراری ارتباط با محیط و اطرافیان خود مشکل دارند (۳). پژوهش های مختلف در این زمینه، تأثیر این اختلال را فراتر از اجزای سطحی آن نشان داده اند و گزارش کردند که این اختلال نه تنها بر روی خود فرد، بلکه بر خانواده او نیز اثرات روانی و اجتماعی دارد (۴، ۵). بطوری که، بیش از نیمی از شرکت کنندگان در یک پژوهش گزارش کردند که به دلیل لکنت (stuttering) فرزندشان، تأثیر عاطفی منفی را تجربه کرده اند و بخش زیادی نیز گزارش دادند که لکنت بر ارتباط آن ها با فرزندشان تأثیر گذاشته است (۶).

یکی از متغیرهایی که بر سطح شناخت و هیجانات والدین فرزندان ناتوان بصورت ناخودآگاه اثربخشی دارد و سبب تشویش در نظام هیجانی آن ها می شود، سبک دفاعی (defense style) می باشد (۷). سبک دفاعی، به فرد کمک می کنند با اضطراب کنار بیایند و از درهم شکسته شدن خود (ego) جلوگیری می کند. این سبک ها ۲ ویژگی دارند: واقعیت را انکار می کنند و در سطح ناهشیار عمل می کنند (۸). سبک های دفاعی پویا هستند و در سلسله مراتبی از کم بالغ ترین تا بالغ ترین قرار می گیرند (۹، ۱۰). نتایج پژوهش عباسی و پیرانی نشان داد بین میانگین نمره سبک های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزاده در گروه های مطالعه شده، تفاوت معناداری وجود دارد و سطح سبک های دفاعی رشد یافته در مادران دارای فرزند ناشنوا در مقایسه با پدران دارای فرزند ناشنوا و ناتوان هوشی بالاتر است (۱۱). همچنین گنجی، در پژوهشی تفاوت میان مادران کودکان با و بدون ناتوانی یادگیری در متغیرهای تنظیم هیجان و سبک های دفاعی پرداختند. نتایج نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری به طور معناداری بالاتر از سبک های دفاعی نابالغ مانند انکار و فرافکنی استفاده می کنند و در تنظیم هیجانات منفی مانند خشم و اضطراب نیز دچار مشکل بالاتری هستند. این یافته ها نشان می دهد که شرایط تنش زای تربیت کودک با نیازهای

خاص می تواند بر سلامت روان والدین تأثیرگذار باشد (۱۲). دلبستگی (attachment) از دیگر متغیرهای پژوهش حاضر می باشد. نظریه دلبستگی توسط Bowlby مطرح شد (۱۳). دلبستگی پیوند عاطفی عمیقی است که افراد خاص در زندگی خود دارند که باعث می شود وقتی با آن ها تعامل کنند، لذت ببرند و در مواقع تنش از همجواری با آن ها احساس آرامش کنند (۱۴). دلبستگی شامل: دلبستگی ایمن (secure attachment)، دلبستگی اجتنابی (attachment avoidance) و دلبستگی مضطرب-دو سو گرا (anxious-ambivalent attachment) می باشد (۱۵). در توضیح ویژگی های ۳ سبک دلبستگی می توان گفت که اشخاص با دلبستگی ایمن، در موقعیت ها احساس آسودگی و امنیت می کنند و شکلی مثبت، حمایت کننده و پاسخ دهنده از دیگران دارند. اشخاص با دلبستگی نایمن اجتنابی، در برقراری روابط عاطفی با دیگران مشکل دارند و تلاش می کنند از برخورد با دیگران امتناع کنند و اشخاص با دلبستگی مضطرب-دو سو گرا در موقعیت پیچیده به دشواری به احساس راحتی و آسایش می رسند. آن ها در گرایش به نزدیکی و کناره گیری از دیگران در نوسان می باشند و در مواجهه بحران ها آسیب پذیر می باشند (۱۶). نتایج پژوهش Avdeeva نشان داد که مادران کودکان با تاخیر در رشد گفتار، اغلب سبک دلبستگی مضطرب-دو سو گرا و اجتنابی، کاهش حساسیت و احساسات منفی را نشان می دهند (۱۷). همچنین نتایج مطالعه میکائیلی و همکاران نشان داد که میان دلبستگی مضطرب-دو سو گرا و ایمن مادران کودکان مبتلا به اختلالات افسردگی و اضطرابی و کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. بعلاوه، دلبستگی مضطرب-دو سو گرا و ایمن می تواند به عنوان پیش بینی کننده های اضطراب باشد (۱۸).

یکی دیگر از متغیرهایی که ممکن است والدین کودکان مبتلا به اختلالات گفتار و بیان با آن مواجه شوند، تحمل ابهام (ambiguity tolerance) است. این مفهوم برای اولین بار توسط روانشناس آمریکایی، Frenkel-Brunswik مطرح شد (۱۹). تحمل ابهام به عنوان روشی که فرد با یک موقعیت پیچیده و غیرقابل درک مواجه می شود، تعریف می گردد (۲۰). این افراد در اغلب موارد در موقعیت های مبهم دچار اضطراب، تنش و درگیری ذهنی می شوند و در ارزیابی موقعیت های جدید ناکام می مانند (۲۱). نریمانی در پژوهش خود تحمل ابهام را در ۲ گروه از مادران، شامل مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص و مادران کودکان دارای رشد طبیعی، مورد مقایسه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران کودکان با ناتوانی یادگیری

دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام و سبک های هیجانی در والدین کودکان با و بدون اختلالات گفتاری و بیان در شهر قزوین انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه ای می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه والدین فرزندان با اختلالات گفتار و بیان در بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال قدس و والدین فرزندان سالم شهر قزوین در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۲۰۰ تن بودند. لذا، ۱۰۰ تن از والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان به روش نمونه گیری هدفمند و دردسترس از افراد مراجعه کننده به منظور دریافت مراقبت برای اختلالات گفتار و بیان فرزندشان به بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال قدس شهر قزوین و ۱۰۰ تن از والدین کودکان سالم به روش نمونه گیری در دسترس از مهدکودک های منتخب شهر قزوین انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش والدین شامل داشتن کودک در دامنه سنی ۱ الی ۵ سال، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس خوداظهاری و عدم سابقه مراجعه به روانپزشک یا مصرف داروهای روانپزشکی، وضعیت تحصیلی از زیر دیپلم تا دکترا اعم از دکترای حرفه ای و دکترای تخصصی/پژوهشی و رضایت والدین بود. همچنین عدم تمایل به ادامه مشارکت در طول مطالعه و پاسخ به سوالات به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

جمع آوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی شامل: داشتن یا نداشتن اختلالات گفتار و بیان در کودک، جنسیت و نوع اختلال گفتار و بیان کودک در گروه والدین با فرزند مبتلا به اختلال گفتار و بیان و ابزارهای زیر انجام شد.

«پرسشنامه سبک دفاعی» (Defense Style Questionnaire) توسط Andrews و همکاران در سال ۱۹۹۳ (محل آن مشخص نشده) با ۴۰ عبارت طراحی شد (۲۹). ابزار شامل ۳ مولفه رشدیافته (mature)، دارای ۷ عبارت شامل: ۲۵، ۲۶، ۳۰، ۳۵، ۳۸، رشدنایافته (immature) با ۲۶ عبارت شامل: ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۴، ۳ و نوروپیک (neurotic) با ۷ عبارت شامل: ۴۰، ۳۹، ۳۲، ۲۸، ۲۴، ۲۱، ۱ را اندازه گیری می کند. پاسخ ها به صورت طیف ۹ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۹) درجه بندی شده است. حداقل نمره ۴۰ و حداکثر نمره ۳۶۰ می باشد. نمره ۴۰ تا ۸۰ به معنای سبک دفاعی پایین، ۸۱ تا ۱۲۰ سبک دفاعی متوسط و نمره ۱۲۱ و بالاتر به معنای سبک دفاعی

خاص، به طور معناداری از تحمل ابهام پایین تری برخوردارند. این یافته ها حاکی از آن است که داشتن فرزند با نیازهای آموزشی خاص ممکن است چالش هایی برای سلامت روان و توانمندی های روان شناختی والدین به همراه داشته باشد و نیاز به مداخلات حمایتی و آموزشی برای ارتقاء این مهارت ها را ضروری می سازد (۲۲). همچنین Lloyd & Hastings در مطالعه خود نشان دادند که تحمل ابهام همبستگی معناداری با سازگاری مادر در زمینه تربیت کودکان دارای ناتوانی ذهنی دارد (۲۳).

در نهایت آخرین متغیر مورد توجه پژوهش حاضر، سبک عاطفی (affective style) است. سبک عاطفی به عنوان روش های تنظیم هیجانی به کار می روند که به معنای تمایل به کنترل حالت های درونی، کنترل تکانه ها و رفتارها و انطباق آن با معیارها برای رسیدن به هدف است (۲۴). به نظر می رسد افرادی که دارای ویژگی های شخصیتی ناسازگار هستند، تمایل بالاتری به استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان غیر موثر را نشان داده و اکثریت آن ها شدت و تناسب ناکافی به پاسخ هیجانی را نشان می دهند که می تواند به چالش های قابل توجهی در زندگی آن ها منجر شود. به عنوان مثال، بیان نامناسب خشم این امکان را دارد که به طور غیرقابل برگشت به روابط بین فردی آسیب برساند، در حالی که عدم وجود بیان های عاطفی خاص ممکن است ناراحتی فرد را تشدید کند (۲۵، ۲۶). Hofmann & Kashdan سه سبک عاطفی شامل سبک پنهان کاری (concealment)، سازگاری (adaptation) و تحمل (tolerance) را معرفی کردند (۲۶). نتایج پژوهش خوزانی و همکاران نشان داد که تحمل پریشانی در مادران کودکان دارای معلولیت جسمی-حرکتی پایین تر و میزان درگیر شدن با هیجانات منفی در این گروه از مادران بالاتر است (۲۷). همچنین Keleynikov و همکاران گزارش کردند که والدین کودکان دارای ناتوانی های رشدی، ذهنی، جسمی و اوتیسم، الگوهای بی نظمی عاطفی و هیجانی را نشان می دهند که با پیامدهای منفی هم برای والدین و هم برای کودک همراه است. این والدین به میزان پایین تری از سبک های عاطفی سازگار استفاده می کنند (۲۸). علیرغم مطالعات متعدد در مورد اختلالات گفتار و بیان در ایران، پژوهش ها در مورد متغیرهای روانشناختی والدین دارای فرزند مبتلا به اختلالات گفتار و بیان کمبود وجود دارد. ادبیات موجود عمدتاً به بررسی صفات روانشناختی والدین با کودکانی مبتلا به اختلال لکنت و اختلالات مشابه مواجه هستند، می پردازد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک های

بالا است (۲۹).

Hayashi و همکاران روایی ملاکی به روش روایی همزمان «پرسشنامه سبک دفاعی» با «سیاهه شخصیت مودسلی» (Inventory Personality Maudsley) را روی ۶۰۶ تن از دانشجویان دانشگاه Rikkyo در ژاپن بررسی و نمره کل ۰/۴۵؛ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق (عدد بدست آمده گزارش نشده) و ثبات به روش باز آزمون (فاصله زمانی گزارش نشده) روی ۲۸۴ تن از دانشجویان فوق بررسی و بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۷ گزارش شد (۳۰). همچنین در پژوهش Martini و همکاران روایی ملاکی به روش روایی همزمان «پرسشنامه سبک دفاعی» با «پرسشنامه شخصیت آیزنک - تجدید نظر شده» (Eysenck Personality Questionnaire-Revised) روی ۶۲۸ تن از ساکنان رم و اطراف آن بررسی شد. نتایج ضریب همبستگی بین مولفه رشد نیافته با مولفه روان رنجوری «پرسشنامه شخصیت آیزنک - تجدید نظر شده» ۰/۷۸؛ مولفه نوروتیک با مولفه های روان رنجوری و روان پریشی ۰/۳۳ و مولفه رشد یافته با مؤلفه برون گرایی ۰/۳۶ نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای مولفه های رشد نیافته، نوروتیک و رشد یافته به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش شد (۳۱).

در ایران نیز احتشام زاده و همکاران روایی ملاکی به روش همزمان «پرسشنامه سبک دفاعی» با «سیاهه پنج عاملی شخصیت نئو» (NEO Five-Factor Inventory) را روی ۲۲۳ تن از کارکنان بخش تولید و تعمیرات و کارکنان بخش اداری شرکت فولاد استان خوزستان، مورد سنجش قرار دادند. نتایج حاکمیت مولفه رشد یافته با مولفه ناپایداری هیجانی از «سیاهه پنج عاملی نئو» ۰/۳۱، مولفه رشد نیافته با مولفه برون گرایی ۰/۱۴، مولفه نوروتیک با مولفه گشودگی نسبت به تجربه ۰/۱۶ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و تنصیف روی نمونه های فوق بررسی و برای کل ابزار به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بود (۳۲). در پژوهش حیدری نسب و همکاران روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه سبک دفاعی» با «سیاهه شخصیت شناسی نئو» روی ۱۰۶۷ تن از دانشجویان و دانش آموزان شهر تهران بررسی و نتایج (عدد بدست آمده گزارش نشده) تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و بین ۰/۵۰ و ۰/۷۲ گزارش شد (۳۳). «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده»

(Revised Adult Attachment Scale) توسط Collins & Read در دانشگاه کالیفرنیا جنوبی در سال ۱۹۹۰ طراحی شد (۳۴). ابزار دارای ۱۸ عبارت و ۳ زیر مقیاس شامل: اضطراب (anxiety) با ۶ عبارت (شامل ۱*، ۶*، ۸*، ۱۲*، ۱۳* و ۱۷*)، نزدیکی (close) با ۶ عبارت (شامل ۲*، ۵*، ۷*، ۱۴*، ۱۶* و ۱۸*) و وابستگی (depend) با ۶ عبارت (شامل ۳*، ۹*، ۱۰*، ۱۱* و ۱۵*) دارد. در مواردی که عبارت ها باید معکوس نمره گذاری شود با توجه به دستورالعمل نمره گذاری، با علامت * مشخص شده اند. روش نمره گذاری این ابزار به صورت ۵ درجه ای لیکرت: از به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد: (۱) تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد (۵) درجه بندی شده است. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۹۰ می باشد. نمره بین ۱۸ تا ۳۶ بیانگر دلبستگی ضعیف، نمره بین ۳۶ تا ۵۴ دلبستگی متوسط و نمره بالاتر از ۵۴ نشان دهنده دلبستگی قوی می باشد (۳۴).

Collins & Read در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» روی ۱۳۰ تن از دانشجویان دانشگاه کالیفرنیا جنوبی آمریکا بررسی شد. یافته ها نشان دهنده تأیید ۳ عامل اصلی بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و نتایج شامل برای زیر مقیاس وابستگی ۰/۸۲، زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۰ و زیر مقیاس نزدیکی ۰/۸۵ گزارش گردید (۳۵). Teixeira و همکاران در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» (Revised Adult Attachment Scale) را روی ۱۴۳۶ شرکت کننده در برزیل بررسی کردند. نتایج تحلیل ها ساختار ۳ عاملی فوق را تأیید کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای اضطراب ۰/۷۵، وابستگی ۰/۸۰ و نزدیکی ۰/۸۰ به دست آمد (۳۶).

عسگری زاده و همکاران در پژوهش خود روایی سازه به روش روایی همگرا، «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» با «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» (Difficulties in Emotion Regulation Scale)، «ابزار غربالگری اختلال شخصیت مرزی» (Screening Instrument for Borderline Personality Disorder)، و پرسشنامه ذهنی سازی (Metallization Questionnaire) را روی ۶۰۵ تن از بزرگسالان ایرانی بررسی کردند. نتایج همبستگی ها مولفه اضطراب در «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» با «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» به ترتیب

عاملی تأییدی «مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندگانه - ۲» روی ۵۰ تن از دانشجویان شهر بهبهان بررسی و ۳ عامل فوق تأیید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۱ و به روش تنصیف ۰/۷۸۲ به دست آمد (۴۲). آفتاب و شمس در مطالعه ای روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندگانه - ۲» روی ۳۶۰ تن از ساکنان شهر کرج بررسی و نتایج ساختار تک عاملی را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۵ به دست آورند (۴۳).

«پرسشنامه سبک عاطفی» (Affective Style Questionnaire) توسط Hofmann & Kashdan در آمریکا در سال ۲۰۱۰ طراحی شد. ابزار دارای ۲۰ عبارت و ۳ مولفه که عبارتند از: پنهان کاری (concealing) ۸ عبارت شامل: ۱، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۰، سازگاری (adjusting) ۷ عبارت شامل: ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۲، ۱۶، ۱۹ و تحمل (tolerating) ۵ عبارت شامل: ۳، ۶، ۱۱، ۱۴، ۱۸ می باشد. شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت ۵ درجه ای از بی نهایت درست است=۵ تا اصلاً درست نیست=۱ می باشد. برای بدست آوردن نمره در هر مولفه مجموع نمره مربوط به تک تک عبارت ها محاسبه می شود. برای بدست آوردن نمره کلی ابزار، نمره مجموع عبارت ها با هم جمع می شود. طبقه بندی و تفسیر نمره ۲۰ تا ۱۰۰ می باشد. نمره بالاتر در هر مولفه نشان دهنده شدت بیشتر آن سبک عاطفی است (۴۴).

Hofmann & Kashdan در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه سبک عاطفی» را روی ۴۹۵ تن از دانشجویان دانشگاه George Mason University، بررسی و نتایج ۳ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و به ترتیب برای زیرمقیاس های پنهان کاری ۰/۸۱، تحمل ۰/۸۷، و سازگاری ۰/۸۹ به دست آمد (۴۴). Jiang و همکاران در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، «پرسشنامه سبک عاطفی» را روی ۲۸۰۶ دانشجوی دانشگاهی در کالیفرنیا جنوبی بررسی و ساختار ۳ عامل را نشان داد. همچنین، پایایی روی نمونه فوق با استفاده از ضریب امگا برای مولفه های تحمل ۰/۸۴، سازگاری ۰/۸۴، پنهان کاری ۰/۴۴ به دست آمد (۴۵).

در پژوهش کارشکی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «پرسشنامه سبک عاطفی» روی ۳۵۰ دانشجوی دوره کارشناسی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد بررسی و

همبستگی ۰/۶۰ و ۰/۴۴، با صفات اختلال شخصیت مرزی به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۴۵ و با ذهنی سازی نیز به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۴۸ - گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای اضطراب و اجتناب به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۶ گزارش شد (۳۷). نیکوگفتار در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» روی ۱۱۱ بیمار مبتلا به دیابت در ایران بررسی و نتایج ۳ عامل را مورد تأیید قرار داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و نتایج بین ۰/۴۵ تا ۰/۷۴ گزارش کرد (۳۸).

«مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندگانه - ۲» (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II) توسط Mclain در سال ۱۹۹۳ (محل آن مشخص نشده) ساخته شد (۳۹). در سال ۲۰۰۸ نسخه دوم آن با ۱۳ عبارت و تک عاملی طراحی گردید. روش نمره گذاری این ابزار بر روی طیف لیکرت ۵ گزینه ای از بسیار مخالفم=۱ تا بسیار موافقم=۵ نمره گذاری می شود. برخی از عبارت ها از قبیل شامل ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱ و ۱۲ به شیوه معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره ممکن ۱۵ و حداکثر ۷۵ می باشد. نمره بین ۱۵ تا ۳۰: تحمل ابهام پایین، نمره بین ۳۰ تا ۴۵: تحمل ابهام متوسط و نمره بالاتر از ۴۵ نشان دهنده تحمل ابهام بالا می باشد (۳۹).

Mclain روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندگانه - ۲» را روی ۵۴۲ دانشجویان آمریکایی بررسی و نتایج تک عاملی بودن را نشان داد. همچنین روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس تحمل ابهام» (Ambiguity Tolerance Scale) بررسی و ۰/۴۱ بدست آمد که نشان دهنده همبستگی متوسطی بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۳ گزارش شد (۴۰). Lloyd & Hastings در پژوهش خود روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندگانه - ۲» روی ۱۴۴۹ دانشجوی اسپانیا بررسی و نتایج تک عاملی بودن را نشان داد. روایی سازه به روش روایی همگرا با «مقیاس بردباری در اختلاف» (Tolerance for Disagreement Scale) بررسی و ۰/۴۳ را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۲ و ثبات به روش بازآزمون پس از ۵ هفته ۰/۶۸ به دست آمد (۴۱). در پژوهش بابایی و همکاران، روایی سازه به روش تحلیل

نتایج ۳ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای مولفه های پنهان کاری، سازگاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ به دست آمد (۴۶). رضایی در پژوهش خود روایی صوری و محتوا به روش کیفی «پرسشنامه سبک عاطفی» را توسط ۶ تن از متخصصین حوزه روانشناسی دانشگاه ایلام بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۸ تن از جانبازان بررسی و ۰/۷۹ به دست آمد (۴۷).

در پژوهش حاضر، روایی ابزار ها به پژوهش های پیشین اکثفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های مطالعه حاضر، برای «پرسشنامه سبک دفاعی» ۰/۸۳ و برای «مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده» ۰/۷۳ و برای «مقیاس تحمل ابهام برای محرک های چندانگانه - نسخه دوم» ۰/۷۳ و برای «پرسشنامه سبک عاطفی» ۰/۸۴ گزارش شد.

برای جمع آوری داده ها، پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، با مراجعه به بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال قدس شهر قزوین، و مهدکودک های منتخب شهر قزوین، مجوزهای لازم از حراست تخصصی اطفال قدس و همچنین مدیران مهدکودک ها شهر قزوین دریافت شد. فرآیند نمونه گیری طی ۲ ماه و در ۲۰ جلسه انجام شد. هر جلسه به طور میانگین ۲ تا ۳ ساعت به طول انجامید و شامل توضیحات لازم به والدین، تکمیل پرسشنامه ها، و پاسخ به سوالات احتمالی بود. این جلسات در بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال قدس و مهدکودک های چتر آبی، مداد رنگی، بالن، و گل های زندگی شهر قزوین برگزار شد.

نمونه ها شامل ۲۰۰ والد از ۲ گروه، والدین با فرزند سالم از مهدکودک های منتخب شهر قزوین و والدین فرزند با اختلالات گفتار و بیان در بخش گفتار درمانی بیمارستان تخصصی اطفال شهر قزوین بودند که از هر گروه ۱۰۰ تن انتخاب شدند.

در این پژوهش، به دلیل ویژگی های خاص جامعه آماری و دسترسی محدود به نمونه ها، از فرمول های تعیین تعداد نمونه استفاده نشد. با توجه به محدودیت های عملیاتی، تعداد نمونه ها برای هر گروه به ۱۰۰ تن محدود شد. این تصمیم با هدف اطمینان از کفایت نمونه ها برای تحلیل های پژوهش و در نظر گرفتن شرایط خاص جامعه آماری اتخاذ شد. پرسشنامه ها به صورت کاغذی توسط والدین تکمیل شدند.

جهت رعایت اصول اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش مراحل و اطلاعات لازم درباره پژوهش به آن ها گفته شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه ها محرمانه خواهد ماند و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش وجود داشت. تحلیل داده ها در ۲ سطح توصیفی و استنباطی مورد استفاده قرار گرفت. در آمار توصیفی از شاخص های فراوانی، درصد، دامنه تغییرات، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد و در آمار استنباطی از آزمون های کلموگروف-اسمیرنف، مانوا و آزمون t استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۷ تحلیل گردید.

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	گروه ها	فراوانی	درصد
داشتن یا نداشتن اختلال گفتار و بیان	بله	۱۰۰	۵۰/۰
	خیر	۱۰۰	۵۰/۰
	جمع	۲۰۰	۱۰۰/۰
جنسیت فرزند	دختر	۷۶	۳۸/۰
	پسر	۱۲۴	۶۲/۰
	جمع	۲۰۰	۱۰۰/۰
نوع اختلال گفتار و بیان	اختلال تکلم رشدی (DLD)	۵۶	۲۸/۰
	سایر اختلالها	۱۴۴	۷۲/۰
	جمع	۲۰۰	۱۰۰/۰

اختلال روانی گفتار و مشکلات واج‌شناختی بودند. جدول ۲ وضعیت توصیفی گروه‌ها و اطلاعات مربوط به شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف استاندارد را به تفکیک گروه بر اساس متغیرهای اصلی پژوهش و مولفه‌های آن‌ها نشان می‌دهد.

در جدول ۱ فراوانی گروه نمونه ۲۰۰ تن بود که شامل ۱۰۰ والد (۵۰ درصد) با فرزند مبتلا به اختلالات گفتار و بیان و ۱۰۰ والد (۵۰ درصد) با فرزند سالم می‌شد. ۱۲۴ تن (۶۲ درصد) از کودکان پسر و ۷۶ تن (۳۸ درصد) دختر بودند. ۵۶ تن (۲۸ درصد) با اختلال تکلم رشدی و ۱۴۴ تن (۷۲ درصد) از آن‌ها دارای سایر اختلال‌ها مانند اختلال تولید گفتار،

جدول ۲: داده‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش در بین ۲ گروه (والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان)

ابزارها	مؤلفه‌ها/زیر مقیاس‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
دارای اختلال						
سبک دفاعی	رشد یافته	۱۰۰	۰/۳۰	۰۰/۶۷	۸۲/۴۵	۳۹/۹
	رشد نایافته	۱۰۰	۰۰/۶۴	۰۰/۱۸۷	۶۶/۱۱۸	۲۴/۱۸
	نوروتیک	۱۰۰	۰۰/۱۴	۰۰/۶۸	۴۳/۷۳	۳۰/۱۱
	نزدیکی	۱۰۰	۰۰/۱۰	۰۰/۲۴	۳۱/۱۶	۵۹/۳
دلبستگی	وابستگی	۱۰۰	۰۰/۷	۰۰/۲۶	۶۱/۱۹	۱۲/۴
	اضطراب	۱۰۰	۰۰/۶	۰۰/۲۵	۸۲/۱۸	۱۳/۴
	مقیاس تحمل ابهام	۱۰۰	۰۰/۱۳	۰۰/۴۹	۸۴/۱۴	۳۳/۳
	پنهانکاری	۱۰۰	۰۰/۱۴	۰۰/۴۰	۷۶/۲۵	۹۳/۴
سبک عاطفی	سازگاری	۱۰۰	۰۰/۹	۰۰/۳۵	۴۶/۲۴	۹۱/۴
	تحمل	۱۰۰	۰۰/۵	۰۰/۲۱	۸۴/۱۴	۳/۳۳
	سبکهای عاطفی	۱۰۰	۰۰/۲۸	۰۰/۹۶	۰۶/۶۴	۳۲/۱۱
ابزارها	مؤلفه‌ها/زیر مقیاس‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
فاقد اختلال						
سبک دفاعی	رشد یافته	۱۰۰	۰۰/۲۱	۰۰/۶۷	۳۹/۴۸	۳۴/۸
	رشد نایافته	۱۰۰	۰۰/۴۸	۰۰/۱۹۶	۷۳/۱۱۳	۳۰/۲۷
	نوروتیک	۱۰۰	۰۰/۲۱	۰۰/۶۳	۷۲/۴۲	۳۶/۹
	نزدیکی	۱۰۰	۱۰۰	۰۰/۷	۰۰/۲۴	۳۳/۱۹
دلبستگی	وابستگی	۱۰۰	۱۰۰	۰۰/۱۰	۰۰/۲۷	۲۰/۱۷
	اضطراب	۱۰۰	۱۰۰	۰۰/۶	۰۰/۲۹	۴۷/۱۶
	مقیاس تحمل ابهام	۱۰۰	۰۰/۲۰	۰۰/۵۵	۰۷/۱۶	۸۱/۲
	پنهان کاری	۱۰۰	۰۰/۱۱	۰۰/۳۸	۱۶/۲۶	۶۴/۵
سبک عاطفی	سازگاری	۱۰۰	۰۰/۷	۰۰/۳۵	۶۶/۲۳	۶۷/۵
	تحمل	۱۰۰	۰۰/۹	۰۰/۲۳	۰۷/۱۶	۸۱/۲
	سبک عاطفی	۱۰۰	۰۰/۳۰	۰۰/۹۴	۸۹/۶۵	۱۴/۱۲

برای ارزیابی توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبود و این نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌هاست. برای بررسی همگنی واریانس‌ها، از آزمون لون (Levene's Test of Equality of Error Variances) استفاده شد که در سطح ۰/۰۵ برای هیچ متغیری معنادار نبود، بنابراین همگنی

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، نتایج نشان می‌دهد که والدین کودکان دارای اختلال در مؤلفه‌های رشد نایافته، نوروتیک، وابستگی و اضطراب بالاتر کسب کرده‌اند، در حالی که مؤلفه‌های رشدیافته، دلبستگی ایمن، تحمل ابهام، سازگاری، تحمل، و سبک عاطفی نمره پایین‌تر نسبت به والدین کودکان بدون اختلال داشتند.

واریانس‌ها تأیید شد. در نهایت، متغیرهای پژوهش دارای شیب رگرسیون خطی و سطح سنجش نسبی هستند. برای بررسی تفاوت سبک‌های دفاعی، دلبستگی و سبک‌های عاطفی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار واریانس‌ها تأیید شد. در نهایت، متغیرهای پژوهش دارای شیب رگرسیون خطی و سطح سنجش نسبی هستند. برای بررسی تفاوت سبک‌های دفاعی، دلبستگی و سبک‌های عاطفی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار

جدول ۳: داده‌های آزمون مانوا برای مقایسه سبک دفاعی، دلبستگی و سبک عاطفی در بین ۲ گروه (والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان)

متغیرها	مولفه‌ها/زیر مقیاس‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	P-value	اندازه اثر
سبک دفاعی	رشد یافته	۲۵/۳۳۰	۱	۲۴۵/۳۳۰	۱۸۳/۴	۰/۰۴۲	۰/۶۲۵
	رشد نیافتاده	۲۴/۲۱۵	۱	۲۴/۲۲۱۵	۳/۸۲۷	۰/۰۲۳	۰/۶۷۳
	نوروتیک	۰۵/۵۱	۱	۰۴/۳۵۱	۳/۴۷۴	۰/۰۳۶	۰/۶۱۱
دلبستگی	احساس نزدیکی	۲/۵۲	۱	۰۲۰/۵۲	۲۳۵/۵	۰/۰۳۳	۰/۶۲۵
	وابستگی	۴۰/۵۸	۱	۴۰۵/۵۸	۵۸۸/۴	۰/۰۳۰	۰/۶۷۳
	اضطراب	۱۲/۶۶	۱	۱۲۵/۶۶	۳۰۶/۷	۰/۰۰۶	۰/۶۱۱
سبک عاطفی	پنهانکاری	۳۵/۷۱	۱	۳۵/۷۱	۲۸/۷	۰/۰۱	۰/۷۳۹
	سازگاری	۶۱/۶۲	۱	۶۱/۶۲	۰۷/۶	۰/۱۷	۰/۶۳۹
	تحمل	۶۴/۷۵	۱	۶۴/۷۵	۹۴/۷	۰/۰۵	۰/۷۳۹

دلبستگی ایمن، والدین فرزندان بدون اختلال بالاتر، ولی در وابستگی و اضطراب، والدین فرزندان دارای اختلال بالاتر و در مولفه سازگاری سبک عاطفی، والدین فرزندان دارای اختلال بالاتر، ولی در پنهان کاری و تحمل والدین فرزندان دارای اختلال، پایین تر می باشند. برای مقایسه متغیر تحمل ابهام بر اساس داشتن یا نداشتن اختلال و همچنین؛ جنسیت فرزندان جهت تحلیل آن از آزمون T مستقل استفاده شده است که در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به جدول ۳، نتایج آزمون مانوا برای بررسی تفاوت‌های ۲ گروه در سطح زیر ۰/۰۵ برای متغیر سبک‌های دفاعی و همه مولفه‌ها آن، متغیر دلبستگی و همه زیر مقیاس‌های آن و متغیر سبک عاطفی و همه مولفه‌های آن معنادار است. بنابراین، از نظر میانگین همه آن‌ها، بین والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان تفاوت وجود دارد. در سبک دفاعی رشدیافته، والدین فرزندان بدون اختلال و سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروتیک والدین فرزندان دارای اختلال بالاتر، در سبک

جدول ۴: داده‌های آزمون T مستقل برای بررسی تحمل ابهام در بین ۲ گروه (والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان و جنسیت فرزندان)

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون لون		مقدار T	درجه آزادی	اختلاف میانگین	P-value
				p-value	مقدار F				
با اختلال	۱۰۰	۱۴/۸۴	۳/۳۳	۰/۷۶۰	۱/۳۶	۳/۲۱	۱۹۸	۱/۲۳	۰/۰۱
بدون اختلال	۱۰۰	۱۶/۰۷	۲/۸۱						
والدین دختران	۷۶	۱۵/۱۱	۳/۳۱	۰/۸۱	۰/۰۵۸	۳/۲۱	۱۹۸	۰/۵۴	۰/۲۳
والدین پسران	۱۲۴	۱۵/۶۶	۳/۰۲						
اختلال تکلمی	۵۶	۱۳/۶۰	۲/۳۲	۰/۰۶۳	۰/۰۶۳	۳/۱۳	۱۹۸	۰/۵۸	۰/۱۲
سایر اختلال‌ها	۱۴۴	۱۳/۰۲	۲/۱۴						

فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان از نظر میانگین اندازه‌گیری شده تفاوت معناداری وجود دارد و تحمل ابهام در والدین فرزندان سالم به طور معناداری از والدین فرزندان با اختلالات گفتار و بیان بالاتر می باشد ولی این آزمون و

با توجه به داده‌های جدول فوق، نتایج آزمون تی-مستقل با قدرمطلق مقدار تی معادل ۳/۲۱، درجه آزادی ۱۹۸ و قدرمطلق اختلاف میانگین ۳/۴۲ در سطح زیر ۰/۰۱ معنادار است. این نشان می‌دهد که بین تحمل ابهام در والدین

دلبستگی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان تفاوت وجود دارد. والدین فرزندان با اختلالات گفتار و بیان در سبک‌های وابستگی و اضطراب میانگین‌های بالاتری دارند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی، از جمله پژوهش‌های میکائیلی و همکاران (۱۸)، الهجگردی و همکاران (۵۶)، فرامرزی و همکاران (۵۷)، و Bülbül و همکاران (۵۸) همسو است. پژوهش‌های ذکر شده نشان داده‌اند که والدین کودکانی که در معرض اختلالات رفتاری بیرونی قرار دارند، تمایل بالاتری به سبک دلبستگی ناایمن دارند. همچنین، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های غلامی و همکاران (۵۹) و Temelturk و همکاران (۶۰) ناهمسو است. در مقابل، پژوهش غلامی و همکاران (۵۹) که به بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی و مسائل رفتاری در کودکان پرداخته است، نشان داد که سبک دلبستگی ایمن با کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مرتبط است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر که نشان می‌دهد والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان بالاتر به سبک‌های دلبستگی ناایمن تمایل دارند، تفاوت دارد. از طرف دیگر، پژوهش Temelturk و همکاران (۶۰) در مورد والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نیز نتایج مشابهی به دست آورده است، اما تفاوت‌هایی در تاثیر دلبستگی بر رفتارهای اجتماعی کودک مشاهده کرده‌اند که ممکن است به تفاوت‌های فرهنگی و محیطی مربوط باشد. به طور کلی، نتایج پژوهش‌های مختلف می‌تواند تحت تاثیر متغیرهایی مانند نوع اختلال، سن کودکان، و سایر موارد در پژوهش قرار گیرد. به این ترتیب، یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات قبلی نشان می‌دهند که بهبود سبک دلبستگی والدین می‌تواند تاثیر مثبتی بر سلامت روانی کودکان داشته باشد، اما این نتایج ممکن است در گروه‌های مختلف کودکانی که اختلالات متفاوت دارند، متغیر باشد (۲۹).

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که بین تحمل ابهام در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان از نظر میانگین اندازه گیری شده تفاوت معناداری وجود دارد. والدین فرزندان سالم در تحمل ابهام میانگین بالاتری نسبت به والدین فرزندان دارای اختلال دارند. این یافته‌ها با پژوهش‌های قبلی از جمله پژوهش‌های زمستانی (۶۳)، ربانی (۶۴)، هاشمی و کهنسال (۶۵)، Sarıçam و همکاران (۶۶)، Megreya و همکاران (۶۷) و Pryce و همکاران (۶۸) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش نریمانی و همکاران

تفاوت بر اساس جنسیت فرزندان و نوع اختلال آن‌ها معنا دار نبود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام و سبک عاطفی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان در شهر قزوین انجام شد. نتایج نشان داد، بین سبک دفاعی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان از نظر میانگین اندازه گیری شده، تفاوت معناداری وجود دارد. والدین فرزندان با اختلالات گفتار و بیان در سبک‌های دفاعی رشدنیافته و نوروپیک میانگین‌های بالاتری دارند، در حالی که والدین فرزندان سالم در سبک دفاعی رشدیافته میانگین بالاتری را نشان می‌دهند. این نتایج با یافته پژوهش دیناروند (۴۸) همسو است. در واقع، مواجهه مداوم با تنش‌های مرتبط با نیازهای ویژه‌ی کودکان می‌تواند بر سبک‌های دفاعی والدین تأثیر بگذارد و آن‌ها را به سمت استفاده‌ی بالاتر از سبک دفاعی ناسازگار سوق دهد (۱۱،۴۹). والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان به دلیل فشارهای روانی ناشی از مراقبت از فرزندان با نیازهای ویژه، به‌طور مداوم با تنش‌های روانی روبرو می‌شوند. این فشارها می‌تواند به استفاده از سبک دفاعی رشدناپذیر منجر شود که بالاتر ناشی از عدم توانایی در مقابله با مشکلات و چالش‌های روزمره در مواجهه با اختلالات گفتار و بیان است (۵۰). در تبیین یافته می‌توان گفت که همسویی نتایج این پژوهش با مطالعات پیشین به این دلیل است که در پژوهش‌های مشابه نیز نشان داده شده که والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان معمولاً با سطوح بالاتری از اضطراب و تنش مواجه هستند که می‌تواند بر انتخاب سبک‌های دفاعی آن‌ها تأثیرگذار باشد. به‌ویژه، والدین این کودکان به‌دلیل نیازهای خاص فرزندشان، با چالش‌های متعدد روانی مواجه هستند که این امر می‌تواند به استفاده از سبک دفاعی رشدنیافته منجر شود (۵۱-۵۳). بنابراین، نتایج این مطالعه در تطابق با سایر پژوهش‌های مشابه قرار دارد که نشان‌دهنده همبستگی مستقیم بین سبک دفاعی و مشکلات روانشناختی والدین کودکان با اختلالات گفتار و بیان است (۵۴، ۵۵). لازم به ذکر است در بررسی سبک دفاعی پژوهشی که یافته‌های ناهمسو با پژوهش حاضر داشته باشد، یافت نشد. از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این است که بین

که به بررسی تحمل ابهام در مادران کودکان با ناتوانی یادگیری خاص پرداختند، همخوانی دارد. یافته ها نشان داد که مادران کودکان دارای ناتوانی یادگیری، تحمل ابهام پایین تری نسبت به مادران کودکان عادی دارند، که این موضوع می تواند بر سبک های فرزندپروری و راهبردهای مقابله ای آن ها تأثیر بگذارد (۲۲). همچنین یافته های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه Pryce و همکاران هم راستا است. آن ها در پژوهش خود دریافتند که والدین فرزندان دارای ناتوانی هوشی، به دلیل عدم قطعیت در مورد آینده فرزندان، با چالش های فراوانی در تحمل ابهام روبه رو هستند. این وضعیت می تواند منجر به افزایش تنش و نگرانی های بلندمدت در آن ها شود. در بررسی پیشینه مرتبط با پژوهش حاضر، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. در تبیین می توان ذکر کرد که فردی که تحمل ابهام بالایی دارد، در مواجهه با محیط جدید احساس خطر نمی کند زیرا برای تصمیم گیری، اطلاعات کاملی ندارد و به این اصل زندگی اعتقاد دارد که باید به موقعیت های نامشخص پرداخته و به راه حل های مناسب دست یابد (۶۹). در مقابل، والدین کودکان مبتلا به اختلالات رشد و یادگیری معمولاً تحمل ابهام پایین تری دارند و به دلیل ترس و اضطراب ناشی از عدم قطعیت و ناشناختگی در مورد فرزندانشان به این وضعیت دچار می شوند (۷۰، ۷۱). این والدین تمایل به رویارویی با چالش ها دارند اما گاهی ممکن است به دلیل نگرش منفی، دچار دشواری هایی در حل مسائل روزمره شوند (۷۲).

در نهایت، یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که بین سبک عاطفی در والدین فرزندان با و بدون اختلالات گفتار و بیان از نظر میانگین اندازه گیری شده تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی، سبک عاطفی والدین فرزندان دارای اختلالات گفتار و بیان در مولفه سازگاری بالاتر، ولی در پنهان کاری و تحمل پایین تر می باشند. این نتایج با پژوهش های قبلی همسو است. به عنوان مثال، پژوهش پور ابراهیم (۷۳) نشان داد مادران کودکان با ناتوانی های یادگیری در مقایسه با مادران کودکان سالم، میزان استفاده بالاتری از سبک های عاطفی ناسازگارانه از جمله هیجانات منفی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان داشتند. در مقابل، مادران کودکان بدون ناتوانی، بیشتر از سبک های عاطفی سازگارانه بهره می بردند. این یافته ها با نتایج پژوهش Priego-Ojeda & Rusu (۷۴) که به بررسی تنظیم هیجانات

و تنش والدین پرداختند، همخوانی دارد. آن ها نیز نشان دادند که والدین کودکان دارای معلولیت با چالش های بالاتری در تنظیم هیجانات خود مواجه اند، که به نوبه خود بر رفتارهای آن ها در مواجهه با فرزندانشان تأثیر می گذارد. در عین حال، برخی از پژوهش ها نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند. برای مثال، Keleynikov و همکاران (۲۸) در مطالعه ای روی والدین کودکان با معلولیت های جسمی و ذهنی به این نتیجه رسیدند که والدین این کودکان به دلیل تجربه فشارهای روانی بالاتر، مولفه سازگاری پایین تری نسبت به والدین کودکان بدون اختلالات دارند. این نتایج برخلاف یافته های پژوهش حاضر است که نشان داد والدین فرزندان دارای اختلالات گفتار و بیان در مولفه سازگاری بالاتر از والدین فرزندان سالم قرار دارند. این تفاوت ها ممکن است ناشی از تفاوت های نوع اختلالات و نیازهای خاص هر گروه از کودکان باشد. در حالی که اختلالات گفتار و بیان ممکن است فشار پایین تری بر والدین وارد کند، اختلالات رفتاری یا دیگر اختلالات جسمی می تواند تنش بالاتری ایجاد کرده و به مشکلات در تنظیم هیجان و تحمل ابهام منجر شود. همچنین، یافته ها نشان می دهند که خودتنظیمی به معنای سرکوب هیجانات نیست، بلکه به معنای انتخاب نحوه بیان و مدیریت این هیجانات است (۷۵). والدین کودکان با مشکلات رفتاری و اختلال بیش فعالی ممکن است به دلیل فشارهای روانی ناشی از مراقبت از فرزندانشان در تنظیم هیجانات خود با مشکلات بالاتری مواجه شوند که به نوبه خود می تواند به رفتارهای ناسازگارانه منجر گردد (۷۶، ۷۷).

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش، تفاوت های معناداری در متغیرهای سبک های دفاعی، دلبستگی، تحمل ابهام و سبک های عاطفی میان والدین کودکان دارای اختلالات گفتار و بیان و والدین کودکان بدون این اختلالات مشاهده شد. پیشنهاد می شود برای ارائه راهکارهای حمایتی و مشاوره ای به والدین این کودکان استفاده شود تا در نهایت به بهبود تعاملات والد-کودک و حمایت مؤثرتر از روند رشد گفتار و بیان کودکان منجر شود. از جمله محدودیت های پژوهش می توان به موارد زیر از جمله: تعداد زیاد ابزارها که موجب پاسخگویی بی توجه و بی دقت می تواند باشد، استفاده از نمونه های در دسترس، نمونه گیری از یک مرکز

وهشی ۱۳۸۰۲۹۰۰۵۶۹۳۶۱۹۲۲۰۲۰۱۶۲۸۹۰۶۷۶ در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ به تصویب رسیده و در سایت پژوهشیار دانشگاه آزاد اسلامی به نشانی <https://ris.iau.ir> ثبت گردیده است. پژوهشگران مقاله حاضر از همکاری خانم دکتر محدثه باجلان (گفتار درمانگر)، بیمارستان تخصصی اطفال قدس قزوین و همچنین تمامی والدینی که ایشان را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر می کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منفعی را گزارش نکردند.

References

1. Ganji M. [Psychology of Exceptional Children Based on DSM-5]. Tehran: Savalan Publication; 2023. p. 247.
2. American Speech and Hearing Association. Speech and language disorders and diseases. [Internet]. 2018. Available from: [<https://www.asha.org/public/speech/disorders>]
3. Dulčić A, Pavičić Dokoza K, Bakota K, Tadić I. Parents' and speech and language pathologists' attitudes toward preschool children with speech and language disorders. Logopedija. 2018 ;29;8(1):13-20. <https://doi.org/10.31299/log.8.1.3>
4. Bodur S, Torun YT, Gül H, Dincer M, Gül A, Kara K, Karaman D, Durukan I, Cöngöloglu MA. 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>
5. 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>
6. Carey B, Erickson S, Block S. A preliminary investigation of the mental health of parents of young children who stutter. Journal of Communication Disorders. 2023; 103:106329. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106329>
7. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. Journal of

درمانی خاص؛ متغیرهای کنترل نشده‌ای مانند وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی والدین و دامنه سنی کودکانی که والدین آن‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده‌اند، بود. لذا در تعمیم نتایج خصوصاً به شهرهای دیگر باید جانب احتیاط رعایت گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد عرفانه رحیمی ملائی رشته روانشناسی با راهنمایی خانم دکتر افسانه صبحی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان می- باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه IR.IAU.Z.REC.1403.011 در تاریخ ۱۴۰۳/۰۱/۲۹ به ثبت رسید. همچنین با کد پژ

- Abnormal Psychology. 1994;103(1):44-50. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.103.1.44>
8. Corey G. [Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy]. 9th edition. Seyed Mohammadi Y, translator. Tehran: Arasbaran Publications; 2022. p. 87.
9. Vaillant GE. Defense mechanisms. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. Encyclopedia of personality and individual differences. Cham: Springer; 2020:1024-33. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1372
10. MacGregor M W, Olson T R. Defense mechanisms: Their relation to personality and health. An exploration of defense mechanisms assessed by the Defense-Q. In A. Columbus Edition. Advances in Psychology Research, 2005; 36:95-141.
11. Abbasi M, Pirani Z. [Pathology of defense mechanisms in parents of intellectually disabled and deaf children and providing corrective solutions]. Disability Studies. 2017;7(13):17-17.
12. Ganji M, Mohammadi J, Tabriziyan S. Comparing emotional regulation and defense mechanisms in mothers of students with and without learning disabilities. Journal of Learning Disabilities, 2013; 2(3): 54-72.
13. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. American Journal of Orthopsychiatry. 1982;52(4):664-678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
14. Berk L. [Developmental Psychology (From Conception to Childhood)]. Vol. 1, 4th edition.

- Seyed Mohammadi Y, translator. Tehran: Arasbaran Publications; 2011.
15. Fuchs NF, Taubner S. Exploring the interplay of attachment style and attachment-related mood on short-term change in metallization: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 2019; 144(5):94-99. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.02.037>
16. Takano T, Mogi K. Adult attachment style and lateral preferences in physical proximity. *Bio Systems*, 2019; 181:88-94. <https://doi.org/10.1016/j.biosystems.2019.05.002>
17. Avdeeva NN. Interaction of mother and toddler with delayed speech development. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie = Psychological Science and Education*. 2019; 24(2): 19-28. <https://doi.org/10.17759/pse.2019240202>
18. Mikaeili N, Aghajani S, Rahimi A. [Examination and comparison of attachments styles in mothers of children with depression and anxiety disorders and normal children aged 8-12 years]. 2nd National Congress of Psychotherapy in Iran; 2023.
19. Frenkel-Brunswik E. Tolerance toward ambiguity as a personality variable. *American Psychologist*. 1948;3(268):385-401. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x>
20. Boysan M, Eşkisü M, Çam Z. Relationships between fear of covid-19, cyberchondria, intolerance of uncertainty, and obsessional probabilistic inferences: A structural equation model. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2022; 63(5):439-448. <https://doi.org/10.1111/sjop.12822>
21. Gica S, Kavakli M, Durduran Y, Ak M. The effect of COVID-19 Pandemic on psychosomatic complaints and investigation of the mediating role of intolerance to uncertainty, biological rhythm changes and perceived COVID-19 threat in this relationship: A web-based community survey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2020; 30(2):89-96. <https://doi.org/10.5455/PCP.20200514033022>
22. Narimani M, Fallahi V, Esmacili Farsani N, Roštam Oghli Z. [A comparison of mental toughness and ambiguity tolerance in mothers of children with specific learning disabilities and mothers of typically developing children. *Learning Disabilities*]. 2019;9(2):153-170.
23. Lloyd T, Hastings RP. Psychological variables as correlates of adjustment in mothers of children with intellectual disabilities: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(1):37-48. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00974.x>
24. De Ridder DT, de Wit JB. Self-regulation in health behavior: concepts, theories, and central issues. *Self-Regulation in Health Behavior*. 2006:1-23. <https://doi.org/10.1002/9780470713150.ch1>
25. Lopes PN, Salovey P, Côté S, Beers M. Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*. 2005;5(1):113-118. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.1.113>
26. Hofmann SG, Kashdan T B. The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(2); 255-263. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9142-4>
27. Mohammadi Khouzani Z, Mohammadi Ghal'e Takki N, Kargar F. [A Comparison of distress tolerance and emotional regulation in mothers of children with physical disabilities and mothers of typically developing children]. Iran and the World Conference on New Research in Psychology, Educational Sciences, Law, and Social Sciences; 2017.
28. Keleynikov M, Benatov J, Cohen N. Emotion regulation among parents raising a child with disability: A systematic review and conceptual model. *Journal of Child and Family Studies*. 2023;32(3):858-875. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02530-8>
29. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 1993; 18(1): 246-256. <https://doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006>
30. Hayashi M, Miyake Y, Minakawa K. Reliability and validity of the Japanese edition of the Defense Style Questionnaire 40. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004; 58 (2): 152-156. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2003.01209.x>
31. SanMartini P, Roma P, Sarti S, Lingiardi V, Bond M. Italian version of the Defense Style Questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(6):483-494. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.012>
32. Ehteshamzadeh P, Pasha R, Samimi Z. Comparison of defense mechanisms in production, maintenance (Direct Reduction),

- and administrative staff of Khuzeestan Steel Company. *New Findings in Psychology (Social Psychology)*. 2012;7(24):21-33. <https://doi.org/10.1080/10407413.2012.643716>
33. Heidari Nasab L, Mansoor M, Azad Fallah P, Shairi MR. Validity and reliability of the Defense Style Questionnaire in Iranian samples. *Scientific-Research Bimonthly of Daneshvar Behavior*, Shahed University. 2007.
 34. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990;58(4):644-663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
 35. Collins NL. Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;71(4):810-832. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810>
 36. Teixeira RC, Ferreira J, Howat-Rodrigues AB. Collins and Read Revised Adult Attachment Scale (RAAS) validity evidences. *Psico (Sao Paulo)*. 2019;50(2): e29567. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2019.2.29567>
 37. Asgarizadeh A, Pakdaman S, Hunjani M, Ghanbari S. [Iranian adaptation of the Revised Adult Attachment Scale: Validity and reliability in the general population]. *Applied Psychology*. 2023;17(2):167-191.
 38. Nikoo Goftar M. [The role of attachment style and health locus of control in self-care behaviors of diabetic patients]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2013;12(4):309-316.
 39. McLain DL. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement*. 1993;53(1):183-189. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001020>
 40. McLain DL. Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-II (MSTAT-II). *Psychological Reports*. 2009;105(3 Pt 1):975-88. <https://doi.org/10.2466/PRO.105.3.975-988>
 41. Arquero JL, McLain DL. Preliminary validation of the Spanish version of the Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale (MSTAT-II). *The Spanish Journal of Psychology*. 2010;13(1):476-484. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004029>
 42. Babaei A, Maktabi GH, Behrooz N, Atashafrooz A. [The impact of successful intelligence training on critical thinking and ambiguity tolerance in students]. *Journal of Principles of Mental Health (Special Issue for the Third International Conference on Psychology and Educational Sciences)*. 2016; 18:379-386.
 43. Aftab R, Shams A. [Relationship between integrative self - knowledge and resilience with anxiety - 19: mediating role of uncertainty, worry and physical activity]. *Sport Psychology Studies*. 2020;9(32):201-226. Doi:
 44. Hofmann SG, Kashdan TB. The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(3):255-263. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9142-4>
 45. Jiang R, Plunkett SW, Ainsworth AT. Factor structure and validity of the Affective Style Questionnaire. *Journal of Health Psychology*. 2020;25(12):1805-1815. <https://doi.org/10.1177/1359105318772650>
 46. Karshki H. [Evaluating factorial structure of emotional styles in students]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2013;11(3):185-195.
 47. Rezaei SA. [The effectiveness of eight weeks of water training on marital conflicts and emotional self - regulation of veterans with disabilities in Ilam city]. *Military Medicine Journal*. 2024;25(5):2024-2034.
 48. Dinarvand M. [The comparison of defense mechanisms, hope and cognitive emotion regulation of mothers of deaf children, physical and motor disabilities and low mental health]. 6th National Conference on Psychology, Educational, and Social Sciences. Babol. 2019.
 49. Safarinia M, Bayat Sh, Nourmohammadi A. [The comparison of sociable personality, mental reaction, perceived social support and defense styles of children with physical and motor disabilities in Isfahan]. *Journal of Exceptional Children*. 2017;17(4):15-26.
 50. Taati E, Zarbakhsh Bahri MR. [The comparison of mental integrity and defense mechanisms in children with autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder (adhd), and normal children]. *Journal of Child Mental Health*. 2019;6(3):15-27. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.3>

51. Giuseppe MD, Prout TA, Fabiani M, Kui T. Defensive profile of parents of children with externalizing problems receiving Regulation-Focused Psychotherapy for Children (RFP-C): A pilot study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2020;8(3):Article 2471.
52. Bagheri Shikhangafsheh F, Shabahang R, Karami A, Malakooti Asl N, Mehri Shal SM. [The Comparing defense mechanisms and parenting styles in mothers of children with autism spectrum disorder and normal children]. Presented at: International Congress on Exceptional Children; 2018.
53. Takyun CJ, Ogwo A. Psychological defense mechanisms and Coping behavior: Parenting of young children with psychological developmental disorders. *International Journal for Psychotherapy in Africa*. 2020;4(1):45-58.
54. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th edition. Arlington, VA; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
55. Perry JC. Anomalies and specific functions in the clinical identification of defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;70(5):406-418. <https://doi.org/10.1002/jclp.22085>
56. Ale Jagardi M, Sarabian S, Asgharipour N. [The comparison of attachment styles in mothers of children with and without behavioral problems, aged 8-12 years]. *Journal of Principles of Mental Health*. 2014;17(1):31-37.
57. Faramarzi S, Taghipourjavan AA, Dehghani M, Moradi MR. [The Comparison of attachment styles and parenting styles of mothers of normal students and students with learning disorder]. *Journal of Medicine Scientific Jundishapur*. 2013;4(3):245-54.
58. Bülbül F, Özdemir S, Serap B, Türköz A. Maternal attachment states of mothers of infants with and without growth retardation. *Göbeklitepe Journal of Health Sciences*. 2022;5(7):88-96. <https://doi.org/10.55433/gsbj.142>
59. Gholami F, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. [The comparison of marital satisfaction, parenting styles and attachment styles in parents of children with and without nail biting]. *Journal of Child Mental Health*. 2020; 7 (1) :168-180. <https://doi.org/10.29252/jcmh.7.1.15>
60. Temelturk RD, Yurumez E, Uytun MC, Oztup DB. Parent-child interaction, parental attachment styles and parental alexithymia levels of children with ASD. *Research in Developmental Disabilities*. 2021; 112:103922. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103922>
61. Mirza-Aghasi R, Behboodi M, Doukanayi-Fard F. [The Comparison between family functioning and attachment styles in predicting behavioral disorders in children]. *Journal of Principles of Mental Health*. 2019;21(5):265-277.
62. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment Theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*. 2003; 27(2):77-102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
63. Zemeštani M. [The Comparison of emotion regulation strategies and intolerance of uncertainty in mothers with and without specific learning disabilities]. *Journal of Learning Disabilities*. 2023;12(3):38-49.
64. Rabani Z. [The Comparison of coping styles, distress tolerance and religious commitment in mothers of children with physical - motor and normal children]. *North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020;6(4):10-18. <https://doi.org/10.29252/ijrn-06042>
65. Hashemi Z, Kohansal R. [The comparison of meta-cognitive beliefs, rumination, worry and intolerance in mothers with and without learning disability]. *Journal of Learning Disabilities*. 2019;8(4):155-175.
66. Sarıçam HA, Deveci M, Ahmetoğlu E. The examination of hope, intolerance of uncertainty and resilience levels in parents having disabled children. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*. 2020;10(1): 118-131. <https://doi.org/10.18844/gjpr.v10i1.4398>
67. Megreya AM, Al-Attiyah AA, Moustafa AA, Hassanein EE. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020;76(1):101600. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101600>
68. Pryce L, Tweed A, Hilton A, Priest HM. Tolerating uncertainty: perceptions of the future for ageing parent carers and their adult children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.

- 2017;30(1):84-96. <https://doi.org/10.1111/jar.12221>
69. Zenasni F, Besançon M, Lubart T. Creativity and tolerance of ambiguity: An empirical study. *The Journal of Creative Behavior*. 2008;42(1):61-73. <https://doi.org/10.1002/j.2162-6057.2008.tb01080.x>
 70. Hodgson AR, Freeston MH, Honey E, Rodgers J. Facing the unknown: Intolerance of uncertainty in children with autism spectrum disorder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017;30(2):336-344. <https://doi.org/10.1111/jar.12245>
 71. Neil L, Olsson NC, Pellicano E. The relationship between intolerance of uncertainty, sensory sensitivities, and anxiety in autistic and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016; 46(6):1962-1973. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2721-9>
 72. Dugas MJ, Koerner N. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2005;19(1):61-81. Doi: <https://doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326>
 73. Pour-Ebrahim T, Donyamali E. Comparison of parenting stress, negative emotions and cognitive emotion regulation strategies in mothers of children with and without learning disability. *Journal of Learning Disabilities*. 2021;10(4):7-28.
 74. Priego-Ojeda M, Rusu PP. Emotion regulation, parental stress and family functioning: Families of children with disabilities vs normative families. *Research in Developmental Disabilities*. 2023; 139: Article 104548. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104548>
 75. Goleman D. [Emotional Intelligence]. Parsa N, translator. Tehran: Roshd; 2019. (Book)
 76. Quetsch LB, Wallace NM, McNeil CB, Gentzler AL. Emotion regulation in families of children with behavior problems and nonclinical comparisons. *Journal of Child and Family Studies*. 2018; 27(8):2467-2480. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1081-9>
 77. Gershly N, Gray SA. Parental emotion regulation and metallization in families of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2020; 24 (14):2084-2099. <https://doi.org/10.1177/1087054718762486>