

مقایسه سبکهای فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی

علی امیری نژاد^۱

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

فخرالسادات قریشی راد

دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تربیت معلم آذربایجان

غلامحسین جوانمرد

استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۵

دریافت مقاله: ۹۰/۷/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص انجام می‌شود و یک عمل اتفاقی و بی معنا نیست. برعکس، راهی برای رهایی از یک مسئله یا بحران است که شخص را بسیار رنج می‌دهد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه سبکهای فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی است.

روش: پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه ای) می‌باشد. نمونه آماری گروه مطالعه شامل ۱۹۶ نفر از والدین افراد اقدام کننده به خودکشی بود که به صورت روش تصادفی ساده انتخاب شدند و نمونه آماری گروه گواه را ۱۹۶ نفر از والدین افراد عادی تشکیل می‌دهند که با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب گردیدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های فرزند پروری بامریند و سلامت روان گلدبرگ (GHQ=28) استفاده شد. داده‌ها با آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که والدین افراد عادی نسبت به والدین افراد اقدام کننده به خودکشی از سلامت روان بیشتری برخوردارند، همچنین با بررسی هر کدام از سبکهای فرزند پروری، نتایج، نشان دهنده عدم تفاوت معنی دار سبکهای اقتدار منطقی و آزادگذار در بین دو گروه بود اما تفاوت سبک مستبدانه در بین دو گروه معنادار بود. به این معنی که والدین افراد اقدام کننده به خودکشی بیشتر از سبک مستبدانه استفاده نموده‌اند

نتیجه گیری: انتظار می‌رود والدینی که از سطوح بالاتری از سلامت روان برخوردارند، فرزندانشان کمتر از فرزندان والدینی که دچار اختلال روانی هستند اقدام به خودکشی نمایند. همچنین مشخص شد استفاده والدین از سبک مستبدانه احتمال اقدام به خودکشی فرزندان را بیشتر می‌کند. از این رو آموزش شیوه‌های مناسب فرزند پروری و تلاش جدی‌تر متولیان بهداشت روان جهت ارتقاء سطح بهداشت روان والدین توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، فرزندان، سلامت روان، والدین، سبکهای فرزندپروری.

^۱ - آدرس نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی ایلام، مرکز بهداشت استان ایلام، شبکه بهداشت و درمان دره شهر.

مقدمه

اقدام به خودکشی^۱ در واقع فریاد کمک خواهی فرد است (اتکینسون^۲؛ اسمیت^۳؛ بم^۴؛ هوکسما^۵، ۱۳۸۹). برخی از انسانها افکار خودکشی دارند که هرگز به آن عمل نمی کنند؛ بعضی دیگر روزها، هفته ها، حتی سالها قبل از اقدام طرح ریزی می کنند و برخی به طور تکانشی و بدون قصد قبلی اقدام می کنند (کاپلان و سادوک^۶، ۱۳۸۹). خودکشی شاید غم انگیزترین روش ختم زندگی یک فرد محسوب شود. رنج ناشی از خودکشی غیر قابل بیان است و سبب می شود، اعضای خانواده، دوستان و همکاران با فقدان عمیق و احساس گناه مواجه شوند. در پی خودکشی حالت سر درگمی و تخریب بروز می کند که در غالب موارد قابل توصیف نیست. اغلب افرادی که به خودکشی فکر می کنند برای اقدام به خودکشی مردد هستند و مطمئن نیستند که می خواهند بمیرند (حسن زاده، ۱۳۸۷). خودکشی سرنخ هایی دارد. در نتیجه برای پیشگیری از آن می توان از یک رشته راهبردها و مداخلات استفاده کرد. این سرنخ ها قابل مشاهده اند و پیش از واقعه ای اصلی به دست می آیند. اولین گروه از آنها، سرنخ های کلامی اند و همان بیانات و اظهاراتی هستند که معنای آنها در واقع نوعی خداحافظی است. دومین گروه (که برای نجات دادن فرد بسیار اهمیت دارند)، سرنخ های رفتاری می باشند که فرد برای مدت طولانی از خود بروز می دهد. برخی از این سرنخ های رفتاری عبارتند از سر و سامان دادن ناگهانی به کارهای شخصی، مرتب کردن پرونده ها، عملی کردن آخرین آرزوها، یا بخشیدن وسایل شخصی خود به دیگران یا پس دادن هدایا به صاحبان آنها (اشنایدمن^۷، ۱۳۸۳). چون مرگ بر اثر خودکشی، نوعی سرافکنندگی اجتماعی برای اطرافیان محسوب می شود، بنابراین اغلب به عنوان خودکشی معرفی نمی شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۹).

آمارهای جهانی نشان می دهند خودکشی در دهه های اخیر رو به افزایش بوده، الگوی سنی آن در حال تغییر است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). در بین تمامی گروه های سنی، خودکشی هشتمین علت مرگ و میر

1. Suicide

2. Atkinson

3. smitt

4. Bam

5. Hoxema

6. Kaplan & saddock

7. shnidman

در جهان است اما در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال پس از حوادث و قتل، سومین علت مرگ و میر گزارش شده است. میزان خودکشی موفق در مردان ۳ برابر زنان است ولی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است (طلایی، ۱۳۸۵). در گزارشی هویرت^۱ (۲۰۰۴) میزان خودکشی موفق در مردان را ۴ برابر زنان اعلام نمود.

اقدام به خودکشی و نوع وسیله مورد استفاده جهت اقدام، به فراهم بودن ابزار بستگی دارد. لذا محدود نمودن دسترسی افراد به آلات خودکشی امری حیاتی است که می تواند در پیشگیری از خودکشی مفید واقع شود (میشل^۲؛ ماریان^۳؛ ماتياس^۴؛ وولف^۵، ۲۰۰۸).

بالاترین میزان اقدام به خودکشی (بالاتر از ۲۵ در صد هزار) در کشورهای اسکانندیناوی، سوئیس، آلمان، استرالیا، و ممالک اروپای شرقی و کمترین میزان (۱۰ درصد هزار) در کشورهای ژاپن، اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، مصر و هلند، اعلام شده است. (ماهیار و نوحی، ۱۳۸۵). هر ساله بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در ایالات متحده خودکشی (موفق) می کنند و بیش از ۶۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی می نمایند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

در مطالعات ملی ایران میزان خودکشی ۶ تا ۸ درصد هزار نفر برآورد شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). در طی سالهای (۱۳۷۶ تا ۱۳۸۵) خودکشی در چندین استان به صورت پدیده و بحران مطرح بوده است. استان ایلام در طی این ده سال رتبه اول را در کشور داشته و گاهی سیر نزولی و یا صعودی داشته است و استانهای کرمانشاه، همدان، لرستان، گلستان و خوزستان با فاصله بیشتری بعد از ایلام قرار گرفته اند (بیات؛ بهرامی و فرح، ۱۳۸۹).

به طور کلی عوامل مربوط به سبب شناسی خودکشی عبارتند از: عوامل زیست شناختی که محور بحث آن اشکال در تعادل شیمیایی است، عوامل روان شناختی که بر درک خودکشی و تعاریف پویایی های درون روانی، بین فردی، و رویکردهای رفتاری و شناختی در تبیین رفتار خودکشی تأکید دارد و عوامل جامعه شناختی که به تأثیر گروه های اجتماعی سهمیم در خودکشی مربوط می شوند (فورتیناش و پاتریشا، ۱۳۸۹). نخستین بینش روان شناختی مهم در مورد خودکشی به وسیله فروید^۶ ارائه شد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹). طبق نظر فروید، خودکشی، نشان دهنده یک آرزوی سرکوب شده برای کشتن یک

¹. Hoyert

². Mitchell

¹. Marian

². Matthias

³. Wulf

⁴. Feruid

⁷. Adler

موضوع محبوب از دست رفته است و نوعی عمل انتقام جویانه محسوب می‌شود (جوانمرد، ۱۳۸۸). آدلر^۱ احساس حقارت، خودشیفتگی و عزت نفس پایین را در اقدام فرد به خودکشی شناسایی نموده است. هورنای^۲ معتقد بود که خودکشی راه حلی برای برخی از افرادی است که به دلیل فاصله زیاد بین خود ایده آل و خود روانی - اجتماعی ادراک شده‌شان دچار از خود بیگانگی شدید شده‌اند. سالیوان علت خودکشی را عدم توانایی فرد برای رفع تعارض‌های بین فردی پنداشته است (فورتیناش و پاتریشا^۳، ۱۳۸۹). در تبیین‌های شناختی گفته می‌شود افرادی که دست به خودکشی می‌زنند نقص‌هایی در حافظه و مهارت‌های حل مسئله دارند (جوانمرد، ۱۳۸۸). آرون بک^۴ در مطالعه‌ای ناامیدی را یکی از دقیق‌ترین شاخص‌های خودکشی در درازمدت تشخیص داد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹).

عمده‌ترین عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی عبارتند از: افسردگی، ناامیدی، سن، جنسیت، نژاد، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سلامت جسمانی، سوء مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی و ابتلاء به یک اختلال روانی (سامرز و سامرز^۵، ۱۳۸۹). برخی از علل اجتماعی خودکشی را می‌توان تنها زندگی کردن، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی و همچنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست در کار یا تحصیل، ازدواج تحمیلی و... ذکر نمود (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷).

در حوزه‌ی جامعه‌شناسی، جامعه‌شناسان معاصر کارهای اولیه‌ی صورت گرفته توسط دورکیم^۶ بر روی خودکشی را تقویت نموده‌اند و از این عقیده مبنی بر اینکه بیگانگی از گروه‌های اجتماعی به دنبال گسیختگی از خانواده، جامعه یا روابط اجتماعی، منجر به اقدام به خودکشی می‌شود حمایت نموده‌اند. مطالعات جامعه‌شناختی، ابعاد دیگری را برای تکمیل توضیحات روان‌شناختی و زیست‌شناختی رفتار خودکشی فراهم نموده و به تکمیل رویکردی جامع که یک مدل زیستی - روانی - اجتماعی را شامل می‌گردد، کمک نموده است (فورتیناش و پاتریشا، ۱۳۸۹).

2. Hornay

3. Fortinash & Patrisha

3. Aron Beck

4. Sommers & Sommers

5. Durkheim

6. Dorio & Garlow

مطالعه در زمینه پیشگیری از خودکشی دلایل قابل قبول و اساسی دارد، چرا که خودکشی یک مسئله مهم در سلامت عمومی جامعه می باشد. در سال ۱۹۹۹ در آمریکا برای پیشگیری از خودکشی یک استراتژی ویژه طراحی شد که سه محور اساسی آن افزایش آگاهی عمومی در زمینه بیماری‌های روانی و خودکشی، افزایش راههای دستیابی به درمان و پیشگیری از عوامل ایجاد کننده آن با توسعه مطالعات و تحقیقات بود (دوریو و گارلو^۱، ۲۰۰۴). بیات و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی با موضوع تحلیل جامعه شناسی عوامل مؤثر بر خودکشی در ایران، مهمترین انگیزه مردان در اقدام به خودکشی را شکست و ناامیدی (۲۸/۹)، اختلاف خانوادگی (۲۵/۴)، اختلال روانی و بیماری لاعلاج (۱۴/۸) درصد و فقر و تنگ دستی (۱۴/۱) درصد گزارش نمودند. همچنین انگیزه زنان در اقدام به خودکشی را اختلافات خانوادگی (۵۷/۴) درصد، شکست و ناامیدی (۱۴/۸) درصد و اختلال روانی و بیماری لاعلاج (۱۱/۵) درصد گزارش نمودند. ایار (۱۳۸۹) در پژوهشی با موضوع بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی در شهرستان دره شهر دریافت که طی سالهای (۱۳۸۱ تا ۱۳۸۴) اختلافات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، و بیماری‌های روانی، مهمترین علل اقدام به خودکشی بودند.

در اکثر موارد، رفتار خودکشی علامتی از گسستگی و اختلال عملکرد طولانی و پیش روندهی خانوادهاست. علاوه بر این، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در خانواده نظیر طلاق؛ مرگ همسر، والدین یا کودک و انزوای اجتماعی در بالا بردن میزان خودکشی سهیم هستند (فورتیناش و پاتریشا، ۱۳۸۹). عواملی که باعث افزایش خطر خودکشی می‌گردد شامل: افکار خودکشی و یا برنامه ریزی در مورد اقدامات خودکشی، بیماری روانی فعال مثل: (افسردگی شدید، روان آشفتگی، اختلال دو قطبی)، مصرف مواد مخدر یا الکل، سابقه قبلی از تلاش برای خودکشی و اختلال شدید در ارتباطات بین فردی است (وندنا^۲، ۲۰۰۳). افسردگی و سایر اختلالات روانی با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، نظم وضعیت خواب، اشتها و سایر ریتم-های زیستی همراه است همچنین افسردگی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی نیز می‌شود (پترسون^۳، ۲۰۰۰).

2. Wanda
2. Peterson
3. Disorders
4. Bucher

در جهان، شیوع اختلالات^۱ روانی در تمام عمر بیش از ۲۵ درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود ۱۰ درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می شود. در ایران نیز شیوع اختلالات روانی در تمام عمر (در جمعیت بالای پانزده سال) بیش از ۲۰ درصد برآورد شده که در این میان اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). والدینی که به انواع آسیب روانی مبتلا هستند (از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، و سوء مصرف الکل یا وابستگی به آن) دارای فرزندان هستند که بیشتر در معرض خطر دامنه وسیعی از مشکلات رشد قرار دارند (باچر^۲؛ سوزان و جیل^۳، ۱۳۸۸).

آنیکا^۴؛ آندرس^۵ و فرانک^۶ (۲۰۱۰) در پژوهشی دریافتند اختلالات روانی باعث افزایش خطر خودکشی در زنان می-گردد و احتمال خطر خودکشی فرزندان دختر را نیز افزایش می برد.

روش های تربیتی والدین می تواند اثرات طولانی را بر رفتار، عملکرد، و شخصیت افراد در آینده داشته باشد. مثلاً والدین سخت گیر و دیکتاتور مانع پیشرفت و خلاقیت کودک می شوند. والدینی که اجازه نمی دهند کودک ابراز وجود نماید، مانع بروز استعداد های بالقوه او می شوند و در نتیجه این قبیل کودکان در آینده افرادی روان آزرده و پرخاشگر خواهند شد (مهرابی زاده هنرمند؛ نجاریان و بحرینی، ۱۳۷۹). نتایج تحقیقات زیادی بیانگر این است که از لحاظ آماری بین سبک های فرزند پروری^۷ والدین و مشکلات رفتاری فرزندان ارتباط معناداری وجود دارد (ارگیز^۸، ۲۰۰۵). در رابطه با فرزند پروری، بامریند^۹ در یک رشته تحقیقات، اطلاعاتی را گردآوری نمود و معلوم شد که فرزند پروری دو جنبه گسترده دارد: جنبه اول پر توقع بودن و جنبه دوم پاسخدهی است. ترکیبات مختلف پرتوقعی و پاسخدهی، چهار سبک فرزند پروری را به بار می آورد که بامریند روی سه مورد از آنها تأکید دارد: سبک مقتدرانه، سبک مستبدانه و سبک آسان گیر. یافته های بامریند نشان داد که

1- Mental disorder

2-Bucher

3. Suzan & Jill

4. Annika

5. Anders

6. Frank

7. child rearing

8. Argys

9. Baumrind

فرزندان والدین مقتدر بسیار خوب پرورش می یابند؛ آنها شاد هستند و در تسلط یابی در تکالیف جدید اعتماد به نفس دارند و خودگردان هستند. همچنین دریافت که کودکان پیش دبستانی دارای والدین مستبد، مضطرب، گوشه گیر و ناخشنودند و فرزندان والدین آسان گیر خیلی ناپخته اند. آنها در کنترل تکانه هایشان مشکل دارند و بسیار پر توقع و وابسته به بزرگترها هستند (برک، ۱۳۸۶). انواع انحرافها در فرزند پروری می تواند بر توانایی آتی کودکان در کنار آمدن با چالش های زندگی تأثیرات عمیقی داشته باشد و موجب آسیب پذیری آنها نسبت به انواع اختلال های روانی شود. (باچر و همکاران، ۱۳۸۸). بیشترین میزان سلامت روانی در بین فرزندان دیده می شود که مطابق سبک قاطع و اطمینان بخش تربیت شده اند و کمترین میزان سلامت روانی در بین فرزندان دیده می شود که مطابق سبک مستبدانه تربیت شده اند (باقر پور کماچالی، ۱۳۸۴).

دایس^۱؛ فلنر^۲؛ برند^۳؛ ادن^۴ (۱۹۹۲) با توجه به تحقیقات پیشین می گویند: نوجوانانی که در محیط خانوادگی گرم و صمیمی، انضباطی، تفاهمی و حمایتی بزرگ شده اند، می توانند تأثیر منفی استرسها بر سلامتشان را کنترل کنند.

این نکته که والدین می توانند بر رشد شخصیت کودکان بسیار اثرگذار باشند، امری بدیهی است و به نظر می رسد که شیوه های مختلف فرزند پروری می تواند تأثیرات متفاوتی را بر رشد روانی- اجتماعی کودکان داشته باشند. از این رو هدف از پژوهش حاضر مقایسه شیوه های فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی است. به عبارت دیگر این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ این سؤال است که آیا بین شیوه های فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی تفاوت وجود دارد؟ انتظار می رود که نتایج این پژوهش بتواند بخشی از عوامل مرتبط با خودکشی را تبیین نماید و اطلاعاتی را در اختیار والدین قرار دهد تا از این طریق به انتخاب بهترین شیوه فرزند پروری جهت تعامل صحیح با فرزندان خود اقدام نمایند. همچنین این پژوهش می تواند برای خانواده هایی که فرزندشان اقدام به خودکشی نموده و خانواده هایی که والدینشان دچار اختلال روانی هستند نیز مفید واقع شود.

1. Dubois

2. Felner

3. Brand

4. Adan

روش

پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه‌ای) می باشد. جامعه آماری گروه مطالعه عبارت است از والدین کلیه افرادی که در سالهای (۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸) در شهرستان دره شهر اقدام به خودکشی نمودند و اسامی آنها در شبکه بهداشت و درمان به عنوان افراد اقدام کننده به خودکشی ثبت شده است. تعداد این افراد ۴۴۱ نفر بود. همچنین جامعه آماری گروه گواه را والدین افراد عادی این شهرستان تشکیل دادند. برای اجرای این پژوهش ابتدا لیست افراد اقدام کننده به خودکشی در سالهای (۸۸-۱۳۸۶) در شهرستان دره شهر با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و حراست شبکه بهداشت و درمان شهرستان دره شهر از مرکز بهداشت شهرستان تهیه گردید، سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۲۲۰ نفر از والدین افراد اقدام کننده به خودکشی در گروه مطالعه انتخاب شد که در نهایت ۱۹۶ نفر از آنان حاضر به همکاری شدند. همزمان تعداد ۱۹۶ نفر از والدین افراد عادی را با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان گروه گواه انتخاب نمودیم. به این ترتیب که ابتدا شهرستان به ۵ ناحیه تقسیم شد، از هر ناحیه یک خیابان یا محله و از هر خیابان یا محله ۲ کوچه جهت توزیع پرسشنامه‌ها انتخاب گردید. این افراد از لحاظ وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان و طول مدت ازدواج تقریباً با گروه مطالعه همتا شدند و پس از ملاقات با آنان و جلب رضایت و همکاریشان، پرسشنامه‌ی فرزند پروری بامریند و پرسشنامه‌ی سلامت روان گلدبرگ (GHQ=28) به صورت انفرادی و با ارائه‌ی توضیحات لازم در اختیارشان قرار داده شد.

ملاکهای ورود و خروج به این صورت بود: در گروه مطالعه والدینی که در اوایل کودکی فرزندشان، از همسرشان طلاق گرفته بودند و سرپرستی کودک را بر عهده نداشتند و والدینی که به شهرهای مجاور مهاجرت نموده بودند از نمونه حذف شدند. نمونه، صرفاً شامل والدینی بود که فرزندشان در شهرستان دره شهر در سالهای ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸ اقدام به خودکشی نموده بود. در گروه گواه نیز والدینی انتخاب شدند که فرزندشان حداقل در سن نوجوانی بود و والدین کودکان خردسال و زوج‌هایی که صاحب فرزند نبودند را به گروه گواه وارد نکردیم. شرکت کنندگان در پژوهش در دامنه سنی ۳۵ تا ۷۶ سال قرار داشتند. میانگین سن گروه مطالعه ۴۸/۴۵ و میانگین سن گروه گواه ۴۷/۸۷ بود. همچنین در دو گروه، میانگین سن مردان ۴۹/۹۴ و میانگین سن زنان ۴۶/۹۷ به دست آمد.

ابزار

پرسشنامه شیوه‌های فرزند پروری والدین بامریند

این پرسشنامه توسط بامریند در سال (۱۹۷۲) ساخته شده، دارای ۳۰ سؤال است که به صورت لیکرت (۰-۱-۲-۳-۴) نمره گذاری می شود. هر ۱۰ سؤال آزمون، یک سبک را می سنجد. بوری^۱ (۱۹۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی ۸۱٪ برای سبک آزادگذار (سهل گیرانه)، ۸۶٪ برای سبک مستبدانه و ۹۲٪ برای سبک مقتدرانه گزارش نموده است. در ایران نیز اسفندیاری، (۱۳۷۴) میزان پایایی این پرسشنامه را با روش باز آزمایی برای سبک سهل گیرانه ۶۹٪، سبک مستبدانه ۷۷٪ و برای سبک مقتدرانه ۷۳٪ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده برای سبک آزادگذار ۶۳٪؛ سبک مستبدانه ۷۶٪ و سبک مقتدرانه ۸۲٪ بود.

پرسشنامه سلامت روانی (GHQ = 28) گلدبرک

این پرسشنامه در سال (۱۹۷۹) توسط گلدبرک و هلر^۲ به منظور غربالگری اختلالات روان شناختی غیر روان پریشی طراحی شده است و از چهار خرده مقیاس (نشانه های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه های افسردگی) تشکیل شده است که با روش لیکرت (۰-۱-۲-۳) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که هر ۷ سؤال، یک خرده مقیاس را می سنجند. چیونگ و اسپیرز^۳ (۱۹۹۴) ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی به روش باز آزمایی را ۰/۴۷ گزارش نمودند که در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. علاوه بر این ضریب آلفا برای کل مقیاس را برابر با ۰/۸۸ گزارش نمود و برای خرده مقیاس های نشانه های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و علائم افسردگی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز پالاهنگ (۱۳۷۵) اعتبار این آزمون را ۰/۹۱ گزارش نمود و مقادیر آلفای کرونباخ را برای نشانه های جسمانی ۰/۸۴، اضطراب و اختلال خواب (۰/۷۸)، کارکردهای اجتماعی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۸۱ و وضعیت سلامت روانی را ۰/۹۱ برآورد کرده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. همچنین ضریب پایایی برای نشانه های جسمانی، (۰/۷۴)، اضطراب و اختلال خواب (۰/۷۷)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۰/۶۷) و برای افسردگی (۰/۸۴) به دست آمد.

1. Buri

2. Heller

3. Cheung & Spears

یافته ها

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر در جدول شماره ۱ آورده شده است.

به منظور مقایسه‌ی نمرات سلامت روان و سبک‌های فرزندپروری در دو گروه (والدین افراد اقدام کننده به خودکشی و والدین افراد عادی)، آزمون تحلیل واریانس چند متغیری انجام شد که نتایج آن در جداول شماره ۲ و ۳ گزارش شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی دو گروه از لحاظ نمرات سلامت روان و سبکهای فرزندپروری والدین

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	مطالعه	۱۹۶	۶/۳۱	۴/۱۳
	گواه	۱۹۶	۴/۸۹	۲/۸۳
علائم اضطراب و اختلال خواب	مطالعه	۱۹۶	۶/۳۹	۴/۳۹
	گواه	۱۹۶	۵/۱۹	۲/۷۹
کارکرد اجتماعی	مطالعه	۱۹۶	۶/۹۸	۳/۴۸
	گواه	۱۹۶	۵/۴۵	۲/۶۳
علائم افسردگی	مطالعه	۱۹۶	۴/۰۶	۴/۶۱
	گواه	۱۹۶	۳/۳۸	۳/۰۶
سبک آزاد گذار	مطالعه	۱۹۶	۱۶/۳۷	۵/۵۷
	گواه	۱۹۶	۱۷/۲۹	۵/۴۵
سبک مستبدانه	مطالعه	۱۹۶	۱۷/۷۶	۷/۲۱
	گواه	۱۹۶	۱۶/۳۶	۶/۴۹
سبک اقتدار منطقی	مطالعه	۱۹۶	۳۰/۰۶	۶/۸۴
	گواه	۱۹۶	۳۰/۵۳	۵/۸۴

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در ترکیب سبکهای فرزندپروری و مؤلفه های سلامت روان والدیندر گروههای مطالعه و گواه

متغیر	آماره	F	df فرضیه	خطا df	سطح معناداری
گروه	۰/۹۱	۵/۱۶	۷	۳۸۴	۰/۰۰

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ تفاوت مؤلفه‌های سلامت روان والدین و سبکهای فرزندپروری در بین دو گروه معنادار است
جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمرات مؤلفه های سلامت روان و سبکهای فرزند پروری والدین در دو گروه مطالعه و گواه

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	معنی داری
	علایم جسمانی	۱۹۷/۱۰	۱	۱۹۷/۱۰	۱۵/۶۹	۰/۰۰
	اضطراب و اختلال خواب	۱۳۹/۷۴	۱	۱۳۹/۷۴	۱۰/۳۲	۰/۰۰
	عملکرد اجتماعی	۲۲۹/۳۷	۱	۲۲۹/۳۷	۲۳/۹۸	۰/۰۰
گروه	علایم افسردگی	۴۴/۵۵	۱	۴۴/۵۵	۲/۸۹	۰/۰۹
	سبک آزاد گذار	۸۲/۵۰	۱	۸۲/۵۰	۲/۷۱	۰/۱۰
	سبک مستبدانه	۱۹۲/۱۵	۱	۱۹۲/۱۵	۴/۰۶	۰/۰۴
	سبک اقتدار منطقی	۲۱/۲۰	۱	۲۱/۲۰	۰/۵۲	۰/۴۷

همانطور که نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد تفاوت مؤلفه های علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، و علایم اختلال عملکرد اجتماعی در سطح $p \leq 0/05$ در بین دو گروه معنادار است اما در مؤلفه های علایم افسردگی در بین دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. همچنین تفاوت سبکهای فرزندپروری مقتدرانه و آزاد گذار در دو گروه معنادار نیست اما در سبک فرزندپروری مستبدانه تفاوت معناداری در بین دو گروه به دست آمد.

ضمناً به منظور کنترل اثر سن بر مؤلفه های سلامت روان و سبکهای فرزندپروری والدین در دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. که با وارد کردن سن در تحلیل کواریانس نتایج این آزمون شبیه نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بدست آمد. به این صورت که تفاوت های اولیه بدست آمده از نتایج تحلیل واریانس چند متغیره، کماکان باقی ماند و یافته ی جدیدی حاصل نشد.

بحث و نتیجه گیری

از آنجا که در آزمون سلامت روان (GHQ) گرفتن نمره پایین نشان دهنده سلامت روان بیشتر است و گرفتن نمره بالا در هر کدام از سبکهای فرزندپروری در پرسشنامه فرزندپروری بامریند به معنای استفاده بیشتر از آن سبک می باشد، با توجه به نتایج جداول شماره ۱ و ۳ نتیجه می گیریم که گروه گواه (والدین افراد عادی) نسبت به والدین افراد اقدام کننده به

خودکشی از سلامت روان بیشتری برخوردارند. به این معنی که والدین افراد عادی نسبت به والدین افراد اقدام کننده به خودکشی علائم جسمانی، اضطرابی و اختلال عملکرد کمتری دارند و در کل سالم ترند. به عبارت دیگر والدین افراد اقدام کننده به خودکشی علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب بیشتری را در خود گزارش داده‌اند و در زمینه عملکرد اجتماعی در مقایسه‌ی با والدین افراد عادی مشکلات بیشتری دارند و ضعیف تر عمل می‌کنند. همچنین با بررسی نتایج مربوط به فرزندپروری مشخص شد که والدین افراد اقدام کننده به خودکشی نسبت به والدین افراد عادی در تربیت فرزند خود بیشتر از سبک فرزندپروری مستبدانه استفاده نموده‌اند.

گرچه پژوهش حاضر به لحاظ بدیع بودن و ترکیب متغیرهای مورد مطالعه به صورت مستقیم قابل مقایسه با هیچکدام از پژوهش‌های انجام شده در زمینه خودکشی نیست اما می‌توان گفت، این یافته‌ها با پژوهش‌های وندا (۲۰۰۰)؛ اتکینسون و همکاران (۱۳۸۷)؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۷)؛ ایار (۱۳۸۹)؛ بیات و همکاران (۱۳۸۹)؛ فورتیناش و پاتریشا (۱۳۸۹)؛ آنیکا و همکاران (۲۰۱۰)؛ سامرز و سامرز (۱۳۸۹)؛ باچر و همکاران (۱۳۸۸) و پترسون (۲۰۰۰) که در پژوهش‌های خود وجود رابطه‌ی بین اختلالات روانی و خودکشی را گزارش نموده‌اند، همپوشی دارد.

همچنین یافته‌های حاصل از مقایسه‌ی سبک‌های فرزندپروری در دو گروه، با یافته‌های ارگیز و همکاران (۲۰۰۵)؛ (باقر پورکماچالی، (۱۳۸۴)؛ مهرابی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۷۹) و باچر و همکاران (۱۳۸۸) در رابطه با وجود ارتباط بین سبک مستبدانه با مشکلات رفتاری و اختلالات روانی، همخوان است.

به طور کلی، معلوم شده است، والدینی که به انواع آسیب روانی مبتلا هستند دارای فرزندان هستند که بیشتر در معرض خطر دامنه‌ی وسیعی از مشکلات رشد قرار دارند (باچر و همکاران، ۱۳۸۸). ابتلاء به اختلالات روانی باعث افزایش خطر خودکشی در زنان می‌گردد و احتمال خطر خودکشی فرزندان دختر را نیز بالاتر می‌برد (آنیکا و همکاران، ۲۰۰۹).

انتظار می‌رود والدینی که علائم جسمانی و اضطرابی بیشتری را در خود گزارش می‌دهند، در زمینه‌ی عملکرد اجتماعی در مقایسه با والدین سالم تر در سطح پایین تری عمل نمایند. از آنجایی که محور پنجم DSM IV، اختلال عملکرد را به عنوان آخرین ملاک تشخیصی برای اختلالات روانی مطرح نموده است، می‌توان گفت که والدین مبتلا به اختلال روانی نمی‌توانند وظایف خود را به خوبی انجام دهند. در نتیجه این افراد در فعالیت‌های مربوط به فرزندپروری نیز با مشکلات بیشتری مواجه می‌شوند. وقتی والدین تعامل خود را با کودک کم می‌کنند و یا اثر گذاری آنان بر روی فرزندشان کم می‌شود، تأثیر عوامل بیرون از خانواده بر کودک افزایش می‌یابد و کودک را در معرض خطر هر گونه آسیبی قرار می‌دهد. علاوه بر اختلال روانی والدین، ایجاد محدودیت و کنترل افراطی والدین که نتیجه استفاده زیاد و نابجای آنان از سبک فرزندپروری

مستبدانه است، می‌تواند قدرت خلاقیت و آزادی عمل کودک را از بین ببرد. تعاملات ناقص و نامناسب والدین با فرزندانشان و شیوه‌های ناسالم فرزند پروری آنان باعث تهدید سلامت روان اعضای خانواده می‌گردد. علاوه بر این، فرزندان والدین مستبد تقریباً هیچ اجازه و قدرتی برای تصمیم‌گیری درباره امور مربوط به خود را ندارند و اکثراً ناخشنودند. این حالت‌ها می‌تواند زمینه آسیب‌پذیری کودکان را فراهم نمایند و این آسیب ممکن است خود را به شکل‌های مختلفی از جمله اختلالات روانی، بزهکاری، اعتیاد، خودکشی و یا دیگر آسیب‌ها نشان دهد.

والدینی که اجازه نمی‌دهند کودک ابراز وجود نماید، مانع بروز استعدادهای بالقوه‌ی او می‌شوند و در نتیجه این قبیل کودکان در آینده افرادی روان‌آزرده و پرخاشگر خواهند شد (مهرابی زاده هنرمند و همکاران، ۱۳۷۹).

به طور کلی می‌توان گفت، سلامت روان والدین و شیوه فرزندپروری آنان در راستای تربیت و شکل‌دهی شخصیت فرزندان نقش تعیین‌کننده و اساسی دارد. انتظار می‌رود که والدین سالم کودکان سالمتری را پرورش دهند به شرطی که شیوه‌ی تربیتی سالم و مثبتی را در پیش بگیرند و سایر عوامل حفاظتی نیز کودک را به خوبی حمایت کنند. هر والد با هر سطح از تحصیلات، برای موفقیت در امر تربیت کودک خود، نیازمند آموختن مهارت فرزند پروری است. به طور کلی آموختن این مهارت علاوه بر آموزش، نیازمند تمرین عملی و پیوسته است و در سطحی بالاتر از آموزش یا فراگیری مباحث نظری مربوط به فرزندپروری است. سبک فرزند پروری خاص فقط یک شیوه‌ی معمولی برای تعامل با کودک نیست بلکه فرایندی است که در طی آن چگونگی شکل‌گیری شخصیت کودک تعیین می‌شود. والدین با کفایت علاوه بر اینکه در امر پرورش کودک خود موفق هستند، در مواقع بحران نیز حمایتگرانی قوی می‌باشند و می‌دانند که چگونه رفتار فرزند خود را مدیریت نمایند. با توجه به اینکه برخی از افراد به صورت تکانشی اقدام به خودکشی می‌کنند، نقش والدین و دیگر اعضای خانواده در پیشگیری از بروز این گونه اقدامات بسیار تعیین‌کننده است. چه بسا در این مواقع عدم حمایت فرزند و مدیریت ناصحیح رفتار وی از سوی والدین، زمینه‌ساز اقدام به خودکشی گردد. والدین می‌توانند با درایت خود و پاسخگویی درست و به موقع، مانع از بروز رفتار تکانه‌ای و اقدام به خودکشی فرزندان شوند. به نظر می‌رسد آموزش مدیریت رفتارهای تکانشی و کنترل پرخاشگری به اعضای خانواده نیز بتواند در زمینه‌ی پیشگیری از اقدامات تکانشی مؤثر واقع گردد. از این رو انتظار می‌رود فعالیت‌هایی از قبیل: آموزش شیوه‌های مناسب فرزند پروری به والدین و تلاش جدی‌تر متولیان بهداشت روان جهت ارتقای سطح سلامت روان والدین، بتواند از ایجاد برخی از اختلالات روانی در والدین و فرزندان و نهایتاً اقدام به خودکشی در فرزندان پیشگیری نماید.

پژوهش حاضر با برخی از محدودیت‌ها مواجه بوده است، مهم‌ترین محدودیت این پژوهش مقاومت برخی از اعضای نمونه جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود که باعث طولانی شدن زمان اجرای پژوهش گردید. علت این عدم همکاری را می‌توان دیدگاه منفی جامعه نسبت به پدیده خودکشی، اختلالات روانی و ترس افراد از مورد ارزیابی واقع شدن یا برچسب خوردن دانست. ضمن اینکه بومی بودن و آشنا بودن پرسشگر یا پژوهشگر نیز می‌تواند این مقاومت را بیشتر نماید. در چنین پژوهش‌هایی در آتیه پیشنهاد می‌شود، جهت تعامل بیشتر و کاهش مقاومت شرکت‌کنندگان از پرسش‌گران غیر بومی استفاده گردد. محدودیت دیگر به بحث روایی بین فرهنگی مربوط می‌شود. نمونه پژوهش حاضر را ساکنین شهرستان دره‌شهر تشکیل داده‌اند که ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج آن به سایر مناطق جغرافیایی با محدودیت‌هایی همراه باشد. پس در تعمیم این نتایج باید جانب احتیاط رعایت گردد. لذا، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرستان‌ها و قومیت‌های دیگر نیز صورت پذیرد

سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم، از مسؤولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ایلام و تمامی عزیزانی که در این پژوهش شرکت نمودند نهایت تقدیر و تشکر را ابراز نماییم. همچنین از جناب آقای دکتر پشلیده به خاطر راهنمایی‌های آماری ارزنده‌شان پیرامون شیوه‌های تجزیه و تحلیل مناسب داده‌ها سپاسگزاریم.

منابع

اتکینسون، ریتال.ال؛ اتکینسون، ریچارد.سی؛ اسمیت، ادوارد.ای؛ بم، داریل.ج؛ هوکسما، سوزان، نولون. (۱۳۸۹). **زمینه روانشناسی هیلگارد**. (ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

اسفندیاری، غلام‌رضا (۱۳۷۴). **بررسی شیوه‌های فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری و مادران کودکان بهنجار و تأثیر آموزش مادران بر اختلال رفتاری کودکان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران.

آشنایدمن، ادوین. اس. (۱۳۸۳). **روانشناسی خودکشی**. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: انتشارات رسا.

ایار، علی. (۱۳۸۹). **بررسی عوامل مؤثر بر خودکشی در شهرستان دره شهر. مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی**. چاپ اول. تهران: نشر جامعه شناسان. ۴۵-۵۸.

مقایسه سبکهای فرزند پروری و سلامت روان والدین افراد اقدام کننده به خودکشی با والدین افراد عادی / امیری نژاد، علی و همکاران

باچر، ج؛ سوزان، م؛ جیل، ه. (۱۳۸۸). **آسیب شناسی روانی** (ترجمه یحیی سیدمحمدی چاپ دوم، تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

باقرپور کماچالی، صغری. (۱۳۸۴). **بررسی رابطه الگوهای فرزند پروری با سلامت روان و موفقیت تحصیلی در فرزندان کارکنان نظامی و غیر نظامی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی.** دانشگاه تهران.

برک، لورا. ای. (۱۳۸۶). **روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی)**، جلد اول. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

بیات، بهرام؛ بهرامی، اردشیر و فرح، عطیه. (۱۳۸۹). تحلیل جامعه شناسی عوامل مؤثر بر خودکشی در ایران. **مجموعه مقالات همایش آسیب های اجتماعی شهرستان دره شهر، ایلام: برگ آذین.** ۵۱-۲۹.

پالاهنگ، حسن، نصرمحمدی. (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلال روانی در شهر کاشان. **فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲ (۴): ۲۷-۱۹.**

جوانمرد، غلامحسین. (۱۳۸۸) **آسیب شناسی روانی ۲.** چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.

حسن زاده، سیدمهدی. (۱۳۸۷). **راهنمای انعکاس خبر خودکشی در رسانه ها.** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران: مؤسسه زرنقش.

سامرز، ج. ف؛ سامرز، ر. ف. (۱۳۸۹). **مصاحبه بالینی.** (ترجمه هامایاک، آوادیس یانس؛ نیسان گاهان؛ داوود، عرب قهستانی؛ فرید براتی). چاپ اول، تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

طلائی، علی؛ فیاضی، محمدرضا؛ سعادت‌نوب، زهره. (۱۳۸۵). **مشکلات روانشناختی و افکار خودکشی در دانشجویان مقاطع مختلف پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد.** مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۹۲؛ ۱۹۸-۱۹۱.

فورتیناش، کاترین؛ هولودی، ورت، پاتریشا. (۱۳۸۹). **اختلالات روانی و مراقبتهای پرستاری.** (ترجمه الهه آشوری). چاپ اول. تهران: نشر کلام حق. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).

کاپلان، هارولد؛ بنیامین، سادوک. (۱۳۸۹). **خلاصه روانپزشکی،** جلد دوم. (ترجمه نصرتاله پورافکاری). چاپ اول، ویرایش دهم. تهران: انتشارات شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).

ماهیار، آذر؛ نوحی، سیما. (۱۳۸۵). **خودکشی**. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ بحرینی، شهناز. (۱۳۷۹). **رابطه شیوه های فرزندپروری با سلامت روانی و**

هماهنگی مؤلفه های خودپنداشت. مجله روانشناسی اهواز. ۴(۱)؛ ۸۳-۹۷

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۷). **راهنمای مراقبت از بیماری های روانپزشکی بزرگسالان**. چاپ اول.

کرمان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان.

Annika, V.B;Frank, L. & Anders,H. (2010).Gender difference in risk factor for suicide. *The Canadian Journal of Psychiatry*.55 (2):108-111

Argys, L. M. (2005). Birth order and risky adolescent behavior. *Economic Inquiry*. 44, 215-233

Cheung, P. & Spears, G. (1994).Reliability and validity of the Cambodian version of 28-item general health questionnaire. *Social psychiatric and epidemiology*, 95-99.

Buri .(199۱). Parental authority questionnaire. *Journal of personality assessment*.57, 110 – 119.

Dorio.B,&Garlow. S. J. (2004). Suicide prevention: a vital national public health, Issue. *Journal of health Hum Adm*. 27(2): 123 -141.

Dubois, D.L., Felner. R. R., Brand, S., &Adan, A. M. (1992).A *Prospective Stay of life stress*, 63; 452-557.

Hoyert, D. L; Kochanek, K. D; Murphy S. L. (2004).Final data for 2002.*National Vital Statics Reports*.53 -55.

Mitchell, G.W; Marian, R; Matthias, B. & Wulf.R. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO morality database. *Bulletin of the WHO*; 86: 726-732.

Peterson, G. S. (2000) a follow up study of one group an achievers and undress four years after high school graduation. *Journal of Roper*. 22: 217-225.

Wanda, K. M. (2003). *Johnson's Psychiatric Mental health nursing*. London: Lippincott co; 2003.