

مقایسه سبک فرزندپروری و سلامت عمومی در والدین دارای

فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی

رضا گرجی و احمد محمودی

کارشناسان ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی / دبیران مجتمع باغچه‌بان پسران کرج و مدرس دانشگاه

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک فرزندپروری و میزان سلامت عمومی والدین دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی در شهر کرج می‌باشد. بدین منظور ۲۹ نفر از والدین دانش‌آموزان ناشنوا و ۳۷ نفر از والدین دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در مدارس کرج مشغول به تحصیل بوده‌اند، انتخاب شده و پرسشنامه‌های سلامت عمومی و سبک فرزندپروری بامریند را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که بین سلامت عمومی و سبک فرزندپروری این دو گروه از والدین تفاوتی وجود ندارد. همچنین سبک فرزندپروری نمی‌تواند سلامت عمومی را پیش‌بینی کند.

واژه‌های کلیدی: خانواده، ناشنوا، کم‌توان ذهنی، سلامت عمومی.

مقدمه

شیوه‌ی خاصی برای تربیت فرزندان خود انتخاب می‌کند. البته این انتخاب الزاماً از روی آگاهی نیست و ممکن است والدینی که از سطح سواد بالایی هم برخوردار نیستند، شیوه‌ی صحیحی برای تربیت فرزندان برگزینند. انتخاب هر نوع سبک و شیوه‌ی تربیت فرزندان علاوه بر این که تأثیر مستقیمی بر روی ویژگی‌های اخلاقی، خلقی، شخصیتی و... فرزندان می‌گذارد، در سلامت والدین هم مؤثر است. این که والدین چگونه با فرزندان خود به تعامل می‌پردازند، چگونه با آنان برخورد می‌کنند، در مسائل گوناگون پیش آمده در خانه چه واکنش‌هایی از خود در مواجهه با فرزندان نشان می‌دهند و مسائلی از این قبیل، می‌تواند در سلامت روانی والدین مؤثر باشد، یعنی والدین علاوه بر این که به تربیت فرزندان خود همت می‌گمارند به نوعی نیز به سلامت خود دست می‌یابند. چرا که امروزه این روش‌های فرزندپروری به تعاملات بیشتر میان والدین و فرزندان منجر شده است و به یقین این تعاملات می‌تواند تأثیرات مثبت یا منفی بر سلامت طرفین بر جای گذارد. استبرگ و هیچ‌کول^۳

خانواده مهم‌ترین نقش را در تربیت فرزندان به عهده دارد و این نقش تربیتی در دوران کودکی بیشتر است (هیلگارد^۱، ۱۳۸۲). والدین می‌توانند با ایجاد روابط عاطفی سالم و سازنده و ابراز محبت و پذیرش کودک با تعیین ملاک‌ها و معیارها از طریق یک سرمشق با ثبات از رفتارهای مطلوب، بهترین و موثرترین شیوه‌ی اجتماعی شدن و بنای یک تربیت صحیح را فراهم کنند (ماسن، و همکاران^۲، ترجمه‌ی یاسایی، ۱۳۸۰). نقش ارتباطات درون خانوادگی، ارتباط والدین با هم، والدین-فرزندان و فرزندان با یکدیگر در شکل‌گیری شخصیت افراد، آرامش خاطر، اعتماد به نفس، توان‌سازگاری و در نهایت بروز رفتارهای مناسب و عدم ابتلا به اختلالات روانی شایان توجه است (گزارش سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱، به نقل از حسینیان، پورشه‌ریاری و کلانتری، ۱۳۸۶). هر خانواده‌ای با توجه به ابعاد گوناگون زندگی خویش از جمله وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... سبک و

1. Hilgard

2. Mussen and et al

3. Ostberg, Hage kull

پسر در بین طبقات پایین جامعه بیشتر زمینه‌ی اقتصادی دارد (تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷). نکته‌ای که در اینجا باید یادآور شد این است که سلامت روانی والدین کودکان استثنایی نیز به علت حضور یک یا چند کودک استثنایی در خانه به مخاطره می‌افتد یعنی علاوه بر اینکه سبک فرزندپروری در سلامت آنها مؤثر است وجود کودک استثنایی نیز در سلامت روانی آنها تأثیرگذار است. دیترو و دکارت^۱ (۱۹۹۸) اشاره می‌کنند که والدین همه‌ی کودکان استثنایی درجات متفاوتی از اضطراب و فشار روانی را تجربه می‌کنند که در ارتباط با انتظاراتی است که از نقش والدگری آنها می‌رود. این فشار روانی منجر به مشکلاتی در والدین می‌شود، به همین دلیل نمی‌توان با قاطعیت سلامت روانی را در ارتباط و تأثیر مستقیم سبک فرزندپروری بیان کرد.

خانواده مهمترین نقش را در تربیت فرزندان به عهده دارد و این نقش تربیتی در دوران کودکی بیشتر است. والدین با ایجاد روابط عاطفی سالم و سازنده و ابراز محبت و پذیرش کودک با تعیین ملاک‌ها و معیارها از طریق یک سرمشق با ثبات از رفتارهای مطلوب، بهترین و موثرترین شیوه‌ی اجتماعی شدن و بنای یک تربیت صحیح را فراهم کنند

نتایج مطالعات حییبی، رشیدی و متولی پور (۱۳۸۸) نشان داد که بین میانگین نمرات مادران گروه استثنایی و عادی تفاوت معنی‌داری از لحاظ میزان تنیدگی فرزندپروری وجود دارد. بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشان داد که میزان تنیدگی مادران استثنایی در خرده مقیاس‌های تنیدگی والدین، تعامل ناکارآمد کودک- والدین و ویژگی‌های کودک مشکل‌آفرین بیشتر از مادران عادی است. در پژوهشی که برای ۴۰ دانش‌آموز ناشنوا بین سنین ۳ تا ۱۸ سال صورت گرفت،

(۲۰۰۰) اعتقاد دارند که فشار روانی فرزند پروری نوعی از فشار روانی است که توسط والدین تجربه می‌شود و ناشی از مقتضیات فرزند پروری است (متولی‌پور و رشیدی، ۱۳۸۸). این مباحث برای تمامی خانواده‌ها از جمله خانواده‌هایی که فرزند یا فرزندان استثنایی دارند نیز صادق است. مسئله کودکان استثنایی و رسیدگی بیشتر به وضعیت بهداشت روانی آنان و خانواده‌هایشان در سال‌های اخیر به عنوان یکی از موضوعات مهم، اذهان جهانیان را به خود معطوف کرده است و چندین روز به عنوان روز جهانی بزرگداشت این افراد نام‌گذاری شده است تا اهمیت آنان در اجتماع مشخص‌تر شده و به رفع مشکلاتشان کمک شود (یکتاخواه، ۱۳۸۸). ممکن است شیوه‌های تربیت فرزندان در این خانواده‌ها متفاوت باشد و والدین کودکان استثنایی از روش‌های متفاوتی نسبت به والدین کودکان عادی استفاده نمایند ولی در نهایت اتخاذ هر نوع سبک و شیوه‌ی فرزندپروری، تأثیری بر سلامت روانی نه تنها بر کودکان بلکه والدین نیز خواهد گذاشت. ناگفته پیداست که میزان معلولیت نیز در شکل‌گیری حمایت افراطی تأثیرگذار است. هرچه میزان معلولیت کمتر باشد تعامل بین والدین (به‌ویژه مادر) و کودک مشابهت بیشتری با تعامل والدینی که کودکان عادی دارند، پیدا می‌کند. همچنین به نظر می‌رسد جنسیت فرزند معلول نیز بر تعامل والدین و رضایتمندی از زندگی تأثیرگذار باشد. معمولاً پسران معلول بیش از دختران معلول بر روابط زن و شوهر اثر می‌گذارند. اثرات جنسیت فرزند معلول بر تعامل والدین، در خانواده‌های طبقه متوسط ناچیز یا هیچ است، اما در خانواده‌هایی که به سطوح پایین جامعه تعلق دارند، وجود پسر معلول اثرات مخرب‌تری بر تعامل والدین دارد تا وجود دختر معلول. شاید تفاوت، ناشی از آن باشد که در خانواده‌های تهی-دست، هنوز از فرزند پسر انتظار می‌رود در درآمد خانواده نقشی به عهده بگیرد. در حقیقت اثرات افتراقی دختر یا

1. Deater, Deckard

والدین کودکان ناشنوا به طور معناداری نسبت به افراد عادی تحت فشار روانی بیشتری بودند. همچنین پژوهشگران نتیجه گرفتند که سن و جنس فرزند ناشنوا می‌تواند بر این استرس تأثیرگذار باشد، اما از نظر میزان استرس بین پدر و مادر فرزند ناشنوا تفاوتی دیده نشد (عرب، ۱۳۷۵). نتایج پژوهش جلالی و همکارانش (۱۳۸۷) نیز نشان داد که نمره کلی سلامت روانی و نیز نمره زیر مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی مادران گروه آزمایش پس از پایان جلسات آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، با توجه به تغییرات پس از آزمون نسبت به پیش آزمون، کاهش یافته ولی در تغییرات پس از آزمون نسبت به پیش آزمون زیر مقیاس نارسا کنش‌وری اجتماعی تفاوت معناداری را نشان نداد. این نتایج بیان می‌کنند که آموزش برنامه فرزندپروری مثبت، سلامت روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را افزایش می‌دهد. طبق بررسی‌های مالیندر و گلدین میدو^۱ (۱۹۹۱)، اکثر والدین کودک ناشنوا دارای واکنش‌های روانی از قبیل غم و اندوه می‌باشند. این پژوهشگران نیز اظهار می‌دارند که معلولیت شدید شنوایی تأثیر روانی عمده‌تری در مقایسه با دیگر معلولیت‌های حسی دارند (شریفی، ۱۳۸۲). نتایج تحلیل رگرسیون رضاییان و همکاران (۱۳۸۴) نیز نشان داد بین اختلال سلوک و مشکلات روانی والدین، سبک فرزندپروری والدین و ادراک خود نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد. اختلال روانی و سبک فرزندپروری والدین از طریق اثرگذاری بر «ادراک خود» نوجوانان، پیش‌آمادگی اختلال سلوک در فرزندان را افزایش می‌دهد. لازم به ذکر است که سهم شیوه‌ی فرزندپروری مستبدانه در این میان بیشتر است. در پژوهشی، دنمارک^۲ (۱۹۹۴) به تحصیلات و سواد والدین و روابط آن با

معلولیت شنوایی فرزند اشاره می‌کند. او نشان داد که والدین با سواد دانشگاهی از داشتن فرزند خود واکنش خجالت و شرمساری نشان می‌دهند به‌خصوص هنگامی که فرزند ناشنوی آن‌ها دختر باشد. این محقق در ادامه‌ی پژوهش‌های خود گزارش داد که بسیاری از خانواده‌هایی که فرزند ناشنوی مادرزادی دارند از حیث برقراری روابط اجتماعی و انجام فعالیت‌های اوقات فراغت، شرکت در مهمانی‌ها، فعالیت‌های ورزشی، دیدار از دوستان و اقوام، بهره‌گیری از تسهیلات اجتماعی، استفاده از وسایل نقلیه عمومی، ایاب و ذهاب در مکان‌های عمومی و شناخته شدن نزد دیگران اضطراب و هراس دارند (به نقل از شریفی، ۱۳۸۲). میکایلی منیع (۱۳۸۷) در پژوهش خود آورده است که: بررسی‌های انجام شده در این خصوص نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بالاتر (دوماس و همکاران^۳، ۱۹۹۱) احساس شرم و خجالت بیشتر (احمد پناه، ۱۳۸۰) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری (ایزنهور، بیکر و بلاکر^۴، ۲۰۰۵) دارند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که سلامت روانی و موفقیت تحصیلی فرزندان با الگوهای فرزندپروری قاطع و اطمینان بخش، بیش از سلامت روانی و موفقیت تحصیلی فرزندان با الگوهای فرزندپروری استبدادی و سهل‌گیر است (بهرامی احسان و دیگران، ۱۳۸۷). نریمانی و همکاران (۱۳۸۵) نیز به یافته‌های زیر دست یافتند: ۱. بین سلامت روانی مادران کودکان استثنایی (ناشنوا، نابینا و کم‌توان) و مادران کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. ۲. از نظر علایم سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی، پرخاشگری و ترس مرضی تفاوت معنادار بود اما از نظر شکایات جسمانی، وسواس، اجبار،

3. Dumas and et all

4. Eisenhower, Baker, Blacker

1. Mylander, Goldinmeadow

2. Denmark

نگرانی بیش تری می کردند. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که عمده‌ترین تأثیراتی که کودک ناشنوا بر سایر فرزندان گذاشته است، به ترتیب خجالت، محبت و همکاری است. موارد زیر نتایج پژوهش اسلمی (۱۳۸۵) است: ۱. بین سازگاری زناشویی والدین و سلامت عمومی فرزندان همبستگی مثبت وجود دارد. ۲. سبک فرزند پروری قادر به تبیین سلامت عمومی فرزندان می‌باشد. ۳. سازگاری زناشویی نمی‌تواند سبک فرزند پروری را تبیین کند. ۴. مؤلفه‌های توافق زوجی مادر، رضایت زوجی پدر، همبستگی زوجی پدر و سبک فرزندپروری پدر بیش از بقیه مؤلفه‌های پژوهش قادر به تبیین سلامت عمومی فرزندان می‌باشد. همچنین در این تحقیق پژوهشگر به این نتیجه دست یافت که سلامت عمومی فرزندان که والدین آن‌ها سبک فرزندپروری هماهنگ دارند، بیش تر از سلامت عمومی فرزندان است که سبک فرزند پروری والدین آن‌ها نا هماهنگ است. پشت محمدی و همکاران (۱۳۸۸) نیز اشاره می‌کنند که آموزش فرزندپروری و درمان دل بستگی باعث کاهش علائم بیش فعالی در کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در مادران دل بسته ناایمن می‌شود. حسینیان و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی که بین شیوه‌های فرزندپروری و عزت نفس دختران ناشنوا انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که والدین هر دو گروه تقریباً از یک شیوه فرزندپروری (شیوه مقتدرانه) استفاده می‌کنند و این سبک فرزندپروری باعث افزایش عزت نفس فرزندان‌شان می‌شود. لازم به ذکر است که آن‌ها دریافتند که بین عزت نفس دختران ناشنوا و عادی تفاوت معناداری وجود داشت. پژوهش مرتضوی (۱۳۸۷) نیز نشان داد که والدین کودکان ناشنوا به طور معناداری از سلامت روانی کمتری نسبت به والدین کودکان عادی برخوردارند. نتایج پژوهش گرجی (۱۳۸۹) حاکی از آن بود که بین سلامت عمومی و سبک فرزندپروری والدین دارای یک فرزند

حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوئیدی تفاوت معنادار نبود. چنگیزی (۱۳۸۵) نیز به این نتیجه رسیده است که مادران از نظر شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی از وضعیت مطلوب تری نسبت به پدران قرار دارند. همچنین والدین کودکان ناشنوا در مقایسه با والدین کودکان عادی از حساسیت و ترس مرضی بیش تر و سلامت روانی کمتر برخوردارند. تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که فقدان شنوایی، معلولیت‌های دیگر و سن شروع ناشنوایی ارتباطی با سازگاری روانی - اجتماعی دانش آموزان ناشنوا ندارد. بنابراین ارتباط مثبتی بین متغیرهای روانی - اجتماعی و بعضی از متغیرهای وابسته مانند وسایل شنیداری، گفتار قابل فهم، تحصیلات دانشگاهی، وضعیت شنیداری والدین و روش‌های ارتباطی استفاده شده در مدرسه وجود دارد. یافته‌های پژوهش این موضوع را که ناشنوایی فی نفسه همراه با ناسازگاری اجتماعی همراه باشد، تأیید نکرد؛ بلکه نقش عوامل محیطی را مؤثر می‌داند (پولات، ۲۰۰۳). قدرتی میرکوهی (۱۳۸۴) به این نتایج دست یافت: ۱. بین عوامل تنیدگی زا و نشانگان و تنیدگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. ۲. بین راهبردهای مقابله با تنیدگی و نشانه‌های آن رابطه وجود دارد، به گونه‌ای که استفاده از راهبردهای هیجان - مدار موجب افزایش نشانه‌های تنیدگی شده و استفاده از راهبردهای مقابله مسئله - مدار، موجب کاهش نشانه‌های تنیدگی می‌شود. شریفی درآمدی (۱۳۸۲) در پژوهشی که بر روی کودکان ناشنوا انجام داد به این نتیجه رسید که بیش‌ترین تأثیری که کودک ناشنوا بر خانواده گذاشته، احساس شرمساری و نگرانی است که میزان این احساس به شدت آسیب شنوایی فرزند نیز بستگی داشت. والدینی که فرزند آنان نقص شنوایی شدیدتری داشت، احساس شرمساری و

یک با جواب‌های «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» مشخص شده‌اند و والدین باید یکی از آن‌ها را که به عقایدشان نزدیک است علامت گذاری نمایند. در پایان، از مجموع نمرات آزمون، سبک انتخاب شده از سوی والدین برای تربیت فرزندان خود مشخص می‌شود. در این پرسشنامه می‌توان به سه نوع سبک فرزندپروری دست یافت: سبک فرزندپروری مقتدرانه، سبک فرزندپروری مستبدانه، سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه. به طبع در این میان سبک فرزندپروری مقتدرانه یا دموکراتیک از دیگر سبک‌ها مناسب‌تر و ایده آل‌تر به نظر می‌رسد و والدینی که از این شیوه تربیتی استفاده می‌کنند در وضعیت بهتری به لحاظ تربیت فرزندان خود قرار دارند تا والدینی که از دو سبک دیگر استفاده می‌کنند.

در پژوهشی، نتایج نشان داد که این پرسشنامه دارای روایی محتوایی بوده و میزان پایایی این آزمون در شیوه‌ی مقتدرانه ۰/۷۳، در شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و در شیوه‌ی سهل‌گیرانه ۰/۶۹ به دست آمد (اسفندیاری ۱۳۷۴)، به نقل از حسینیان و همکاران (۱۳۸۶). در پژوهش حاضر به منظور محاسبه پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به طور جداگانه محاسبه شد که نتایج آن برای سبک سهل‌گیرانه (۰/۴۸)، مستبدانه (۰/۴۹) و قاطع (۰/۸۳) بود.

پرسشنامه سلامت عمومی - GHQ. برای سنجش میزان سلامت عمومی والدین از پرسشنامه GHQ که حاوی ۲۸ سوال ۴ گزینه‌ای است استفاده شده است. در این پرسشنامه جواب‌های والدین از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود و در پایان مجموع نمرات محاسبه می‌شود. والدینی که مجموع نمرات آن‌ها در این پرسشنامه عدد کمتری را نشان دهد در وضعیت بهتری به لحاظ سلامت عمومی قرار دارند. در این پرسشنامه ۴ زیر مقیاس

ناشنا و بیش از یک فرزند ناشنوا تفاوت معناداری وجود ندارد و سبک فرزندپروری مستبدانه پیش‌بینی کننده سلامت عمومی پایین والدین است.

بررسی‌های انجام شده در این خصوص نشان داده‌اند که مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح سلامت عمومی پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بالاتر، احساس شرم و خجالت بیشتر و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند.

با توجه به مسایل مطرح شده، فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از: آیا تفاوت معناداری میان سبک فرزندپروری والدین دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی وجود دارد؟ آیا تفاوت معناداری میان سلامت عمومی والدین دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی وجود دارد؟ آیا بین سبک فرزندپروری و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه پژوهش حاضر شامل تمامی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی و ناشنوا می‌باشد که فرزندشان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ در مدارس کرج مشغول به تحصیل بوده‌اند. بر طبق اطلاعات به دست آمده تعداد دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی در حدود ۴۵۰ نفر و تعداد دانش‌آموزان ناشنوا در حدود ۲۰۰ نفر می‌باشند. از این میان تعداد ۶۶ نفر از والدین دانش‌آموزان (۳۷ نفر کم‌توان، ۲۹ نفر ناشنوا) به صورت تصادفی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه سبک فرزند پروری بامریند: این پرسشنامه حاوی ۳۰ سوال با پاسخ‌های ۵ گزینه‌ای است که هر

سلامتی بررسی می‌شوند. سوالات ۷-۱ به بررسی علائم جسمانی، سوالات ۱۴-۷ اضطراب، سوالات ۲۱-۱۴ اختلال در عملکرد اجتماعی و در نهایت سوالات ۲۸-۲۱ به بررسی افسردگی افراد می‌پردازد. ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش باز آزمون، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است.

روش اجرا

در ابتدا با مراجعه به هر یک از مدارس در کرج و صحبت با مدیران مدارس و مشخص نمودن گروه نمونه به شرحی که قبلاً گفته شد و اعلام آمادگی آن‌ها، یک روز برای ارائه فرم‌ها و تکمیل آن‌ها توسط والدین هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. به هر والدین یک پرسشنامه سبک فرزندپروری، یک پرسشنامه سلامت عمومی و یک فرم مشخصات داده شد. پس از ارائه توضیحات لازم، فرم‌ها توسط والدین تکمیل شد و سپس جمع‌آوری گردید. بعد از جمع‌آوری فرم‌ها، داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

فرضیه اول: آیا تفاوت معناداری میان سبک فرزندپروری والدین دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی وجود دارد؟
نتایج مربوط به نمرات سبک فرزند پروری در هر یک از والدین به تفکیک در جدول ۱ آمده است.

برای بررسی روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که در روش روایی همزمان، ضریب روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل روایی ۰/۷۲-۰/۸۷ به دست آمده است و نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریمکس و بر اساس آزمون اسکری بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و علائم جسمی است که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند (تقوی، ۱۳۸۰؛ سپهوند، گیلانی و زمانی، ۱۳۸۵).
در پژوهش حاضر به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات پرسشنامه سلامت عمومی و هر یک از خرده مقیاس‌های سلامت عمومی محاسبه شد که نتایج زیر به دست آمد: جسمانی (۰/۸۱)، اضطرابی- خواب (۰/۷۶)،

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی نمرات سبک فرزند پروری

کم توان ذهنی		ناشنوا		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۳/۴۷۶	۲۶/۹۷	۴/۱۵۵	۲۴/۷۶	سهل گیر
۵/۷۸۱	۲۵/۷۳	۳/۸۲۹	۲۴/۳۷	استبدادی
۵/۴۵۰	۴۱/۲۷	۵/۴۲۹	۳۹/۴۵	قاطع

همان گونه که از جدول ۱ می توان فهمید میانگین هر دو گروه از والدین در شیوه فرزند پروری قاطع از دو سبک دیگر بالاتر است و این میانگین در والدین دارای فرزند کم توان ذهنی بیشتر است. برای تعیین تفاوت معناداری بین این دو دسته از والدین از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری^۱ و آزمون های معنی داری پیلایی - بارتلت^۲، لامبدای ویلکز^۳، اثر هتلینگک - لالی^۴ و بزرگترین ریشه روی^۵ استفاده می شود.

جدول ۲ آزمون MANOVA برای مقایسه سبک فرزند پروری دو گروه

سطح معناداری	F	ارزش	آزمون
۰/۱۲۷	۱/۹۷۲	۰/۰۸۷	پیلایی - بارتلت
۰/۱۲۷	۱/۹۷۲	۰/۹۱۳	لامبدای ویلکز
۰/۱۲۷	۱/۹۷۲	۰/۰۹۵	هتلینگک - لالی
۰/۱۲۷	۱/۹۷۲	۰/۰۹۵	روی

با توجه به جدول ۲، ($F=1/972, P>0/05$)، می توان نتیجه گیری کرد که بین شیوه های فرزند پروری والدین دارای فرزند کم توان و ناشنوا تفاوت معناداری وجود ندارد. فرضیه دوم: آیا تفاوت معناداری میان سلامت عمومی والدین دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی وجود دارد؟ ابتدا شاخص های توصیفی مربوط به نمره سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن در هر یک از والدین محاسبه می شود.

جدول ۳ شاخص های توصیفی نمرات سلامت عمومی

کم توان ذهنی		ناشنوا		
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۴/۱۶۲	۵/۱۱	۳/۸۱۱	۶/۲۱	جسمانی
۳/۰۵۲	۴/۵۱	۴/۰۳۵	۶/۰۷	اضطرابی - خواب
۲/۶۹۷	۶/۹۵	۲/۲۸۹	۶/۷۹	کارکرد اجتماعی
۳/۲۴۹	۲/۰۰	۳/۹۵۲	۳/۲۴	افسردگی
۱۰/۳۹۴	۱۸/۵۷	۱۱/۷۴۲	۲۲/۳۱	سلامت عمومی کل

اطلاعات به دست آمده از جدول ۳ نشان می‌دهد که سطح پایین تری قرار دارد. میانگین سلامت عمومی والدین دارای فرزند ناشنوا بیشتر از والدین دارای فرزند کم توان ذهنی است و این مؤید این مطلب است که سلامت عمومی این دسته از والدین در سطح معنادار برای پی بردن به این موضوع که آیا این تفاوت معنادار است یا نه، از آزمون t مستقل استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴ - نتایج آزمون t برای مقایسه سلامت عمومی دو گروه

شاخص آماری	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجات آزادی	سطح معنی داری
سلامت عمومی	ناشنوا	۲۲/۳۱	۱۱/۷۴۲	۱/۳۷۱	۶۴	۰/۱۷۵
	کم توان ذهنی	۱۸/۵۷	۱۰/۳۹۴			

در ادامه با توجه به اینکه آزمون سلامت عمومی دارای چهار خرده مقیاس است، به منظور بررسی معنی دار بودن تفاوت بین میانگین‌های خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در خانواده‌های دارای فرزند ناشنوا و کم توان ذهنی با توجه به تأثیر متغیر مستقل گروه بر نمرات متغیرهای وابسته خرده مقیاس‌های سلامت عمومی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. ابتدا آزمون‌های معنی دار بودن پیلائی - بارتلت، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ - لالی و بزرگترین ریشه روی برای بررسی اثر اصلی عامل گروه روی متغیرهای خرده مقیاس‌های سلامت عمومی انجام شد. نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ آزمون‌های معنی داری MANOVA برای اثر اصلی متغیر گروه بر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی

آزمون	ارزش	F	سطح معنا داری
پیلائی - بارتلت	۰/۱۱۰	۱/۲۱۵	۰/۳۱۱
لامبدای ویلکز	۰/۸۹۰	۱/۲۱۵	۰/۳۱۱
هتلینگ - لالی	۰/۱۲۴	۱/۲۱۵	۰/۳۱۱
روی	۰/۱۲۴	۱/۲۱۵	۰/۳۱۱

با توجه به آن که t محاسبه شده در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار نیست بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که بین سلامت عمومی این دو دسته از والدین تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین تفاوت معناداری بین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در دو گروه دیده نشد ($F=1/215, P>0/05$).

فرضیه سوم: آیا بین سبک فرزند پروری و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود دارد؟

جدول ۶ نتایج ضریب همبستگی بین شیوه فرزند پروری با سلامت عمومی

متغیرها	ناشنوا	کم توان ذهنی	کل گروه
سهل‌گیری - سلامت عمومی	۰/۰۶۰	۰/۲۰۰	۰/۰۷۳
مستبدانه - سلامت عمومی	-۰/۱۵۵	۰/۰۸۴	-۰/۰۲۷
قاطع - سلامت عمومی	۰/۱۰۱	۰/۲۸۴۰	۰/۱۴۶

چنگیزی (۱۳۸۵) و مرتضوی (۱۳۸۷) همسو می‌باشد ولی با یافته‌ی نریمانی (۱۳۸۵) همسو نمی‌باشد. به نظر می‌رسد که در اینجا میزان تحصیلات والدین تأثیرگذار باشد. هر چه والدین از سطح سواد و آگاهی بیشتری برخوردار باشند با کسب آگاهی و مطالعه منابع مختلف بهتر می‌توانند با شرایط پیش‌آمده کنار بیایند و همچنین با مشارکت تمام اعضای خانواده و با ایجاد جوی مناسب سلامت روانی خود و سایرین را تأمین کنند. البته عوامل دیگری چون تعداد فرزند معلول، شدت معلولیت فرزند، میزان رفاه خانواده و ... بر سلامت روانی والدین تأثیر گذارند.

فرضیه سوم تأیید نشد. این بدین معناست که سبک فرزند پروری نمی‌تواند میزان سلامت عمومی والدین را پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر نمی‌توان این ادعا را داشت که مثلاً سبک فرزندپروری مستبدانه سبب کاهش سلامت روانی والدین می‌شود. این یافته با یافته‌های رضائیان (۱۳۸۴) و گرجی (۱۳۸۹) مطابقت ندارد. شاید یکی از دلایل این عدم تفاوت عدم دقت والدین در تکمیل پرسشنامه‌ها باشد. البته این موضوع باید مورد تجزیه و تحلیل مجدد قرار گیرد و نتایج آن با دقت بیشتری مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر آن پیشنهاد می‌شود این پژوهش با تفکیک جنسیتی فرزند معلول مورد بررسی قرار گیرد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین سبک‌های فرزند پروری و سلامت عمومی والدین رابطه معناداری وجود ندارد.

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل مربوط به داده‌های فرضیه اول نشان می‌دهد که میانگین نمرات هر دو گروه از والدین در سبک فرزندپروری قاطع از دو سبک دیگر بالاتر است اما این تفاوت معنادار نیست. این نتایج با یافته‌های گرجی (۱۳۸۹) و حسینیان و همکاران (۱۳۸۶) و اسلمی (۱۳۸۵) مطابقت دارد اما با یافته‌های حبیبی و همکاران (۱۳۸۸) همسو نیست. شاید دلیل این عدم تفاوت را بتوان این‌گونه بیان نمود که امروزه آگاهی والدین از روش‌های تربیتی کودکان به مراتب بیشتر از گذشته می‌باشد و همین امر سبب گرایش درصد بالایی از والدین به روش‌های نوین تربیتی و سبک فرزندپروری قاطع و دموکراتیک شده است.

در بررسی‌های مربوط به فرضیه دوم (سلامت عمومی دو گروه از والدین) نیز تفاوت معناداری دیده نشد. هر دو گروه در زیرمقیاس‌های مشکلات جسمانی و کارکردهای اجتماعی نمرات بالایی کسب کردند که با یافته‌های عرب (۱۳۷۵)، دوماس و همکاران (به نقل از میکائیلی، ۱۳۸۷)،

منابع

- اسلمی، الهه. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی سازگاری زناشویی و سبک‌های فرزند پروری والدین و سلامت عمومی فرزندانشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- پرند، اکرم. (۱۳۸۶). تحول زبان در کودکان ناشنوا. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۷۲، ۱۳-۳.
- تاجری، بیوک و بحیرایی، احمدرضا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی بپذیرش کودکان پسرکم‌توان ذهنی در مادران. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۲، ۲۸، ۲۲۴-۲۰۵.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی. مجله روان‌شناسی، جلد پنجم، شماره ۴.
- حسینیان، سیمین؛ پورشهریاری، مه‌سیما و نصرآ... کلاتری، فاطمه. (۱۳۸۶). رابطه‌ی بین شیوه‌های فرزند پروری مادران و عزت‌نفس دانش‌آموزان دختر ناشنوا و شنوا. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۴۵، ۳۸۵-۳۶۷.

- چنگیزی، فرهاد. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه وضعیت بهداشت روانی والدین کودکان نابینا و ناشنوا و عادی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- سپهوند؛ تورج، گیلانی، بیژن و زمانی، رضا. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های اسناد با رخدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی. مجله پژوهش‌های روان‌شناختی، ۹، ۳ و ۴، ۳۳-۴۶.
- شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۲). تأثیر آسیب‌شنوایی کودک بر واکنش‌های عاطفی خانواده. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی، ۱۵، ۱۴۲-۱۲۱.
- عرب، محمودرضا. (۱۳۷۵). بررسی مشکلات و استرس‌های حاصل از داشتن کودک ناشنوا و روش‌های مقابله و اثر آن‌ها بر سلامت روانی والدین در شهر زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- قدرتی میر کوهی، مهدی. (۱۳۸۴). تنیدگی والدین دانش‌آموزان ناشنوا: عوامل تنیدگی‌زا؛ راهبردهای مقابله با تنیدگی و سخت‌رویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- گرچی، رضا. (۱۳۸۹). مقایسه رابطه‌ی بین سبک فرزند‌پروری و سلامت عمومی والدین با یک فرزند ناشنوا و بیشتر در شهر کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز.
- ماسن، پاول؛ جرم، کیگان؛ هوستون، آلتا کاردل و کانجر، جان جین وی. رشد و شخصیت کودک. مهشید یاسایی، (مترجم، ۱۳۸۰). تهران: انتشارات مرکز
- متولی پور، عباس ورشیدی، ابوالفضل. (۱۳۸۸). استرس فرزند‌پروری در والدین کودکان دارای اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۹۱، ۶۵-۵۷.
- مرتضوی کیاسری، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی رابطه سلامت روان و سبک‌های مقابله با بحران در والدین کودکان عادی و ناشنوا در شهرستان ساری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- میکائیلی منبع، فرزانه. (۱۳۸۷). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی: اثر سبک‌های مقابله‌ای. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۱، ۲۷، ۶۸-۵۳.
- نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان، حمیدرضا و رجیبی، سوران. مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی. فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، ۱۵، ۲۴-۹.
- یکتاخواه، سرور. (۱۳۸۸). مقایسه میزان تنیدگی و شیوه مقابله با آن در مادران دارای دانش‌آموز کم‌توان ذهنی، نابینا، ناشنوا و عادی مقطع ابتدایی شهرستان کرج. نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۸۸ و ۸۹، ۱۳-۳.

Deater- Deckard K. (1998). Parenting stress and child adjustment: some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol Sci Pract*; 5(3): 314-32.

Polat, filiz. (2003). Factor affecting psychosocial adjustment of deaf student. *Journal of deaf studies and deaf education*, 8, 3, 325-339.