

رابطه شیوه‌های فرزندپروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی

علی اکبر صلاحی^۱، دنیا تکلو^۲

^۱ مدرس و مشاور دانشگاه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گارامام خمینی (ره) - شهرری.

^۲ دانش‌آموخته مقطع کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گارامام خمینی (ره) - شهرری.

نام نویسنده مسئول:

دنیا تکلو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۴

چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی انجام شده است. روش پژوهش کمی از نوع همبستگی بود. جامعه از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) - شهر ری، رشته روان‌شناسی با رده سنی ۵۰-۲۱ سال در نیمسال تحصیلی ۹۹-۹۸ انتخاب و ۴۰ نفر (۶ نفر آقا، ۳۴ نفر خانم) انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها غیرتصادفی و از نوع در دسترس بود.

از پرسشنامه ۳۰ سوالی شیوه‌های فرزندپروری بامریند، پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز، پرسشنامه افسردگی بک به عنوان ابزار پژوهش انتخاب شدند. سپس از روش آماری ANOVA برای فرضیه اصلی از ضریب همبستگی پیرسون برای فرضیه‌های فرعی استفاده گردید. با توجه به نتایج حاصله نمره sig. فرضیه اصلی برابر با ۰.۶۱ شد و فرضیه‌های فرعی به ترتیب ۰.۰۱۲، ۰.۰۰۴، ۰.۰۰۳، ۰.۰۰۳، ۰.۰۰۲ شدند، در نتیجه فرضیه اصلی با احتمال ۹۵٪ رد و تمامی فرضیه‌های فرعی با احتمال ۹۵٪ تائید و معنادار گردیدند.

واژگان کلیدی: شیوه‌های فرزند پروری، مقتدرانه، مستبدانه، سهل گیرانه، خودبیمارانگاری، افسردگی

مقدمه

از جمله مشکلات مرتبط با سلامت روانی^۱، خودبیمارانگاری^۲ را می‌توان نام برد. اختلال^۳ برجسته آن تعبیر غیرواقعی علائم جسمانی طبیعی به عنوان علائم غیرطبیعی است و ارزشیابی جسمانی هیچ نوع اختلال جسمانی را نشان نمی‌دهد (پاشا، ۱۳۸۴). در ویرایش پنجم دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۴، خودبیمارانگاری به دو اختلال (۱) اختلال علائم جسمانی^۵؛ مواردی که همراه با وجود علائم جسمانی هستند و فرد بر اساس تفسیر نادرستی که از علائم جسمانی خود می‌کند، فکر می‌کند که مبتلا به بیماری خاصی است. (۲) اضطراب بیماری^۶؛ مواردی که بیمار از علامت جسمانی خاصی شکایت ندارد و مشکل عمده نگرانی از ابتلا به یک بیماری است، تقسیم شد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۵). چهار نظریه برای سبب‌شناسی اختلال خودبیمارانگاری مطرح شده است: اول: تمرکز روی احساس‌های بدنی و سوء تعبیر آنها. دوم: براساس مدل یادگیری اجتماعی^۷، بر اساس مشاهده و تقلید وجود خویشاوند مبتلا در خانواده. سوم: این اختلال بیش از همه با اختلالات افسردگی^۸ و اضطراب^۹ ارتباط دارد. چهارم: رویکرد روان‌پویشی^{۱۰} و امیال پرخاشگرانه و خصمانه که به شکایات جسمی تبدیل می‌شوند (طلایی و همکاران، ۱۳۸۷). اگرچه در بعضی مطالعات شکایات جسمی در زنان بیشتر بوده است، مردان و زنان به‌طور نسبتاً یکسان مبتلا می‌شوند (کرید^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ به نقل از طلایی و همکاران، ۱۳۸۷). نشانه‌های بیماری در هر سنی ممکن است شروع شود، ولی این اختلال بیشتر در سنین ۳۰-۲۰ سال دیده شده است و شیوع آن حدود ۵/۸ درصد در کل جامعه گزارش شده است (سادوک^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ به نقل از خانی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهشی با عنوان شیوه خودبیمارانگاری و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان نشان داد بین خودبیمارانگاری و اضطراب و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد (فاسم نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). خلق مایه هیجانی یک وضعیت عاطفی پایدار است که در طول طیفی بهنجار^{۱۳} از غم و شادی تجربه می‌شود. اختلالات خلقی^{۱۴} به انواع اختلالات دو قطبی^{۱۵} و اختلالات افسردگی تقسیم می‌شوند. علائم در برخی گروه‌ها از نظر جنس، سن و وضعیت روانی اجتماعی افراد متفاوت می‌باشد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳). متوسط سن ابتلا به افسردگی مزمن ۲۰ سالگی می‌باشد. راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^{۱۶}، افسردگی مزمن را به دو شکل کلی تقسیم می‌کند: ۱- اختلال افسردگی اساسی^{۱۷} و ۲- اختلال افسرده خویی^{۱۸}. دو شکل فرعی‌تر آن نیز عبارت‌اند از: ۱- اختلال افسرده خویی به همراه اختلال افسردگی اساسی ۲- اختلال افسردگی اساسی بدون بهبودی کامل (جان‌بزرگی و مستخدمین حسینی، ۱۳۸۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که طی دهه‌های اخیر، شیوع اختلالات روانی بویژه افسردگی در دنیا و البته کشور ما سیر صعودی داشته است و براساس پیش‌بینی‌های سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ مهمترین بیماری ناتوان‌کننده در کل دنیا خواهد بود. شیوع فعلی این اختلال در سطح جهانی ۱۸ درصد بیان شده و در ایران نیز گاهی گزارش‌های نگران‌کننده از شیوع آن و دیگر اختلالات خلقی بویژه در زنان بیان شده است و بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی اختلال افسردگی در صدر ۱۰ علت مهم ناتوانایی در جهان قرار دارد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۴). افرادی که به رویدادهای پراسترس زندگی به طور منفی واکنش نشان می‌دهند، بیش از دیگران، مستعد ابتلا به افسردگی هستند (واعظ‌زاده، ۱۳۹۲). تنبیه و محرومیت، اختلالات ناشویی، عدم توانایی حل مسئله، فقدان حمایت اجتماعی و خانوادگی، محیط تربیتی به‌ویژه مادران افسرده، بیماری‌های جسمی، حجم خانواده و... در افسردگی موثر می‌باشند (جان‌بزرگی و مستخدمین حسینی، ۱۳۸۴). افسردگی در میان زنان نسبت به مردان رایج‌تر است (رابینوف^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از حسینی و همکاران، ۱۳۹۰). خانواده واحد اصلی تجربه بشری و مهم‌ترین محیط اجتماعی است که رشد و تکامل افراد را

¹Mental health²Hypochondriasis³disorders⁴DSM-5⁵Somatic symptom disorder⁶Illness anxiety disorder⁷ Social learning model⁸depression⁹anxiety¹⁰ Psychodynamic¹¹creed¹²sadok¹³normal¹⁴Mood disorders¹⁵Bipolar disorder¹⁶ Diagnostic and statistical manual of mental(dsm)¹⁷Chronic major depressive disorder¹⁸ Dysthymic disorder¹⁹Rabinov

تحت تاثیر قرار می دهد. تجارب اولیه کودک در خانواده، سازنده شخصیت و رفتار بعدی وی است، به گونه ای که ریشه بسیاری از انحرافات شخصیتی^{۲۰} و بیماری های روانی را در تربیت نخستین کودک باید جستجو کرد. کیفیت ارتباط والد-فرزند تاثیر زیادی بر رشد احساس خود ارزشمندی و کفایت اجتماعی در فرد دارد (هریسون^{۲۱}، ۲۰۰۶؛ به نقل از خلعتبری و عاشوری، ۱۳۹۱). با مریند در مطالعات خود سه ویژگی فرزند پروری^{۲۲} را آشکار می سازد؛ ۱- پذیرش و روابط نزدیک، ۲- کنترل، ۳- استقلال دادن. از تعامل این سه ویژگی، سه سبک فرزند پروری^{۲۳} ایجاد می شود: مقتدرانه، مستبدانه و سهل گیرانه (بیرامی و اسمعیلی کورانه، ۱۳۹۱). انواع سبک های تربیتی: الف- استبدادی^{۲۴}: اطاعت و فرمان برداری، پرهیز از تشویق های کلامی و کاربرد روش های انضباطی سخت و پایین ترین گرمی. ب- قاطع و اطمینان بخش^{۲۵}: آزادی های معقول و محدودیت های منطقی، استفاده از دلایل و توضیحات منطقی در اجرای برنامه ها.

سهل گیر^{۲۶}: محیطی پذیرا، تأیید کننده و آرام برای کودکان. همچنین عدم انتظارات معین از کودکان در زمینه مسئولیت های اجتماعی، تصمیم گیری و اجرای برنامه ها (رحمانی و محب، ۱۳۹۰). شیوه فرزند پروری مستبدانه با پیامدهای منفی مانند عزت نفس پایین، افزایش سوء مصرف مواد، افزایش اضطراب و افسردگی در ارتباط است. در مقابل شیوه فرزند پروری سهل گیرانه به پیامدهای مثبت می انجامد، به هر حال در این شیوه نیز خود کنترلی پایین، مسئولیت پذیری پایین، عدم انعطاف پذیری نیز موجود است (با مریند^{۲۷}، ۱۹۷۱؛ به نقل از خانجانی و همکاران، ۱۳۹۱).

مسئله ای که پژوهش حاضر به آن پرداخته است؛ بررسی ارتباط شیوه های فرزند پروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی در دانشجویان می باشد. برخورد والدین با کودکان می تواند تغییراتی در رفتارهای آنان ایجاد کند و سبب ایجاد آرامش در زندگی افراد شود یا تنش و اختلال در رفتارشان به وجود آورد. سبک فرزند پروری می تواند پیش بینی کننده رشد روانی اجتماعی، عملکرد تحصیلی، رفاه و سلامت و حتی مشکلات رفتاری فرزندان در آینده باشد (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۳). بیمار مبتلا به خودبیمارانگاری به طور مثال: ممکن است بترسد که صداهای عادی گوشش، عرق کردن یا ایجاد یک لکه روی پوست و... نشانه های یک بیماری خطرناک باشد. این افراد دچار توهمات جسمانی نمی شوند «تصویراتی از سلامتی که جدا از واقعیت باشند». یکی از جنبه های این اختلال این است که اضطراب سلامتی آنقدر زیاد است که اطمینان دهی فقط تسکین موقتی خواهد داشت (نویز^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از محلوجی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۸). افسردگی یکی از اختلالات خلقی است که نشانه اصلی آن احساس غم و ناامیدی و بی علاقه می باشد. کمبود انرژی و مشکلات خواب و تغییر قابل توجه در وزن از دیگر نشانه های این بیماری است (حق نویس، ۱۳۸۵). با توجه به بیان مسئله و تعاریف، این پژوهش در پی دستیابی به این نتیجه است که آیا شیوه های فرزند پروری بین دانشجویان خودبیمارانگار و غیر خودبیمارانگار و افسرده و غیر افسرده متفاوت است و اینکه این تفاوت در کدامیک از شیوه های فرزند پروری بیشتر می باشد، از این رو به انجام این تحقیق پرداختیم.

فرضیه های که در این تحقیق به دنبال اثبات آن هستیم بدین قرار است: بین سبک های فرزند پروری و هیپوکندری و افسردگی رابطه وجود دارد. بین سبک فرزند پروری مقتدرانه و هیپوکندری رابطه وجود دارد. بین افسردگی و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد. بین سبک فرزند پروری سهل گیر و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد. بین سبک فرزند پروری مستبدانه و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد. بین سبک فرزند پروری مستبدانه و افسردگی رابطه وجود دارد. بین سبک فرزند پروری مقتدرانه و افسردگی رابطه وجود دارد.

شفیع پور و همکاران (۱۳۹۴) آنها در پژوهشی سبک های فرزند پروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان را بررسی کردند. به این نتیجه رسیدند که؛ فرزند پروری مقتدرانه که با ترکیبی از کنترل به همراه حمایت عاطفی بالا، ارتباط دوسویه کودک و والدین مشخص می گردد، نقش مهمی در پیشگیری از مشکلات رفتاری در کودکان دارد، همچنین سبک سهل گیرانه که با نظارت کم و بی تفاوتی والدین نسبت به رفتار کودک مشخص می گردد، می تواند منجر به بروز مشکلات رفتاری در کودکان گردد.

موتوا کیلونزو^{۲۹} (۲۰۱۷) در پژوهشی تاثیر شیوه های فرزند پروری بر بعد فردی نوجوانان در مدارس متوسطه دولتی^{۳۰} را مورد بررسی قرار داد. به این نتیجه رسید که؛ سبک های فرزند پروری والدین بر ابعاد شخصیتی تأثیر می گذارد و نتیجه گیری مهم این است که والدین باید سبک

²⁰Personality deviations

²¹Harrison

²²Parenting

²³Parenting styles

²⁴Arbitrary parenting

²⁵Authoritative parenting

²⁶Permissive parenting

²⁷Baumrind

²⁸Noise

²⁹Mutua kilonzo

³⁰The impact of parenting styles on personality dimensions of adolescents in public secondary schools

فرزندپروری اقتدارگرا را در بین فرزندان خود اتخاذ کنند، زیرا این امر قواعد و رهنمودهایی را تعیین می کند، قدرت را نشان می دهد و نظم و انضباط خود را در بین کودکان ایجاد می کند که به شخصیت مثبت می انجامد. این مطالعه بیان می کند که نتایج در مورد دانش آموزان مدارس ابتدایی منطبق نمی باشد.

داودی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی تفاوت های جنسیتی در اضطراب سلامتی (خودبیمارانگاری) و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن: با کنترل متغیر سن را بررسی کردند. به این نتیجه رسیدند که؛ زنان بیشتر از مردان در معرض اضطراب سلامتی هستند و دو جنس باورهای ناکارآمد متفاوتی در زمینه سلامتی دارند.

وک^{۳۱} (۲۰۱۵) در پژوهشی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به کمبود هیپوکوندریازیس^{۳۲} را مورد بررسی قرار داد، به این نتیجه رسیدند که؛ درمان شناختی رفتاری^{۳۳} در درمان اضطراب سلامتی بسیار مؤثر است. با این حال، در مورد اثربخشی درمان گروه شناختی رفتاری در درمان اضطراب سلامتی اطلاعات کمی وجود دارد. مطالعه حاضر بزرگترین مطالعه ای است که به بررسی تأثیر درمان گروه شناختی رفتاریو ترکیب فردی برای بیماران مبتلا به تشخیص خودبیمارانگاری پرداخته است، نتایج درمانی توسط پرسشنامه های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و بیماران بهبود بزرگی را پس از این از مداخلات نشان دادند.

خانی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان های دانشکده علوم پزشکی نیشابور را مورد بررسی قرار دادند، به این نتیجه رسیدند که؛ با توجه به اینکه احساس خودبیمارانگاری و افسردگی از جمله مسائلی هستند که می توانند کارکرد حرفه ای و اجتماعی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند لذا، شناخت عواملی که بر بروز آنها تأثیر دارند بسیار حائز اهمیت بوده و لزوم اتخاذ تصمیمات مناسب جهت پیشگیری و یا درمان این قبیل مشکلات را یادآور می شود.

مرتضوی طباطبایی و همکاران (۱۳۹۲) آنها در پژوهشی عوامل مؤثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط میان آنها را مورد بررسی قرار دادند، به این نتیجه رسیدند که؛ تقریباً نیمی از دانشجویان دچار افسردگی هستند. بنابراین توجه به این امر خیلی مهم و ضروری است. پیشنهاد می گردد جلسات مشاوره و سوق دادن دانشجویان به سمت کارهای تیمی و مشارکت دادن آنها در امور مربوط به فوق برنامه در جهت افزایش حمایت اجتماعی و کاهش استرس و افسردگی آنها اجرا شود.

قیل از این پژوهش، چندین پژوهش رابطه بین افسردگی و خودبیمارانگاری را مورد بررسی قرار داده اند از جمله؛ مقاله شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی نیشابور (خانی و همکاران، ۱۳۹۵) و یا مقاله پیش بینی عامل زمینه ای اختلال افسردگی اساسی در ابتلا به اختلال خودبیمارانگاری (اندیشه و نجات بخش، ۱۳۹۴) و مقاله های دیگری که به چند مورد آن در پژوهش حاضر نیز اشاره شده است، هم چنین در گذشته پژوهش هایی در رابطه با شیوه های فرزند پروری و افسردگی انجام شده است، از جمله؛ مقاله بررسی شیوه های فرزندپروری والدین با افسردگی دانش آموزان دختر دوره ی متوسطه و پیش دانشگاهی (شعبانی و مویدی، ۱۳۹۵) و یا مقاله بررسی رابطه بین شیوه های فرزندپروری و میزان افسردگی کودکان پیش دبستانی شهرستان بوکان (نجاری و همکاران، ۱۳۹۴) و مقاله های دیگری که این رابطه را نشان می دهند، ولی تا کنون پژوهشی با این سه متغیر «سبک فرزند پروری، خودبیمارانگاری و افسردگی» در جامعه دانشجویان انجام نشده است و این امر بدیع بودن پژوهش پیش رو را نشان می دهد. در مجموع در این تحقیق هدف بر آن است که به بررسی رابطه بین شیوه های فرزند پروری و خودبیمارانگاری و افسردگی بپردازد. با توجه به آنچه ذکر شد این سوال مطرح می شود که آیا سبک های فرزندپروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی تأثیر دارد یا خیر؟

روش

روش پژوهش حاضر کمی از نوع همبستگی می باشد. جامعه پژوهش حاضر دانشجویان رشته روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) -شهرری است؛ شرکت کنندگان ۴۰ نفر (۴ نفر آقا، ۳۶ نفر خانم) از دانشجویان رشته روان شناسی مقطع کارشناسی با رده سنی ۵۰-۲۱ سال در نیمسال تحصیلی ۹۸-۹۹ می باشند که در این پژوهش روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی و از نوع در دسترس است. شیوه گردآوری اطلاعات نیز بصورت گراوری میباشد؛ هم چنین در این پژوهش از پرسشنامه شیوه فرزندپروری بامریند، خودبیمارانگاری ایوانز و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شده است.

آزمون فرزندپروری بامریند: این پرسشنامه شیوه های فرزندپروری والدین را در سه عامل اندازه گیری می کند. جمله های شماره های ۱، ۶، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۸ به شیوه سهل گیرانه و جمله های شماره های ۲۶، ۲۵، ۱، ۱۶، ۱۲، ۹، ۷، ۳، ۲، ۲۹ به شیوه استبدادی

³¹Wook

³²Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis

³³cbt

و جمله‌های ۲۳، ۲۷، ۳۰، ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۲ به شیوه قاطع و اطمینان بخش مربوط می‌باشد. که در مقابل هر عبارت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری شده‌اند، که با جمع نمره‌های سوال‌های مربوط به هر شیوه و تقسیم آن بر تعداد سوالات نمره مجزا بدست می‌آید. برای بررسی اعتبار و روایی از روش افتراقی استفاده کرد و مشاهده نمود که شیوه استبدادی رابطه منفی با سهل‌گیری $r = 0.38$ و اقتدار منطقی $r = 0.48$ دارد و شیوه سهل‌گیری رابطه معناداری با شیوه اقتدار منطقی نداشت $r = 0.07$ و نتایج نشان داد پرسشنامه دارای روایی صوری است. آزمون خودبیمارانگاری ایوانز دارای ۳۶ سوال می‌باشد، و افراد براساس نمره کسب‌شده در گروه‌های سالم (۲۰)، مرزی (۳۰-۲۱)، خفیف (۴۰-۳۱)، متوسط (۶۰-۴۱)، و شدید (بالای ۶۰) قرار می‌گیرند. در پژوهش ارشدی روایی محتوایی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش ارشدی برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شده است. آزمون افسردگی بک دارای ۲۱ سوال می‌باشد. ارزش‌های کمی هر ماده از ۰ تا ۳ به این ترتیب است: ۰-سلامت روانی، ۱-اختلال خفیف، ۲-اختلال شدید، ۳-اختلال حاد و شدید. نمره‌گذاری: میانگین بهنجار (۱۵-۱)، افسردگی خفیف (۳۱-۱۶)، متوسط (۴۷-۳۲)، عمیق (۶۲-۴۸). روایی و اعتبار این پرسشنامه در سال‌های ۱۹۷۱، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵، ۱۹۸۶، به ترتیب مورد بررسی قرار گرفت و ثابت شد. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰.۷۳ تا ۰.۹۲ با میانگین ۰.۸۶ را به‌دست آوردند. روایی همزمان با درجه بندی‌های بالینی نشانگر ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و $r = 0.72$ است. همبستگی این آزمون با مقیاس درجه‌بندی همیلتون برای افسردگی ۷۳ به‌دست آمده است. برای آمار توصیفی از شاخص‌هایی نظیر مد، میانه، میانگین، انحراف معیار و واریانس و رسم نمودار و جداول برای تشریح بهتر استفاده شده و برای آمار استنباطی از روش آماری از تحلیل واریانس (ANOVA) به دلیل داشتن سه میانگین در فرضیه اصلی استفاده گردید برای بررسی فرضیه‌های فرعی نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده استفاده گردید.

یافته‌ها

جدول ۱- توزیع فراوانی سن و جنسیت جنسیت

Statistics		age	Gender
N	Valid	40	40
	Missing	0	0
	Mean	26.58	1.15
	Std. Error of Mean	1.303	.057
	Median	23.00	1.00
	Mode	21	1
	Std. Deviation	8.243	.362
	Variance	67.943	.131
	Skewness	1.634	2.038
	Std. Error of Skewness	.374	.374
	Kurtosis	1.279	2.263
	Std. Error of Kurtosis	.733	.733
	Range	29	1
	Minimum	21	1
	Maximum	50	2
	Sum	1063	46

در جدول شماره ۱، توزیع فراوانی سن و جنسیت نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع فراوانی سن

		Age			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21	11	27.5	27.5	27.5
	22	6	15.0	15.0	42.5
	23	6	15.0	15.0	57.5
	24	3	7.5	7.5	65.0
	25	4	10.0	10.0	75.0
	26	1	2.5	2.5	77.5
	27	1	2.5	2.5	80.0
	35	1	2.5	2.5	82.5
	38	1	2.5	2.5	85.0
	41	1	2.5	2.5	87.5
	42	1	2.5	2.5	90.0
	43	2	5.0	5.0	95.0
	45	1	2.5	2.5	97.5
	50	1	2.5	2.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

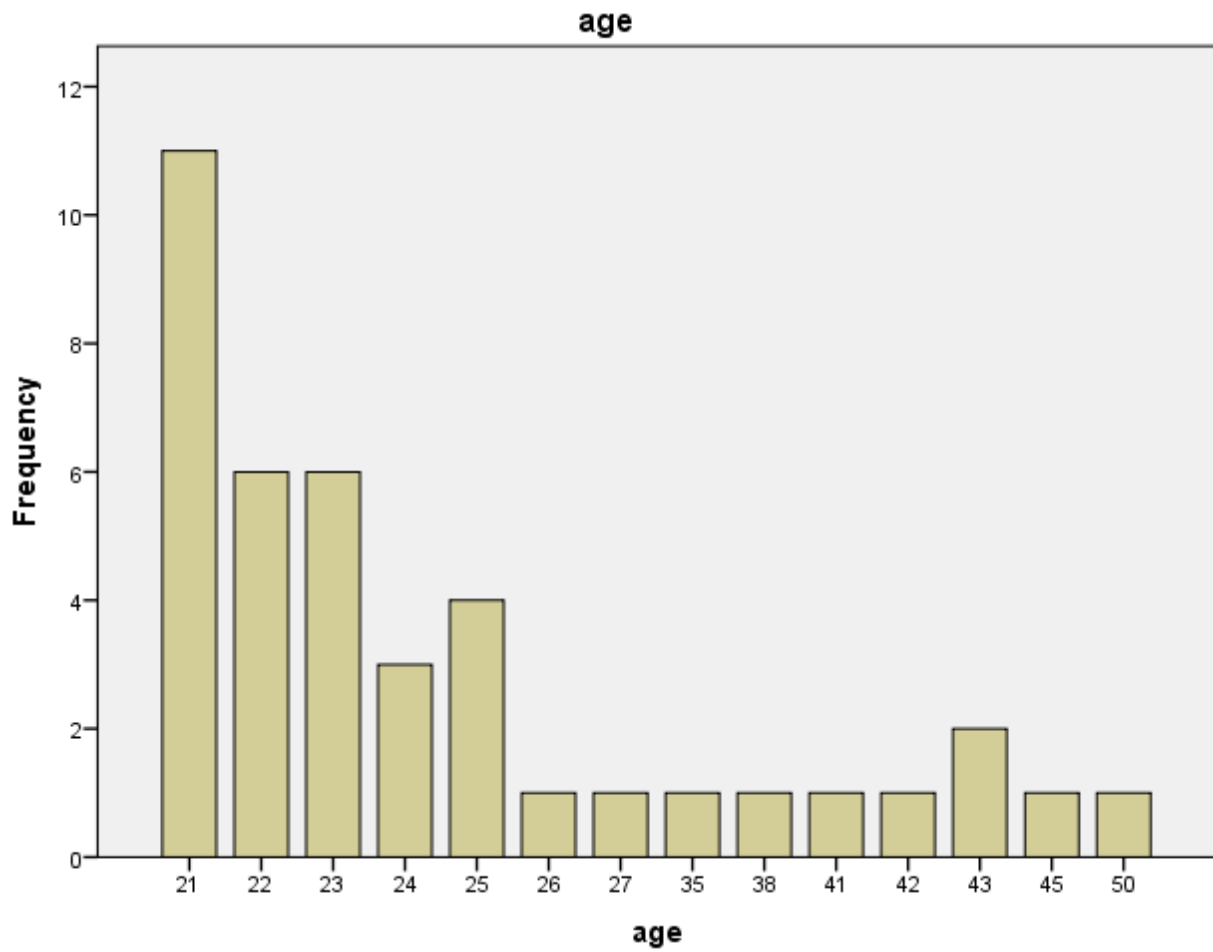
چنانچه در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد، از ۴۰ نفر نمونه آماری مورد مطالعه، ۳۴ نفر زن، و ۶ نفر مرد که با دامنه سنی ۲۱ تا ۵۰ سال می‌باشند.

جدول ۳- توزیع فراوانی جنسیت

		Gender			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	female	34	85.0	85.0	85.0
	male	6	15.0	15.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

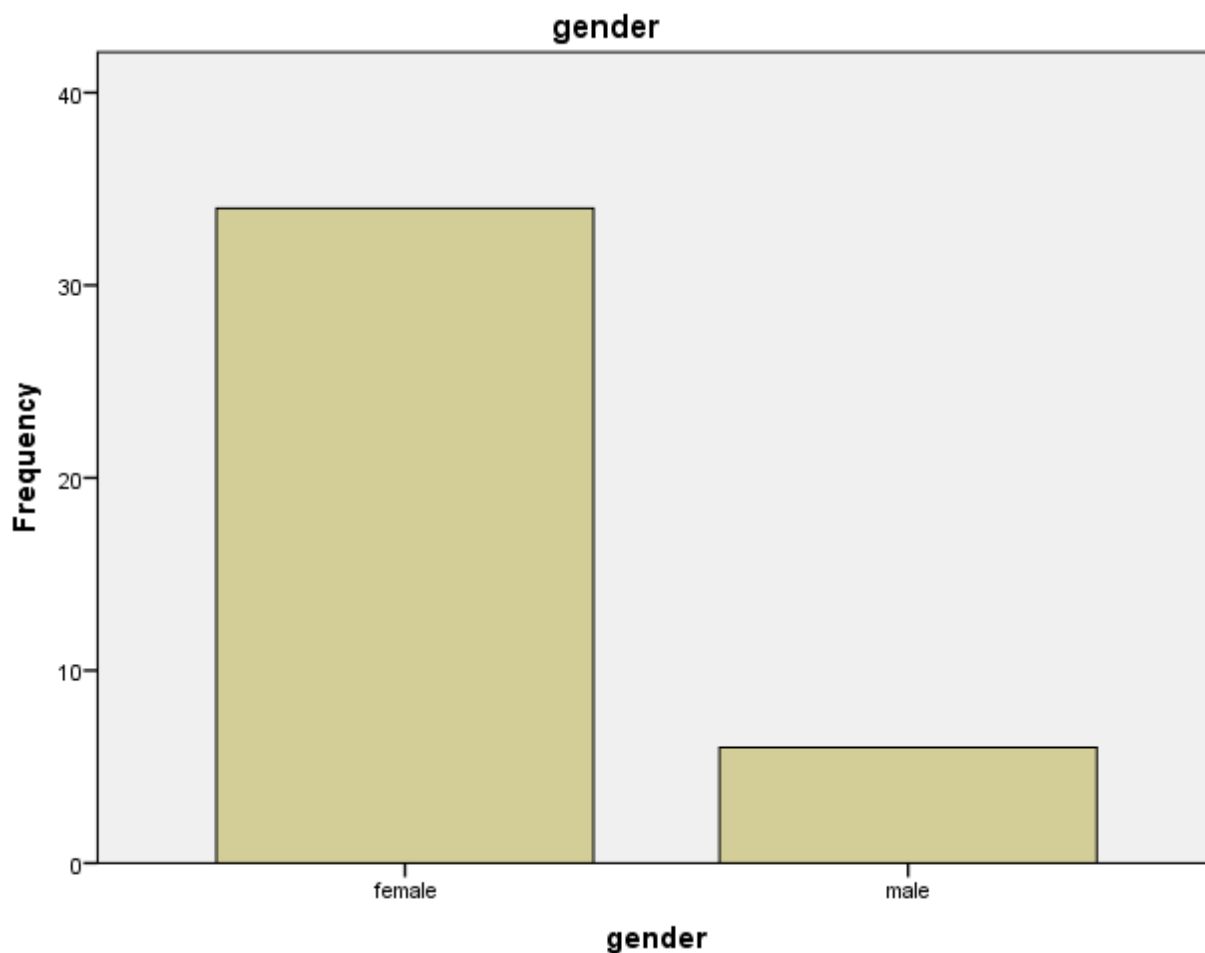
در جدول شماره ۳، توزیع فراوانی جنسیت نشان داده شده است.

نمودار ۱- سن



در نمودار ۱، فراوانی رده های سنی افراد موجود در پژوهش را نمایانگر است که با توجه به نمودار حاضر می توان گفت که افراد در سن ۲۱ سال بیشترین جامعه مورد پژوهش را به خود اختصاص داده اند.

نمودار ۲- جنسیت



در نمودار ۲، فراوانی جنسیت افراد موجود در پژوهش را نمایانگر است که با توجه به نمودار حاضر می‌توان گفت که تعداد زنان در جامعه مورد پژوهش بیشتر می‌باشد.

جدول ۴- آنوا

ANOVA

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
hypochondria	Between Groups	8135.508	19	428.185	.872	.616
	Within Groups	9819.467	20	490.973		
	Total	17954.975	39			
depression	Between Groups	1370.633	19	72.139	.718	.763
	Within Groups	2010.467	20	100.523		
	Total	3381.100	39			

براساس جدول ۴، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از اینکه بین سبک فرزندپروری و افسردگی و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد. و این جدول آنوا بین شیوه‌های فرزندپروری و افسردگی و خودبیمارانگاری را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه بین شیوه‌های فرزندپروری و خودبیمارانگاری $\text{sig}=0/61$ شده است و این مقدار بیشتر از $0/05$ است فرض صفر قبول می‌شود و فرض خلاف رد می‌شود و این رابطه

معنادار نیست. و بین شیوه های فرزندپروری و افسردگی $\text{sig}=0/76$ و این مقدار بیشتر از $0/05$ است در نتیجه فرض صفر قبول می شود و فرض خلاف رد می شود و این رابطه معنادار نمی باشد.

جدول ۵- همبستگی

Correlations

		Depression	hypochondria
Depression	Pearson Correlation	1	.393*
	Sig. (2-tailed)		.012
	N	40	40
Hypochondria	Pearson Correlation	.393*	1
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	40	40

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

نتایج مذکور در جدول شماره ۵ آورده شده است، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از اینکه بین افسردگی و خود بیمار انگاری رابطه وجود دارد. و براساس نتایج آماری در این جدول چون مقدار $\text{sig}=0/012$ شده است و این مقدار کمتر از $0/05$ است، فرض صفر رد می شود و فرض خلاف قبول می شود و این رابطه معنادار می باشد.

جدول ۶- آنوا

ANOVA

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
hypochondria	Between Groups	10871.492	16	679.468	2.206	.041
	Within Groups	7083.483	23	307.978		
	Total	17954.975	39			
depression	Between Groups	1209.833	16	75.615	.801	.672
	Within Groups	2171.267	23	94.403		
	Total	3381.100	39			

براساس جدول ۶، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از اینکه بین شیوه فرزندپروری سهل گیرانه و خود بیمار انگاری و افسردگی رابطه وجود دارد. و این جدول آنوا بین شیوه فرزندپروری سهل گیرانه و خود بیمار انگاری و افسردگی را نشان می دهد. با توجه به اینکه بین شیوه فرزندپروری سهل گیرانه و خود بیمار انگاری $\text{sig}=0/04$ شده است و این مقدار کمتر از $0/05$ است، فرض صفر رد می شود و فرض خلاف قبول می شود و این رابطه معنادار است. ولی بین شیوه فرزندپروری سهل گیرانه و افسردگی $\text{sig}=0/67$ و این مقدار بیشتر از $0/05$ است، فرض صفر قبول می شود و فرض خلاف رد می شود و این رابطه معنادار نیست.

جدول ۷- آنوا

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
hypochondria	Between Groups	11070.725	16	691.920	2.312	.033
	Within Groups	6884.250	23	299.315		
	Total	17954.975	39			
depression	Between Groups	2085.136	16	130.321	2.313	.033
	Within Groups	1295.964	23	56.346		
	Total	3381.100	39			

براساس جدول ۷، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از اینکه بین شیوه ی فرزند پروری استبدادی و افسردگی و خود بیمار انگاری رابطه وجود دارد. و این جدول آنوا بین شیوه فرزندپروری استبدادی و افسردگی و خود بیمار انگاری را نشان می دهد و با توجه به اینکه بین شیوه ی

فرزندپروری استبدادی و خودبیمارانگاری $\text{sig}=0/03$ شده است و این مقدار کمتر از $0/05$ است، فرض صفر رد می‌شود و فرض خلاف قبول می‌شود و این رابطه معنادار است. بین شیوهی فرزندپروری استبدادی و افسردگی $\text{sig}=0/03$ و چون کمتر از $0/05$ است، فرض صفر رد می‌شود و فرض خلاف قبول می‌شود و این رابطه معنادار می‌باشد.

جدول ۸- آنوا

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
hypochondria	Between Groups	9391.711	15	626.114	1.755	.106
	Within Groups	8563.264	24	356.803		
	Total	17954.975	39			
depression	Between Groups	2020.793	15	134.720	2.377	.028
	Within Groups	1360.307	24	56.679		
	Total	3381.100	39			

براساس جدول ۸، فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از اینکه بین شیوه فرزندپروری مقتدر، خودبیمارانگاری و افسردگی رابطه وجود دارد. و این جدول آنوا بین شیوه فرزندپروری مقتدر، خودبیمارانگاری و افسردگی را نشان می‌دهد و با توجه به اینکه بین شیوه فرزندپروری مقتدر و خودبیمارانگاری $\text{sig}=0/10$ شده است و این مقدار بیشتر از $0/05$ است، فرض صفر قبول می‌شود ولی فرض خلاف رد می‌شود و این رابطه معنادار نیست. ولی بین شیوهی فرزندپروری مقتدر و افسردگی $\text{sig}=0/028$ شده است و چون کمتر از $0/05$ می‌باشد فرض صفر رد می‌شود و فرض خلاف قبول می‌شود و این رابطه معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه شیوه‌های فرزندپروری بر خودبیمارانگاری و افسردگی بود، که پس از بررسی صورت گرفته و با توجه به نتایج حاصله در جداول ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، نمرات sig در فرضیه‌ی اصلی $0/61$ و در فرضیه‌های فرعی به ترتیب $0/28$ ، $0/03$ ، $0/04$ ، $0/12$ ، شد که با رد فرض صفر چنان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین شیوهی فرزندپروری مقتدر و افسردگی، بین شیوهی فرزندپروری استبدادی و افسردگی، بین شیوهی فرزندپروری سهل‌گیرانه و خودبیمارانگاری و بین افسردگی و خودبیمارانگاری رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

خدا بخش و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی بهزیستی روانشناختی و سبک‌های والدین به عنوان پیش‌بینی کننده سلامت‌روان در دانش‌آموزان: پیامدهای پیشرفت سلامت را مورد بررسی قرار دادند. به این نتیجه رسیدند که؛ بهزیستی روانشناختی و سبک‌های فرزندپروری معتبر با سلامت‌روان ارتباط معنی‌داری دارند. همچنین، سبک‌های مجاز والدین با سلامت‌روان رابطه مثبت و معناداری دارد. این پژوهش همانند پژوهش انجام شده رابطه‌ی بهزیستی روانشناختی و سلامت‌روان را با سبک‌های فرزندپروری مورد سنجش قرار داده است که از هر دو پژوهش این نتیجه را می‌توان گرفت که شیوه‌های فرزندپروری مناسب والدین منشاء تحولات مثبت روی سلامت‌روان و جلوگیری از اختلالات خلقی فرزندان می‌باشد. این دو پژوهش از این نظر رابطه‌ی مثبت و معنادار دارند و از لحاظ جامعه‌آماري مورد سنجش با یکدیگر متفاوت هستند زیرا؛ جامعه مورد پژوهش ما دانشجویان بوده‌اند اما پژوهشی که مورد بررسی قرار دادیم دانش‌آموزان می‌باشد.

اخوان و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در پرسنل اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان را مورد بررسی قرار دادند. به این نتیجه رسیدند که؛ با افزایش سن، شیوع اختلال خودبیمارانگاری افزایش می‌یابد. علت این ارتباط معنادار آماری می‌تواند ناشی از افزایش اضطراب و افسردگی باشد. این پژوهش همانند پژوهش ما به این نتیجه رسیدند که بین متغیرهای افسردگی و خودبیمارانگاری رابطه وجود دارد و هر دو نشان می‌دهند که فرد به وجود یک بیماری جدی در خود معتقد است و غالباً با اضطراب و افسردگی توأم می‌باشد. این دو پژوهش از این نظر رابطه‌ی معنادار دارند البته در پژوهش ما علاوه بر متغیرهای افسردگی و خودبیمارانگاری، متغیر شیوه‌های فرزندپروری نیز آورده شده است که بر دو متغیر دیگر بی‌تاثیر نمی‌باشد. و هم‌چنین از لحاظ جامعه آماری مورد سنجش نیز با یکدیگر متفاوت هستند زیرا جامعه مورد پژوهش ما دانشجویان بوده‌اند اما پژوهشی که مورد بررسی قرار دادیم پرسنل اتاق‌های عمل می‌باشد.

مرتضوی طباطبایی و همکاران (۱۳۹۲) آنها در پژوهشی عوامل موثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت‌اجتماعی درک شده و ارتباط میان آنها را مورد بررسی قرار دادند، به این نتیجه رسیدند که؛ تقریباً نیمی از دانشجویان دچار افسردگی هستند بنابراین توجه به این امر خیلی مهم و ضروری است. پیشنهاد می‌گردد جلسات مشاوره و سوق دادن دانشجویان به سمت کارهای تیمی و مشارکت دادن آنها در

امور مربوط به فوق برنامه در جهت افزایش حمایت اجتماعی و کاهش استرس و افسردگی آن‌ها اجرا شود. جامعه‌ی آماری مورد سنجش پژوهش ما همانند پژوهشی که مورد بررسی قرار دادیم، دانشجویان می‌باشد و همچنین این پژوهش رابطه‌ی بین افسردگی و حمایت‌های اجتماعی را مورد بررسی قرار می‌دهد که می‌توان گفت حمایت‌های اجتماعی بی‌ربط به سبک‌های فرزندپروری والدین از جمله سبک مقتدر نمی‌باشد، که از این نظر نیز رابطه‌ی معنادار دارد.

منابع و مراجع

- [۱] پاشا، غلامرضا. (۱۳۸۴). شیوع خودبیمارانگاری و رابطه‌ی آن با اضطراب، افسردگی و سایر ویژگی‌های فردی در دانشجویان، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، صفحات ۲۰-۱.
- [۲] طلائی، علی؛ فیاضی‌بردبار، محمدرضا؛ نصیری، افشین؛ ثمری، علی‌اکبر؛ میرشجاعیان، مهرداد؛ رضایی اردانی، امیر. (۱۳۸۷). خودبیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره هفدهم، صفحات ۱۹-۸.
- [۳] خانی، هانیه؛ قدسی، حسن؛ نیک‌نژاد، حامد؛ تیموری، سحر؛ قدسی، علیرضا. (۱۳۹۵). شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور، علوم مراقبتی نظامی، مجله دانشکده پرستاری ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال سوم، صفحات ۴۰-۳۴.
- [۴] قاسم‌نژاد، سیده‌مدینه؛ جلال‌منش، شمس‌الملوک؛ رصدی، مریم؛ محمودی، محمود. (۱۳۹۰). پژوهش رابطه اضطراب و خودبیمارانگاری در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی دوره ۲۱، صفحات ۲۲۲-۲۲۶.
- [۵] عباسی، مهناز؛ یزدی، زهره؛ فرخ، زینب؛ حاجی‌سیدجوادی، علیرضا. (۱۳۹۳). رابطه اضطراب و افسردگی با استئوآرتریت، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال هجدهم، صفحات ۳۴-۲۸.
- [۶] جان‌بزرگی، مسعود؛ مستخدمین حسینی، خیرالنساء. (۱۳۸۴). بررسی شیوع افسردگی در دانش‌آموزان مدارس شهر تهران، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۰، صفحات ۳۸۳-۳۷۹.
- [۷] صالحی، اعظم؛ مظاهری، زهرا؛ آقاجانی، زهرا؛ جهانبازی، بنفشه. (۱۳۹۴). نقش راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پیش‌بینی افسردگی، نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال شانزدهم، صفحات ۱۱۷-۱۰۸.
- [۸] واعظ‌زاده، نازنین؛ حسینی، حمزه. (۱۳۹۲). افسردگی پس از سکته قلبی، مجله تعالی بالینی، دوره اول، صفحات ۸۴-۷۰.
- [۹] داودی، ایران؛ نرگسی، فریده؛ مهربانزاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۱). تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب سلامتی و باورهای ناکارآمد مرتبط با آن: با کنترل متغیر سن، فصلنامه علمی پژوهشی، دوره ۱، صفحات ۳۸-۳۰.
- [۱۰] خلعتبری، جواد؛ عاشوری، آلاله. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین هویت کسب‌شده، شیوه‌فرزندپروری ادراک‌شده و میزان امید به زندگی با استرس ادراک‌شده در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دبیرستان‌های سما استان گیلان، فصلنامه روانشناسی تربیتی، سال سوم، صفحات ۱۰۸-۹۹.
- [۱۱] بیرامی، منصور؛ اسمعیلی‌کوران، احمد. (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین ریشه‌های تحولی (شیوه‌های فرزندپروری) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در حوزه بریدگی-طرد، خودگردانی و عملکرد مختل در مدل طرحواره یانگ، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ۷، صفحات ۸۸-۷۱.
- [۱۲] رحمانی، پریسا؛ محب، نعیمه. (۱۳۹۰). بررسی شیوه‌های فرزندپروری و جو عاطفی خانواده کودکان مبتلا به اضطراب فراگیر و کودکان فاقد اضطراب، مجله علوم تربیتی، صفحات ۷۸-۶۷.
- [۱۳] خانجانی، زینب؛ اسماعیلی‌انامق، بهمن؛ غلام‌زاده، مجتبی. (۱۳۹۱). نقش شیوه‌های فرزندپروری در پیش‌بینی افکار اضطرابی و علائم وسواسی فکری و علمی نوجوانان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۰، صفحات ۴۸-۳۸.
- [۱۴] طباطبایی، علی؛ فضلی، رخساره؛ یارعلی، جواد. (۱۳۹۳). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با پیشرفت تحصیلی و اختلال رفتاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی، فصلنامه خانواده و پژوهش، سال ۱۸، صفحات ۲۲-۷.
- [۱۵] محلوچی، آناهیتا؛ لطفی‌کاشانی، فرح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداشت و خودبیمارانگاری بیماران مبتلا به درد مزمن، مجله علوم روانشناختی، دوره هجدهم، صفحات ۴۵۷-۴۵۱.
- [۱۶] شفیع‌پور، زهرا؛ شیخی، علی؛ میرزایی، مهشید؛ کاظم‌نژاد، لیلی. (۱۳۹۴). سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان، پرستاری و مامایی جامع‌نگر، سال ۲۵، صفحات ۵۶-۴۹.
- [۱۷] خانی، هانیه؛ قدسی، حسن؛ نیک‌نژاد، حامد؛ تیموری، سحر؛ قدسی، علیرضا. (۱۳۹۵). شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور، علوم مراقبتی نظامی، مجله دانشکده پرستاری ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال سوم، صفحات ۴۰-۳۴.

- [۱۸] مرتضوی طباطبایی، عبدالرضا؛ رمضانخانی، علی؛ قارلی پور، ذبیح اله؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ توسلی، الهه؛ مطلبی قائن، مسعود؛ گیلانی، حمیدرضا؛ کرمانی رنجبر، طاهره؛ فخار زاده، محمد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط میان آنها، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و یکم، صفحات ۹۹-۱۰۶.
- [۱۹] شعبانی، زهرا؛ مویدی، معصومه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه ی شیوه های فرزند پروری والدین با افسردگی دانش آموزان دختر دوره متوسطه و پیش دانشگاهی، فصلنامه خانواده و پژوهش، دوره چهاردهم، صفحات ۱۲۵-۱۰۷.
- [۲۰] نجاری، مسعود؛ مفیدی، فرخنده؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین شیوه های فرزند پروری و میزان افسردگی کودکان پیش دبستانی شهرستان بوکان، فصلنامه مطالعات پیش دبستان و دبستان، سال دوم، صفحات ۱۶-۱.
- [۲۱] اخوان، مائده؛ پورقانع، پرنده؛ کریمی، زینب؛ محسنی، فاطمه. (۱۳۹۸). بررسی فراوانی اختلال خودبیمارانگاری در پرسنل اتاق های عمل بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، سال ششم، صفحات ۸۰-۹۲.
- [۲۲] مرتضوی طباطبایی، عبدالرضا؛ رمضانخانی، علی؛ قارلی پور، ذبیح اله؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ توسلی، الهه؛ مطلبی قائن، مسعود؛ گیلانی، حمیدرضا؛ کرمانی رنجبر، طاهره؛ فخارزاده، محمد. (۱۳۹۲). بررسی عوامل موثر بر افسردگی، استرس درک شده و حمایت اجتماعی درک شده و ارتباط میان آنها، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و یکم، صفحات ۹۹-۱۰۶.
- [۲۳] جیمز سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا؛ روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک/ روان پزشکی بالینی، فرزین رضایی، (۱۳۹۸)، تهران، انتشارات ارجمند، چاپ پنجم.
- [24] Patrick Mutua Kilonzo,(2017), THE IMPACT OF PARENTING STYLES ON PERSONALITY DIMENSIONSOF ADOLESCENTS IN PUBLIC SECONDARY SCHOOLS: A CASE OFMOMBASA COUNTY, KENYA, Vol. 5 No.7 July 2017.
- [25] Florian Weck,(2015), Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis, Journal of Anxiety Disorders,(2015),pp1-17
- [26] Mohammad Reza Khodabakhsh,Fariba Kiani, Soliman Ahmedbookani,(2014), Psychological Well-being and Parenting Styles as Predictors of Mental Health among Students: Implication for Health Promotion, International Journal of Pediatrics (Supplement5), Vol.2, N.3-3, Serial No.9.