

مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روان زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند

سمیه رحیمی احمدآبادی*، دکتر آریا حجازی**، دکتر حمید عطاران***، دکتر حمیدرضا آقامحمدیان
شعبانف****، دکتر حسین کارشکی*****، دکتر لاله کوهستانی*****

* دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه سراسری اصفهان.
** متخصص پزشکی قانونی، عضو هیات علمی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی و سازمان پزشکی قانونی کشور، تهران، ایران
*** متخصص جراحی عمومی، معاونت بالینی و تشریح سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی.
**** استاد گروه روانشناسی و عضو هیات علمی دانشگاه فردوسی مشهد.
***** استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه فردوسی مشهد.
***** متخصص اعصاب و روان، خراسان رضوی، سازمان پزشکی قانونی.

چکیده

مقدمه: امروزه به واسطه افزایش میزان ناباروری زوج‌ها و بی‌سرپرستی کودکان، فرزندخواندگی در کانون توجه قرار گرفته است. این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند انجام گرفته و به آزمون فرضیه‌های زیر پرداخته است:

در شیوه‌های فرزندپروری (قاطع، مستبد، سهل‌گیر) زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در شاخص‌های سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، افسردگی) زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی است. جامعه پژوهش شامل تمام زوجین متقاضی فرزندخواندگی بوده که در سال ۱۳۹۲ به اداره پزشکی قانونی خراسان رضوی مراجعه نموده‌اند. ۵۱ زوج به شیوه‌ی نمونه‌ی در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری را تکمیل نمودند. بر روی‌گروه کنترل نیز این پرسش‌نامه‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه نوزدهم و با روش آماری t مستقلو تحلیل کواریانس (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین دو گروه مورد مطالعه و کنترل، از نظر سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). به طوری‌که نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی و افسردگی در زوجین متقاضی فرزند بیشتر از زوجین بدون فرزند بود و همچنین زوجین متقاضی فرزند شیوه فرزندپروری مستبد و قاطع کمتری داشتند و در شیوه فرزندپروری سهل‌گیر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که در سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری زوجین متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه این نتایج می‌توان گفت که استرس ناشی از ناباروری و عدم آموزش کافی در زمینه فرزندپروری می‌تواند منجر به مسایل مرتبط با سلامت روان گردد، لذا پیشنهاد می‌شود با ارائه مداخلات روانشناختی مناسب و آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای گروه مورد مطالعه توسط مسئولین ذیربط برنامه ریزی گردد.

کلید واژه‌ها: شیوه‌های فرزندپروری، سلامت روان، زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی، زوجین بدون فرزند.

تایید مقاله: ۹۳/۹/۱۲

وصول مقاله: ۹۳/۲/۸

شماره تماس: ۰۵۱۳۲۲۲۷۳۱۷

somaye.rahimi1390@yahoo.com

نویسنده پاسخگو: ایران، خراسان رضوی، سازمان پزشکی قانونی

مقدمه

زادوری و باروری همواره یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به شمار رفته و داشتن فرزند، با رشد و ورود به دنیای بزرگ‌سالی برابر دانسته شده است. در تمام فرهنگ‌ها زن و شوهر در صورت ناتوانی برای بچه دار شدن خود را ناکامل می‌شمارند و دست‌یابی به نقش والدین را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موقعیت کامل بزرگ‌سالی می‌دانند (۱). به همین دلیل زوج‌های نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند (۲). در ایران نیز به علت ویژگی‌های فرهنگی، موضوع باروری بسیار اهمیت دارد و زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز به اهمیت این موضوع افزوده و آن را برای فرد، تبدیل به بحران روانی و اجتماعی می‌نماید (۳). بر این اساس، منطقی است که فرض شود ناتوانی در داشتن فرزند، تنش‌زا بوده و باعث آشفتگی در کیفیت زندگی می‌شود (۴). نلسون سی جی و همکارانش نتیجه گرفتند که زنان نازا، دیسترس روانی بیشتری نسبت به همسرانشان در پاسخ به نازایی دارند (۵). و گیسون در مطالعه خود نشان داد که زوجین نازا دچار مشکل افسردگی و کاهش عزت نفس می‌شوند (۶). در این مورد، تمایل شدید به داشتن بچه می‌تواند تا پذیرفتن کودکی به فرزندگی که طبیعت او را از داشتن فرزند محروم کرده است، پیش برود.

فرزندخواندگی راه حلی منطقی جهت تامین این نیاز ذاتی بشر می‌باشد. با توجه به این مباحث می‌توان فرزندخواندگی را شیوه‌ای از مراقبت فرزندان دانست که در آن رابطه والد فرزندگی به شیوه‌ای قانونی، عاطفی و اجتماعی بین افرادی برقرار می‌شود که هیچ رابطه‌ای به واسطه تولد با یکدیگر ندارند و تلاش می‌کنند به اهداف خود یعنی تجربه والدینی، والدگری و پاسخ به فقدان‌هایی که تجربه کرده‌اند، دست یابند (۷). فرزندپذیری گرچه به عنوان راه حلی جهت تامین نیاز والدگری زوجین می‌باشد اما برخلاف آنچه از عنوان آن برداشت می‌شود و گمان می‌رود که موضوعی به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک است، آمیزه‌ای از موضوعات و مسائل پیچیده را در برمی‌گیرد که به هنگام ورود به این فرآیند و به تدریج برای مثلث فرزندپذیری در این حوزه آشکار می‌شوند (۷). هنوز هم این موضوع چه تحت تاثیر نگاه خانواده‌ی ایرانی عرف و یا ملاحظات حقوقی موجود با احتیاط و تنش فراوانی برای خانواده‌ها همراه است. آن‌ها با نگرانی‌های بسیاری مواجه می‌شوند، ممکن است نگران عدم دلبستگی به کودک باشند، همچنین مباحث مربوط به هویت و نحوه شکل‌گیری آن از مهم‌ترین چالش‌های این خانواده‌ها است (۸).

وجود این نگرانی در زوجین در کنار پذیرش و تجربه‌ی نقش والدگری برای نخستین بار می‌تواند تنش و فشار روانی بسیاری را برای آن‌ها به همراه داشته باشد. استرس مفهوم مهمی در فرزندپروری است و در اکثر مواقع رابطه‌ی بسیار نزدیکی با اختلال در کنش‌های والدین و کودکان دارد. این موضوع می‌تواند باعث کاهش توانایی والدین در

شناسایی و درک صحیح پیامدهای کودک و گاه تشدید مشکلات رفتاری کودکان شود (۹).

همانگونه که ذکر شد تجربه ناباروری، مواجه با درمان‌های سخت و پرزحمت، دوره‌های انتظار طولانی، احساس تنهایی و طرد شدن و پذیرش فرزندخواندگی باعث گردیده این افراد سطوح بالای اضطراب و علائم جسمانی را از خود نشان دهند و سازگاری آنان با مشکل مواجه شود. این تنش و فشار روانی مانع آن می‌شود که در شرایط تنش‌زا معقولانه فکر کرده و شیوه مقابله مسئله مدار داشته باشند و بیشتر از شیوه‌ی هیجان مدار استفاده کنند (۱۰). در حالی که پژوهش‌گران بر این باورند که در بسیاری از شرایط تنش‌زا، به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله (مسئله مدار) سازگارانه‌تر از به کارگیری راه‌بردهای هیجان محور است (۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند، راه‌بردهای مقابله با استرس ریشه در تجربیات کودکی افراد دارد. کودکان الگوهای مقابله با استرس والدین را مشاهده می‌نمایند و یاد می‌گیرند که والدین آن‌ها چگونه با رویدادهای تنش‌زا مقابله می‌کنند (۱۲). از سوی دیگر کودکانی که مدت زمان طولانی در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند دارای مشکلات هیجانی، رفتاری و اختلالات ارتباطی می‌باشند و به همین دلیل در ارتباط با هم‌سالان، بیشتر با شکست مواجه می‌شوند (۱۳). هنگامی که این کودکان در محیط جدید به عنوان فرزندخوانده پذیرفته می‌شوند این مسائل گاه باعث بروز مشکلات در فرآیند سازگاری کودک با محیط خانواده‌ی جدید و عدم توانایی والدین در کنترل آن‌ها و در نهایت مشکلات در روابط والدینی می‌شود و با توجه به خطر بروز تعارض در روابط والد-کودک ضرورت آماده‌سازی والدین بالقوه جهت درک حضور فرزند جدید در خانواده و وجود مهارت‌های فرزندپذیری برای این والدین آشکار می‌شود (۱۳). هر خانواده شیوه خاصی را تحت عنوان شیوه‌های فرزندپروری در تربیت فرزندان خویش به کار گرفته، که متاثر از عوامل متفاوتی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است (۱۴). تحقیقات معاصر در مورد شیوه‌های فرزندپروری از مطالعات بامریند بر روی کودکان و خانواده‌های آنان نشأت گرفته است. بامریند با رویکردی تیپ‌شناختی بر ترکیب اعمال فرزندپروری متفاوت تأکید می‌کند. تفاوت در ترکیب عناصر فرزندپروری (مانند گرم بودن، درگیر بودن، درخواست‌های بالغانه، نظارت و سرپرستی) تغییراتی در چگونگی پاسخ‌های کودک به تاثیر والدین ایجاد می‌کند (۱۵).

شیفر (۲۰۰۲) بر اساس مشاهدات تعاملات کودکان ۱ تا ۳ ساله با مادران آن‌ها یک طبقه‌بندی مبتنی بر دو جنبه‌ی رفتار والدینی یعنی آزادی-کنترل (سهل‌گیری در مقابل سخت‌گیری) و سردی-گرمی (پذیرش در مقابل طرد) را ارائه کرده و نتیجه گرفته که مادران پذیرنده یا طردکننده می‌توانند سخت‌گیر یا آسان‌گیر باشند (۱۶). شیوه‌های فرزندپروری والدین به صورت‌های متفاوتی طبقه‌بندی شده است. به طور کلی، پژوهش‌گران متعددی سه شیوه فرزندپروری اساسی مبتنی

و سبک‌های فرزندپروری آنان است. شیک^۶ (۲۰۰۶) در تحقیقی تاثیر شیوه‌های فرزندپروری والدین بر سلامت روان نوجوانان را مورد مطالعه قرار داد. او در تحقیق خود به این نتیجه رسید که ویژگی‌های والدین با سلامت روان نوجوانان هم‌بستگی دارد، اما به طور کلی ویژگی‌های پدر بر سلامت روان نوجوان تاثیر بیشتری دارد (۳۲). ری و پلاپ^۷ (۲۰۰۴) در پژوهشی تاثیر کیفیت فرزندپروری والدین بر نوجوانان مبتلا به اختلال‌های مقابله‌ای و رفتاری را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که نوجوانان بزه‌کار، والدین خود را به عنوان افرادی کنترل‌کننده و بی‌احساس می‌دانستند (۳۳). با توجه به مبانی نظری و مرور تحقیقات یاد شده، انجام پژوهشی در مورد مقایسه سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی اهمیت می‌یابد و از جمله کاربردهایی انجام این تحقیق کمک به تشخیص مسایل روانی زوجین متقاضی فرزندخواندگی و همچنین شناسایی شیوه‌های تربیت فرزندپروری آن‌ها و کمک به اصلاح و یا تغییر مسایل مربوط به سلامت روان و سبک‌های فرزندپروری است و در نهایت در نظر گرفتن این مسئله که بایستی قبل از تحویل فرزند به پدر و مادر خوانده‌ها آموزش‌های لازم جهت تکنیک‌های فرزندپروری موفق و نحوه ارتباط مناسب با یک فرزندخوانده صورت پذیرد.

روش بررسی

از آنجا که این پژوهش در نظر دارد به مقایسه سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری زوجین نابارور متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند بپردازد، روش پژوهش مورد استفاده توصیفی و از نوع پس‌رویدادی است (۳۴). جامعه پژوهش کلیه افراد مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی متقاضی فرزندخواندگی می‌باشد. شیوه نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. نمونه پژوهش حاضر ۵۱ زوج متقاضی فرزندخواندگی می‌باشد. علت انتخاب این تعداد نمونه با توجه به نرم افزار G power و مقدار آلفا پنج درصد انتخاب شد. این نرم افزار در مطالعات مقایسه‌ای تعداد حجم نمونه بهینه را به پژوهشگر پیشنهاد می‌کند. اعتباریابی این نرم افزار توسط فاول و همکاران تأیید شده است (۳۶-۳۵). همچنین ۵۱ زوج بدون فرزند به عنوان گروه گواه انتخاب شدند و متغیرهای سطح تحصیلات (حداقل دیپلم) و نداشتن فرزند در هر دو گروه کنترل شد. علت انتخاب گروه کنترل یعنی زوج‌های بدون فرزند این است که تجربه نداشتن تربیت فرزند در هر دو گروه کنترل شده باشد زیرا عامل داشتن فرزند در گروه کنترل می‌توانست به عنوان یک عامل مداخله‌گر (تجربه فرزندپروری) در نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد به همین دلیل در هر دو گروه این عامل کنترل شد. گروه مورد مطالعه (زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی) که با در دست داشتن نامه قضایی برای فرزندخواندگی به اداره مرکزی پزشکی

بر دو شاخص اصلی یعنی محبت والدین (پاسخ‌دهی والدینی) و کنترل والدین (سخت‌گیری والدینی) را طرح‌ریزی کرده‌اند (۱۹-۱۷). در فرزندپروری مستبدانه، والدین سطوح بالایی از کنترل و سطح پایینی از پاسخ‌دهی را اعمال می‌کنند. آن‌ها از فرزندان خود انتظار اطاعت داشته و اغلب برای پیشگیری از نافرمانی، فرزندان خود را تنبیه می‌کنند. در فرزندپروری سهل‌گیرانه، والدین برخلاف والدین سخت‌گیر بسیار پاسخ‌دهنده بوده و اجازه‌ی خودگردانی زیادی به کودکان می‌دهند و آن‌ها را ملزم به انجام رفتار رشد یافته نمی‌کنند (۲۰). در فرزندپروری مقتدرانه، والدین دارای سطح بالایی از کنترل و پاسخ‌دهی بوده و فرزندان آنان اجتماعی و به طور موثری با کفایت‌اند و مشکلات رفتاری اندکی را نشان می‌دهند (۲۱).

تاکنون مطالعات متعددی در مورد شیوه‌های فرزندپروری و پیامدهای روانشناختی و بهداشت روانی آن صورت گرفته است که از جمله می‌توان به نقش شیوه‌های انضباطی سخت‌گیرانه مادران در افزایش هیجان‌های منفی کودکان (۲۲)، کمبود مشارکت، صمیمیت و پاداش در رابطه‌ی والدین-کودک به عنوان پیش‌بینی‌کننده بروز مشکلات در آینده (۲۴-۲۳)، نقش والدین سهل‌گیر در تکانشگری و پرخاشگری، عدم استقلال و مسئولیت‌پذیری در کودکان (۲۵)، تاثیر حمایت مفرط والدین، یا طرد آن‌ها در اختلال‌های درونی کودکان و نوجوانان (۲۶)، تاثیر فرزندپروری مستبدانه بر هویت زود هنگام و سبک‌های سهل‌گیرانه در آشفته‌گی هویت (۲۷) اشاره کرد. توافق بر این است که سبک‌های فرزندپروری با پیامدهای مختلفی از قبیل آسیب‌شناسی روانی، مشکلات رفتاری و پیشرفت تحصیلی ارتباط دارد. در برخی مطالعات نشان داده شده است که بین سبک‌های فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی والدین ارتباطی وجود دارد (۲۹-۲۸). تامپسون^۲ و همکاران (۲۰۰۳) از نگرش‌های فرزندپروری مستبدانه به عنوان یک خطر برای مشکلات سلوک‌یاد کرده (۳۰) و ترنر^۳ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با هدف تعیین رابطه‌ی سبک فرزندپروری مقتدرانه با پیشرفت تحصیلی، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر روی دانشجویان، مشخص ساختند که فرزندپروری مقتدرانه هم بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه و هم انگیزش درونی و خودکارآمدی تحصیلی تاثیر دارد (۳۱). اویسرمن^۴ و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه با علایم بیشتر افسردگی و اضطراب نوجوانان و سبک فرزندپروری مثبت و رهنمودی با علایم کمتر افسردگی در ارتباط بوده است (۲۸). وستانیس^۵ و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که استفاده‌ی همزمان از تشویق و تنبیه با اختلالات روانی و سبک‌های فرزندپروری توأم با تشویق زیاد و عدم تنبیه با فقدان اختلالات روانی در ارتباط می‌باشد (۲۹). همچنین برخی از مطالعات موید وجود رابطه بین وضعیت بهداشت روانی افراد

2. Thompson
3. Tuurner
4. Oyserman
5. Vostanis

6. Shieck
7. Rey & Plop

قانونی خراسان رضوی ارجاع شده بودند توسط روانشناس خانم مرکز، شناسایی و پس از اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها به وسیله دو مقیاس سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گروه کنترل نیز رضایت آگاهانه و اجرای آزمون همانند گروه آزمایش در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه‌های پژوهش نیز از آزمون تی برای گروه‌های مستقل و آزمون تحلیل کوواریانس (مانکوا) استفاده گردید. همچنین نرم افزار SPSS نسخه نوزدهم جهت محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط دینا بامریند^۸ طراحی شد. شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله آن به شیوه مستبدانه (جملات ۲۹، ۲۶، ۲۵، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۹، ۷، ۳، ۲)، ۱۰ جمله به شیوه قاطع و اطمینان بخش (جملات ۳۰، ۲۷، ۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۵، ۱۱، ۸، ۵، ۴) و ۱۰ جمله دیگر به شیوه سهل گیرانه (جملات ۲۸، ۲۴، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۶، ۱) مربوط می‌شوند. در این مقیاس آزمودنی‌ها با مطالعه هر ماده، نظر خود را با علامت ضربدر بر حسب یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم و موافقم) مشخص کنند که بعداً و به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شده و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد شیوه‌های سهل گیرانه، استبدادی و مقتدرانه برابری آزمودنی به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در هر سبک فرزندپروری به ترتیب صفر و ۴۰ است که نمره بالا نشان دهنده موافقت والد با سبک توصیفی است. سبکی که بالاترین نمره را خود اختصاص دهد سبک فرزندپروری غالب والد است.

در پژوهشی که توسط اسفندیاری (۱۳۷۴) انجام شد، پایایی آزمون بر روی نمونه‌ای از مادران جمعیت مورد مطالعه به شیوه بازآزمایی و با فاصله زمانیک هفته به ترتیب برای شیوه سهل گیرانه ۰/۶۹، شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و شیوه قاطع و اطمینان بخش ۰/۷۳ گزارش شد. همچنین روایی محتوایی آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران روانشناسی و روانپزشکی مورد تایید قرار گرفت. در کل نتایج به دست آمده از مطالعات خارجی و داخلی، اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را مورد تایید قرار می‌دهد (۳۷).

- پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۹

این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال و چهار مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسانکنش‌وری اجتماعی و افسردگی است که هر کدام از مقیاس‌ها ۷ سؤال دارد. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره

گذاری استفاده از مدل ساده لیکرت (با نمره‌های ۳ و ۲ و ۱ و ۰) برای گزینه‌های مواد پرسش‌نامه است. نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت عمومی و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر سلامت روانی می‌باشد (۳۸). گلدبرگ (۳۹) فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه مورد نظر را مطرح نمود. نتایج فراتحلیل گلدبرگ (۳۹) نشان داد که متوسط آن برابر با ۰/۸۴٪ (بین ۰/۷۷٪ تا ۰/۸۹٪) می‌باشد. در مطالعه مقدماتی نیز روایی پرسش‌نامه ۰/۷۸ گزارش شده است. برای این کار، کلیه افرادی که در مطالعه مقدماتی پرسش‌نامه سلامت عمومی را تکمیل کرده بودند جهت مصاحبه روانپزشکی دعوت شدند و سپس حساسیت پرسش‌نامه محاسبه شد (۴۰). چونگ^{۱۰} (۴۱) در مطالعه‌ای بدین نتیجه دست یافت که ضریب اعتبار شکل ۲۸ سئوالی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی برای کل آزمون برابر ۰/۵۵ و برای مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۴۴، برای اضطراب و بی‌خوابی ۰/۴۶، برای نارسانکنش‌وری اجتماعی ۰/۴۲ و برای افسردگی ۰/۴۷ بود. این پرسش‌نامه در یک گروه نمونه دانشجویی با تعداد ۲۲۳ نفر توسط جان بزرگی (۱۳۷۹) مورد استفاده قرار گرفت و ضریب اعتبار آن بر اساس آزمون آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۴ محاسبه گردیده است (۳۸).

یافته‌ها

هدف از تحقیق حاضر مقایسه شیوه‌های فرزندپروری و سلامت روان زوجین نابارور متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند در شهرستان مشهد می‌باشد. برای سازمان دهی اطلاعات به دست آمده در طول تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید و نتایج حاصله در جداول زیر مشاهده می‌گردد. در این قسمت ویژگی‌های آزمودنی‌های دو گروه نظیر سن، جنسیت، مدت زمان ازدواج و تحصیلات ارائه می‌شود. در جدول شماره یک، مشخصات مربوط به سطوح سنی در دو گروه زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی و زوجین بدون فرزند ارائه شده است.

در جدول شماره دو، مشخصات وضعیت جنسیتی ارائه شده است. در جدول شماره سه، درصد وضعیت مدت زمان ازدواج افراد در دو گروه زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی و زوجین بدون فرزند ارائه شده است.

در جدول شماره چهار، به بررسی فراوانی وضعیت تحصیلات افراد در دو گروه زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی و زوجین بدون فرزند پرداخته شده است.

بررسی فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی اول

- در شاخص‌های سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و

8. Diana Bamrynd

9. Goldberg and Hillers General Health Questionnaire-28

10. Chong

جدول ۴- بررسی فراوانی وضعیت تحصیلات افراد در دو گروه

زوجین			
شاخص	تحصیلات	متقاضی فرزند	بدون فرزند
فراوانی	دیپلم	۹	۱۶
	فوق دیپلم	۹۷	۹۱
	کارشناسی	۵۹	۵۷
	کارشناسی ارشد	۴۹	۳۱
درصد	دیپلم	۴/۴۱	۸۷/۷
	فوق دیپلم	۴۷/۵	۴۴
	کارشناسی	۲۸/۹	۲۷/۹
	کارشناسی ارشد	۲۴	۱۵/۱

بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، افسردگی) زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی داری وجود دارد. برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا پیش فرض‌های آن، یعنی فاصله ای و نسبی بودن داده‌ها، مستقل بودن نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن بررسی شد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان دهنده رعایت و برقراری این پیش فرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها و پیش آزمون‌تعاملم وجود ندارد ($P < 0/05$). پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیونی، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید است. همچنین با توجه به آزمون باکس، مفروضه برابری کوواریانس‌ها برقرار است یعنی کوواریانس‌های دو گروه برابر بوده و در نتیجه این دو گروه با هم قابل مقایسه می‌باشند.

اطلاعات جدول شماره نه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت گروه‌ها را در سلامت روان نشان می‌دهد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطلب است که به طور کلی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشته است. همان‌طور که در جدول شماره ده نشان داده شده است بین افراد دو گروه از نظر نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که نشانه‌های جسمانی و اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی زوجین بدون فرزند کمتر است ($P < 0/05$).

جدول ۱- بررسی فراوانی وضعیت سنی افراد در دو گروه

زوجین			
شاخص	سن	متقاضی فرزند	بدون فرزند
فراوانی	۱۸-۳۰	۷۷	۵۱
	۳۱-۴۰	۵۷	۱۹
درصد	۱۸-۳۰	۳۷/۷	۲۵
	۳۱-۴۰	۲۷/۹	۹/۳۱

جدول ۲- بررسی فراوانی وضعیت جنسیت افراد در دو گروه

زوجین			
شاخص	جنسیت	متقاضی فرزند	بدون فرزند
فراوانی	زن	۴۳	۵۵
	مرد	۵۹	۴۷
درصد	زن	۴۲/۲	۵۳/۹
	مرد	۵۷/۸	۴۹/۱

جدول ۳- بررسی فراوانی وضعیت مدت زمان ازدواج افراد در دو گروه

زوجین			
مدت زمان ازدواج	متقاضی فرزند	بدون فرزند	
۱	۷/۸	۴/۹	
۲	۱۵/۷	۲۴/۵	
۳	۱۳/۷	۱۱/۸	
۴	۱۱/۸	۱۰/۸	
۵	۱۳/۷	۳/۹	
۶	۰	۱	
۷	۱۳/۹	۸/۸	
۸	۷/۸	۱۰/۸	
۹	۳/۹	۱۵/۷	
۱۰	۳/۹	۰	
۱۱	۰	۴/۹	
۱۲	۳/۹	۲/۹	
۱۳	۳/۹	۰	

جدول ۱- آماره‌های توصیفی در دو گروه

انحراف معیار	میانگین	گروه	
۷/۷	۱۷/۷	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	شیوه فرزندپروری قاطع
۷/۶	۲۰/۴۵	زوجین بدون فرزند	
۶/۹۳	۲۴/۸۴	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	شیوه فرزندپروری مستبد
۷/۲۲	۱۹/۹	زوجین بدون فرزند	
۵/۵۳	۲۵/۳۵	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	شیوه فرزندپروری سهل‌گیر
۹/۰۷	۲۷/۰۵	زوجین بدون فرزند	

جدول ۸- آماره‌های توصیفی در دو گروه مورد بررسی

انحراف معیار	میانگین	گروه	
۲/۹۸	۱۱/۱۲	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	نشانه‌های جسمانی
۴/۹۳	۱۴/۳۲	بدون فرزند	
۳/۹۷	۹/۴۴	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	اضطراب و بی‌خوابی
۶/۱۴	۱۱/۸۴	بدون فرزند	
۲/۹۸	۱۰/۵۱	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	کژکاری اجتماعی
۵/۸۵	۱۳/۴۱	بدون فرزند	
۳/۰۷	۱۰/۸۲	نابارور متقاضی فرزندخواندگی	افسردگی
۸/۳۱	۱۴/۶۷	بدون فرزند	

جدول ۲- تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت دو گروه

منبع	لامبدا ویکلز	F	سطح معناداری
گروه	۰/۸۴۲	۱۲/۲۷	۰/۰۰

جدول ۹- تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت گروه

منبع	لامبدا ویکلز	F	سطح معناداری
گروه	۰/۷۰۰	۱۶/۶۰	۰/۰۰۰

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه

گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
قاطع	۴۱۸/۶۵	۴۱۸/۶۵	۶/۹۶	۰/۰۰۹
مستبد	۱۳۱۷/۱۹	۱۳۱۷/۱۹	۲۶/۳۵	۰/۰۰
سهل‌گیر	۷۸/۸۵	۷۸/۸۵	۱/۳۹	۰/۲۴

جدول ۱۰- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه

گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	۵۲۲/۵۶	۵۲۲/۵۶	۳۱/۱۳	۰/۰۰
اضطراب و بی‌خوابی	۲۰۶/۹۵	۲۰۶/۹۵	۷/۸۸	۰/۰۰۵
کژکاری اجتماعی	۳۷۶/۰۹	۳۷۶/۰۹	۱۷/۳۳	۰/۰۰
افسردگی	۷۳۲/۹۴	۷۳۲/۹۴	۱۹/۰۹	۰/۰۰

فرضیه اصلی دوم

در شیوه‌های فرزندپروری (قاطع، مستبد، سهل‌گیر) زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا پیش فرض‌های آن، یعنی فاصله ای و نسبی بودن داده‌ها، مستقل بودن، نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن

بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین^{۱۱} استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده رعایت و برقراری این پیشفرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها و پیش آزمون تعامل وجود ندارد ($P < 0/05$). پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیون، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید است. همچنین با توجه به آزمون باکس، مفروضه برابری کوواریانس‌ها برقرار است یعنی کوواریانس‌های دو گروه برابر بوده و در نتیجه این دو گروه با هم قابل مقایسه می‌باشند.

11. Levene's test

صمیمیت و پاداش در رابطه‌ی والدین-کودک به عنوان پیش‌بینی کننده بروز مشکلات در آینده (۲۴ و ۲۳)، نقش والدین سهل‌گیر در تکانش‌گری و پرخاشگری، عدم استقلال و مسئولیت‌پذیری در کودکان (۲۵)، تاثیر حمایت مفرط والدین، یا طرد آن‌ها در اختلال‌های درونی کودکان و نوجوانان (۲۶)، تاثیر فرزندپروری مستبدانه بر هویت زود هنگام و سبک‌های سهل‌گیرانه در آشفتگی هویت (۲۷) اشاره کرد. توافق بر این است که سبک‌های فرزندپروری با پیامدهای مختلفی از قبیل آسیب‌شناسی روانی، مشکلات رفتاری و پیشرفت تحصیلی ارتباط دارد. در برخی مطالعات نشان داده شده است که بین سبک‌های فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی والدین ارتباطی وجود دارد (۲۸ و ۲۹). تامپسون و همکاران (۲۰۰۳) از نگرش‌های فرزندپروری مستبدانه به عنوان یک خطر برای مشکلات سلوک‌یاد کرده (۳۰) و ترنر و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی با هدف تعیین رابطه‌ی سبک فرزندپروری مقتدرانه با پیشرفت تحصیلی، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر روی دانشجویان، مشخص ساختند که فرزندپروری مقتدرانه هم بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه و هم انگیزش درونی و خودکارآمدی تحصیلی تاثیر دارد (۳۱). اویسرمن و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه‌ی نشان دادند که شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه با علایم بیشتر افسردگی و اضطراب نوجوانان و سبک فرزندپروری مثبت و رهنمودی با علایم کمتر افسردگی در ارتباط بوده است (۲۸). وستانیس و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ی نشان دادند که استفاده‌ی همزمان از تشویق و تنبیه با اختلالات روانی و سبک‌های فرزندپروری توأم با تشویق زیاد و عدم تنبیه با فقدان اختلالات روانی در ارتباط می‌باشد (۲۹). همچنین برخی از مطالعات موید وجود رابطه بین وضعیت بهداشت روانی افراد و سبک‌های فرزندپروری آنان است. به طور کلی می‌توان گفت، سلامت روان والدین و شیوه‌های فرزندپروری آنان در راستای تربیت و شکل‌دهی شخصیت فرزندان نقش تعیین‌کننده و اساسی دارد. انتظار می‌رود که والدین سالم کودکان سالم‌تری پرورش دهند به شرط آن که شیوه‌های تربیتی سالم و مثبتی را در پیش بگیرند به همین دلیل، هر والد با هر سطح از تحصیلات، برای موفقیت در امر تربیت کودک خود، نیازمند آموختن مهارت فرزندپروری است. آموختن این مهارت علاوه بر آموزش، نیازمند تمرین کلی و پیوسته است و در سطحی بالاتر از آموزش یا فراگیری مباحث نظری مربوط به فرزندپروری است. سبک فرزندپروری خاص فقط یک شیوه‌ی معمولی برای تعامل با کودک نیست بلکه فرایندی است که در طی آن چگونگی شکل‌گیری شخصیت کودک تعیین می‌شود. لذا افراد مورد مطالعه، نیازمند دریافت مشاوره و آموزش‌های ویژه‌ای می‌باشند. آموزش مهارت فرزندخواندگی به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیم مختلف که این والدین بالقوه در برخورد با کودکانشان با آن‌ها مواجه می‌شوند قادر است به عنوان راهنمایی در تمام مراحل مختلف به این والدین کمک نماید تا بتوانند فرزندان سالم و موفق تربیت نمایند تا در نهایت امکان جامعه‌ای سالم و موفق میسر گردد.

اطلاعات جدول شماره ۶، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت گروه‌ها را در سبک‌های فرزندپروری نشان می‌دهد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، می‌توان گفت تفاوت بین نمرات دو گروه بیان‌کننده این مطلب است که به طور کلی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشته است.

همان‌طور که در جدول شماره ۷ نشان داده شده است، بین افراد دو گروه از نظر سبک فرزندپروری قاطع و مستبد تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که زوجین بدون فرزند شیوه فرزندپروری مستبد و قاطع بیشتری داشته‌اند ($P < 0/05$). بعلاوه شیوه فرزندپروری سهل‌گیر زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی از زوجین بدون فرزند تفاوت معناداری نداشت ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین میزان سلامت روان در زوجین نابارور متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند در خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی گروه مورد مطالعه نمرات بیشتری در این خرده‌مقیاس‌ها گرفته‌اند. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده توسط مینیک^{۱۲} (۴۲)، ماهلستد^{۱۳} (۴۳)، دانی‌لوک^{۱۴} (۴۴)، سیبل و تیمور^{۱۵} (۴۵)، کوک^{۱۶} (۴۶)، دومار^{۱۷} و همکاران (۴۷) برگ^{۱۸} و همکاران (۴۸) همخوانی دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توجه به وضعیت روانی زوجین نابارور، در پذیرش فرزند حائز اهمیت است. در خصوص متغیر دوم این پژوهش (شیوه فرزندپروری زوجین متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند) محققین پیشینه پژوهشی کاملاً مشابه در رابطه با موضوع مورد بررسی در پژوهش‌های داخلی نیافته‌اند و پژوهش حاضر احتمالاً یکی از نخستین پژوهش‌ها در زمینه موضوع مورد تحقیق می‌باشد و از آنجا که در این پژوهش متغیر سبک‌های فرزندپروری (مقتدرانه، مستبدانه و سهل‌گیر) در زوجین نابارور متقاضی فرزند مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج این پژوهش نشان داد که بین شیوه‌های فرزندپروری قاطع و مستبد زوجین نابارور متقاضی فرزند با زوجین بدون فرزند تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P > 0/05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد شیوه فرزندپروری قاطع و مستبد در زوجین متقاضی فرزند کمتر از زوجین بدون فرزند می‌باشد. بعلاوه در شیوه فرزندپروری سهل‌گیر بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به این متغیر، مقایسه می‌گردد که از جمله می‌توان به نقش شیوه‌های انضباطی سخت‌گیرانه مادران در افزایش هیجان‌های منفی کودکان (۲۲)، کمبود مشارکت،

12. Menning
13. Mahlstedt
14. Daniluk
15. Seible
16. Cook
17. Dumar
18. Berg

تشکر و قدردانی

قانونی می‌باشد لذا از همکاران محترم در این مرکز که هزینه این تحقیق را فراهم آوردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات پزشکی

References

1. Daniluk JC. Infertility: Interpersonal and intrapersonal impact. *J Fertil Steril* 2003; 49: 985-5.
2. Dhillon R, Cumming C, Cummind D. Psychological well-being and coping patterns in infertile man. *J Fertil Steril* 2000; 45 (5): 702-3.
3. Neel Frooshan P, Ahmadi A, Abedi MR. the effects of cognitive-behavioral consultation based on interactive cognitive subsystems approach on infertile couples change of attitude. *J of family study* 2007; 2: 5-8. (Persian).
4. Pahlavani H, Malakooti K, Sharokh E. Study of stressors, coping strategies and its relation to mental health in infertile persons. *Andeesheh VA Raftar* 2002; 7(4): 79-81. (Persian)
5. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med* 2008; 5:1907-14.
6. Gibson FI, Ungerer JA, Parental adjustment and attitudes to parenting after IVF. *Fertile strilr* 2000; 73: 565-74.
7. Razaghi R. Tehran: public relations publishing of Welfare Organization; 2007:1-16. (Persian)
8. Sepehr H. Statues and challenges in relation to adoption and care of children in alternative families. *J of fertility and infertility* 2001; 2(8): 62-4. (Persian)
9. Farzadfard Z, Hooman HA. The role of parenting skills training on reduction stress of mothers and children behavioral problems. *J of Iranian psychologists* 2009; 4(3): 278-80. (Persian)
10. Shakeri J. Study of general health, coping strategies and marital satisfaction in infertile women. *J Reprod Infertil* 2007; 7(3):270-1.
11. Lazarus R. From psychological stress to the emotion: A history of changing out looks. *J Ann Rev Psychol* 2001; 4: 190-9.
12. Chavoshfar J, Rasoolzadeh K. Comparative study of stress factors and encounter styles in adolescents in circadian centers and adolescents with parents. *J of psychology* 2000; 4(2): 170-3. (Persian)
13. Oreme J, Buehler C, McSurdy M, Rhodes K, Cox E, Patterson DA. Parental and familial characteristics of family foster care applicants. *J Children Youth Serv Rev* 2004; 26: 307-12.
14. Hardy DF, Power TG, Jadedicke S. Examining the relation of parenting to children coping with everyday stress. *Child develops* 1993; 64(6): 18-48.
15. Darlying N. Parenting style and fits correlates. 2007. Available at: WWW. Othealth. Com/Partitioner/ cedue/parentingstyles.
16. Shifer D, Thompson R. Mother-child infliction toddler year: lessons in emotion morality and relationships. *Child development* 2002; 73(4): 1183-1203.
17. Baumrind D. The effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development* 1996; 37(2): 887-907.
18. Scheafer E SA. Circumflex model for maternal behavior. *J of abnormal and social psychology* 2003; 59(2): 226-235.
19. Zimmerman BJ, Bandura A, Martinez PM. Self-Motivation for academic attainment. The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American educational research j* 2003; 26(3): 663-676.
20. Sayyad shirazi M. The relationship between parent's educational style and youths formation of religious identity type. Unpublished master's Thesis in counseling. Allameh University; 2004. (Persian)
21. Bigham H. The relationship between obsessive-compulsive disorder and parenting styles of authority rational democratic and despotic. Tehran psychiatry Institute; 2000. (Persian)
22. Florsheim P. Chinese adolescent immigrants:

- Factors related to psychosocial adjustment. *J of Youth and Adolescence*; 1997; 26(2): 143-163.
23. Betz NE, Hackett G. The relationship of career-related self-efficacy expectations to perceive career options in college of woman and men. *J of counseling psychology* 1981; 28(5): 399-410.
 24. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood. *Monogram scores child dev* 2005; 70(4): 1-137.
 25. Baumrind D. Peering competent children. In: Damon (editor) *child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey Bass; 1989: 349-378.
 26. Bronte-Tinkew J, Moore KA, Carrano J. The father- child relationship parenting styles and adolescent risk behaviors in intact famines. *J Famil Issues* 2006; 27(6): 850-881.
 27. Ghasemi M, Arefi M, sheikholeslami R. The study of relationship between identity and values in youngsters. *Special editorial of educational sciences and psychology faculty of Ferdowsi University* 2004; 7(1): 245-263. (Persian)
 28. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C. Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children. *J Adolescence* 2002; 25(6): 587-602.
 29. Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha T. Relationship between parental psychopathology parenting strategies and child mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 509-514.
 30. Thompson A, Hollis C, Richards D. Authoritarian parenting attitudes as a for con duct problems: results from a British national cohort study. *Eur Child Adol Psychiatry* 2003; 12: 84-91.
 31. Tuurner A, Chandler M, Heffer W. The influence of parenting styles achievement motivation and self-efficacy on academic performance in college students. *J College Student Development* 2009; 50(3): 337-346.
 32. Shieck N. Parenting style and is correlates. *Genetic social, general psychology monographs* 2006; 125(3): 269-297.
 33. Rey JM, Plop JN. Quality of perceived parenting in positional and conduct disorder adolescents. *J Ame Acade Child Adoles Psychiat* 2004; 29: 382-389.
 34. Sarmad Z, Bazargan Harandi A, Hejazi E. Research methods in the behavioral sciences, Tehran: Agah Press, 2011. (Persian)
 35. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods* 2009; 41: 1149-1160.
 36. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner AG*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39: 175-191.
 37. Esfandiari Gh. Practices of mothers and mothers of normal children with behavioral disorders and the impact of parental education on children's behavioral disorders. Tehran Psychiatric Institute, 1996. (Persian)
 38. Dehghani A. The relationship between self-esteem and mental health Anti bench in the first grade of secondary school students of Tehran, Tehran University of Educational Psychology, 2002. (Persian)
 39. Homan A. Standardization of mental health questionnaire in Tehran Teacher Training University Students, 1999. (Persian)
 40. Dadsetan P. *Morbid psychological transition from childhood to adulthood (C-1)*, the Press, second edition, 2003.
 41. Chong Wh. *Support networks promoting e-health in youth*, University of Tasmania. Australia, 1994.
 42. Menning B. The emotional needs oninfertile couples. *Fertility and Sterility* 1980;34, No.4.
 43. Mahlsted PP. Psychological component ofinfertility. *Fertility and Sterility* 1985; 43: 335-349.
 44. Daniluk JC. Infertility, intra personal andinterpersonal impact. *Fertility and Sterility* 1988;46:982-990.
 45. Seible MM, Taymor ML. Emotionasked of fertility. *Fertility and Sterility* 1982;34, No.2.
 46. Cook R. The relationship between sex roleand emotional functioning in patients goingassisted conception. *J of Psychosomaticand Obstetrics Gynecology* 1993; 14: 31-40.
 47. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence andedictability of depression in infertile women. *Fertility & Sterility* 1992; 58:1158-1163.
 48. Berg BJ, Wilson JF. Psychiatric morbidityin infertile population: areconceptualization. *Fertility & Sterility*1990; 53: 654-661.

Comparison of Parenting Styles & Mental Health of Infertile Couples Seeking Adoption by Childless Couples

Said Rahimi Ahmadabadi *†- Aria Hejazi **-Hamid Attaran ***- Hamidreza

Aghamohammadian Sharbaf ****-Hosein Karashki *****-Laleh Kohestani *****

*PhD Student in Psychology, Isfahan University

** MD, Forensic Medicine Specialist, Khorasan Razavi, Legal Medicine Organization, Faculty of Khorasan Razavi Mashhad University of Medical Sciences. Member of Legal Medicine Research Center

*** MD, Specialist in General Surgery, Legal Medicine Organization, Khorasan Razavi, Member of Legal Medicine Research Center

****MD, Assistant Professor of Psychology, Faculty Member of Ferdowsi University of Mashhad

*****MD, Assistant Professor & Faculty Member of Ferdowsi University of Mashhad,

*****MD, Psychiatrist, Khorasan Razavi, Legal Medicine Organization, Member of Legal Medicine Research Center

Abstract

Background: Today, due to increased infertility in couples and a lack of guardianship of orphan children, much attention has been drawn on adoption. This study aimed to compare mental health and parenting practices in infertile couples seeking adoption by childless couples and test the following hypotheses:

The parental style (aggressive, authoritarian, permissive) adoption by infertile couples seeking couples without children there is a significant difference. The indicators of mental health (physical symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction, depression) adoption by infertile couples seeking couples without children there is a significant difference.

Methods: The study design is descriptive. The study population included all couples applying for adoption in 2013, which have been referred to Legal Medicine Center of Khorasan-e-razavi. 51 couples to the research criteria were selected by convenience sampling method and completed a questionnaire on mental health and parenting practices. The questionnaire was administered to the control group. Data by SPSS version 19 nineteenth and using independent t-test and covariance (Mankova) were analyzed.

Findings: Between the study and control group in terms of mental health and parenting practices, there are significant differences ($p < 0.05$). So that somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression in couples seeking couples without children were more children and authoritarian parenting style and child applicant couples were less conclusive and permissive parenting style involves a significant difference between the two groups.

Conclusion: Results showed that there are significant differences in mental health and parenting practices with children, couples seeking couples without children. To justify this conclusion, we can say that the stress of infertility and lack of adequate training in parenting can lead to mental health issues, psychological interventions to be appropriate, therefore, parenting skills training for groups can be scheduled by the relevant authorities.

Keywords: Parenting Practices, Mental Health, Infertile Couples Applying for Adoption, Couples without Children.

Received: 28 April 2014

Accepted: 3 Dec 2014

†Correspondence: Legal Medicine Organization, Khorasan Razavi, Iran

Tel: 0985132227317 Email: somaye.rahimi1390@yahoo.com