

Research Paper

The Relationship between Personality Traits, Attachment Styles, and Parental Styles with Children's Physical Health

Naiereh Sadat Rowhany^{*1}, Mohammad Reza Jalali², Seyed Ali Mohammad Mousavi³

1. M.A. in Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini University of Qazvin, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini University of Qazvin, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini University of Qazvin, Iran



Citation: Rowhany NS, Jalali MR, Mousavi SAM. The relationship between personality traits, attachment styles, and parental styles with children's physical health. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(3): 215-227.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.3.19>

ARTICLE INFO

Keywords:

Physical health,
personality traits,
attachment styles,
parenting styles

Received: 18 Feb 2018

Accepted: 8 Jun 2018

Available: 16 Nov 2019

ABSTRACT

Background and Purpose: The results of several studies indicate that psychological characteristics of parents have a significant impact on children's mental health, but few researches have focused on the relationship between children's physical health and psychological constructs. Accordingly, the present study aimed to investigate the relationship between personality traits, attachment styles, and parenting styles with children's physical health.

Method: The method of this study was descriptive-correlational. The statistical population consisted of all mothers and fathers of kindergarten children in district 13 of Tehran in the academic year of 2016-2017. Among them 350 parents were selected through multistage cluster sampling. Data were collected using a *researcher-made physical health questionnaire for pre-school children*, *parenting styles questionnaire* (Baumrind, 1972), *adult attachment scale* (Collins & Read, 1990), and *NEO five-factor inventory* (Costa & McCrae, 1997). Data were analyzed using correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The results of multiple regression analysis showed that conscientious trait, secure attachment style, authoritative parenting style, facilitative parenting style, and avoidant attachment style could predict 0.27, 0.30, 0.32, 0.34, and 0.35 of children's physical health, respectively ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of this study, it can be concluded that personality traits, attachment styles, and parenting styles have a direct and indirect impact on the physical health of preschool children. The implications of the results are discussed in the paper.

* **Corresponding author:** Naiereh Sadat Rowhany, M.A. in Psychology, Faculty of Social Sciences, Imam Khomeini University of Qazvin, Iran.
E-mail addresses: Ns.roohani@gmail.com

رابطه صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی و والدگری والدین با سلامت جسمانی کودکان

نیره السادات روحانی*^۱، محمدرضا جلالی^۲، سید علی محمد موسوی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام خمینی قزوین، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام خمینی قزوین، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام خمینی قزوین، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

سلامت جسمانی،

صفات شخصیتی،

سبک‌های دلبستگی،

سبک‌های والدگری

زمینه و هدف: نتایج مطالعات متعدد حاکی از آن است که ویژگی‌های روان‌شناختی والدین تأثیر زیادی بر سلامت روانی کودکان دارند، اما، پژوهش‌های اندکی به رابطه سلامت جسمانی کودکان با سازه‌های روان‌شناختی تمرکز داشته‌اند؛ بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری والدین با سلامت جسمانی کودکان انجام شد.

روش: نوع مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران و پدران کودکان ساکن در مهدهای کودک منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود که از بین آنها ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه محقق‌ساخته سلامت جسمانی کودکان پیش‌دبستانی، پرسش‌نامه سبک‌های والدگری بامریند (۱۹۷۲)، پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰)، و پرسش‌نامه پنج‌عاملی شخصیت نئو (۱۹۹۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که صفات شخصیتی وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، سبک والدگری مقتدرانه، سبک والدگری سهل‌گیرانه، و سبک دلبستگی اجتنابی به ترتیب توانستند ۰/۲۷، ۰/۳۰، ۰/۳۲، ۰/۳۴ و ۰/۳۵ از سلامت جسمانی کودکان را پیش‌بینی کنند ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری والدین به‌طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیر مهمی بر سلامت جسمانی کودکان مهد کودک دارند. استنادهای نتیجه به‌دست آمده در مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

دریافت شده: ۹۶/۱۱/۲۹

پذیرفته شده: ۹۷/۰۳/۱۸

منتشر شده: ۹۸/۰۸/۲۵

* نویسنده مسئول: نیره السادات روحانی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام خمینی قزوین، ایران.

رایانامه: Ns.roohani@gmail.com

تلفن تماس: ۰۲۸-۳۳۷۸۰۰۲۱

مقدمه

کودکان، آسیب‌پذیرترین قشر جمعیت‌های انسانی هستند که در مقابل ناملایمات زندگی از جمله بیماری‌ها، آسیب‌پذیری فراوانی دارند (۱). بسیاری از بیماری‌های ویروسی و باکتریال مانند سرماخوردگی، آنفلوآنزا، و مصرف بعضی از داروها مثل پنی‌سیلین (در صورتی که به مدت طولانی مصرف شود) در کودکان ممکن است بسیار شایع باشد (۲) و تبعات منفی فراوانی را برای آنها به وجود آورند، زیرا در سنین کودکی سیستم دفاعی و ایمنی بدن به اندازه بزرگسالان تکامل و تحول نیافته است (۳). با توجه به سیستم ایمنی ضعیف کودکان، نقش والدین و مراقبان اصلی کودکان برای جلوگیری از این بیماری‌ها اهمیت فراوانی پیدا می‌کند. متخصصان نشان داده‌اند که حالت‌های روانی والدین می‌توانند در سلامت جسمانی و روانی کودکان اهمیت فراوانی داشته باشند و والدینی که از سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردار باشند، دارای فرزندان سالم‌تری خواهند بود (۴).

در همین راستا صفات و ویژگی‌های شخصیتی والدین^۱ از جمله عناصر مداخله‌کننده در روابط بین‌فردی است (۵). شخصیت یک سازه کلی است که از مجموعه ویژگی‌های فردی تشکیل می‌شود و به سه عامل تفکر، عواطف، و رفتارهای بیرونی قابل مشاهده اشاره دارد که در تعامل با عناصر محیط، ایفای نقش می‌کنند (۶). والدین با ویژگی‌های شخصیتی خود، آفریننده موقعیت‌هایی هستند که رفتارهای خاص را در فرزندان برمی‌انگیزند و یا سرمشق‌هایی را برای الگوسازی در اختیار آنها قرار داده و یا به تشویق دسته‌ای خاص از رفتارها می‌پردازند (۷). تعداد زیادی از مطالعات نشان داده‌اند که صفات شخصیتی والدین تأثیر پایداری در سازه‌های رفتاری کودکان دارند (۸-۱۰). نتایج پژوهش نیگ و هیشاو روی والدین یک گروه از کودکان که دارای اختلال‌های همبود نافرمانی مقابله‌ای^۲، اختلال رفتار هیجانی^۳ با اختلال نارسایبی توجه/فزون‌کنشی^۴ بودند، در مقایسه با والدین کودکان بدون اختلال، در مقیاس شخصیت نئو توافق‌پذیری پایین،

روان‌آزرده‌خویی^۵ بالا، و اضطراب از خود نشان می‌دادند. همچنین مشاهده شد بین روان‌آزرده‌خویی مادر با پرخاشگری کودک مبتلا با اختلال نارسایبی توجه/فزون‌کنشی رابطه وجود دارد، به این صورت که هر چه مادر روان‌آزرده‌خویی بیشتری داشته، پرخاشگری کودک بیشتر بود. همچنین پذیرا بودن تجربه در والدین با شیوع بالای رفتارهای ضداجتماعی در کودک رابطه معناداری داشتند (۱۱). پژوهش‌گوتیز و همکاران (۱۲) نیز نشان داد که شخصیت (به طور خاص از طریق بعد وظیفه‌شناسی)، یکی از همبسته‌های بسیار مهم سلامتی محسوب می‌شود و ارتباط مثبتی نیز بین انعطاف‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی وجود دارد. نتایج سایر پژوهش‌ها نیز نشان‌دهنده تأثیر صفات شخصیتی بر سلامت کودکان و نوجوانان است (۱۳ و ۱۴).

اما یکی دیگر از ابعاد روان‌شناختی والدین که ممکن است به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت جسمانی کودکان تأثیر داشته باشد، سبک‌های دلبستگی^۶ است (۱۵). بالبی دلبستگی را به‌عنوان ارتباط روانی پایدار بین دو انسان توصیف کرد. پژوهشگران معتقدند که برای تأمین سلامت روانی و تحول هیجانی و عاطفی مطلوب کودک، برقراری روابط صمیمی، گرم، دائمی و رضایت‌بخش بین کودک و مراقب، ضروری است (۱۶). به گفته بالبی دلبستگی تأثیر فوق‌العاده‌ای در طول زندگی دارد و اگر این پیوندها به درستی شکل گرفته باشند، منجر به رابطه مؤثر والد و کودک می‌شود و باعث افزایش توانایی کودکان در مقابله با مشکلات می‌شود (۱۷). به دنبال پژوهش‌های اینزورث و بالبی سه سبک دلبستگی ایمن^۷، اجتنابی^۸، و دوسوگرا^۹ از همدیگر تشخیص داده شد و ویژگی‌های بهنجار و نابهنجار در روابط بین‌شخصی به گونه‌ای عمیق ناشی از سبک دلبستگی اشخاص در نظر گرفته شد (۱۸ و ۱۹). کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، به هنگام جدا شدن از پرستار یا مراقب، چندان احساس ناراحتی نمی‌کنند. این کودکان به هنگام ترس، برای کسب آرامش و آسایش به والدین یا پرستار روی می‌آورند (۲۰). کودکانی که سبک دلبستگی اجتنابی دارند از والدین و پرستاران دوری می‌کنند. این

6. Attachment styles
7. Secure attachment
8. Avoidant
9. Ambivalent

1. Personality traits
2. Oppositional defiant disorder
3. Conduct Disorder
4. Attention-deficit hyperactivity disorder
5. Neuroticism

روان کودکان همبستگی دارد، اما به‌طور کلی ویژگی‌های پدر بر سلامت روان تأثیر بیشتری دارد. همچنین شفیع پور و همکاران (۳۴) و ترکش دوز و فرخ زاد (۳۵) نشان داده‌اند مقتدر بودن والدین باعث کاهش اختلال‌های رفتاری و ارتقای سلامت جسمانی و روانی می‌شود ولی مستبد بودن و یا آسان‌گیر بودن آنها، مؤکد اختلال و افزایش نابهنجاری و پریشانی جسمی و روانی است. سایر پژوهش‌ها نیز بیانگر رابطه بین ویژگی‌های والدگری با سلامت روانی کودکان و برزگسالان است (۳۶) و (۳۷).

در مجموع با توجه به آنچه اشاره شد می‌توان نتیجه گرفت که برخی از ویژگی‌ها و حالات روانی والدین مانند صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های تربیتی تأثیرات مثبت و منفی معناداری بر سلامت روانی کودکان دارند؛ اما در این میان کمتر مطالعه‌ای به بررسی رابطه این حالت‌های روان‌شناختی والدین بر سلامت جسمانی کودکان پرداخته است. این در حالی است که مطالعات متعدد به تأثیر و ارتباط متقابل فرایندهای روانی و جسمانی بر یکدیگر اذعان دارند (۳۸) و به این نکته اشاره می‌کنند که می‌توان بر اساس ویژگی‌های روانی تعداد زیادی از اینگونه مشکلات و بیماری‌های جسمانی کودکان مشکلات فراوانی را برای آنها و والدین در زمان حال و آینده ایجاد می‌کند و همچنین نظر به اهمیت بسیار زیاد تشخیص عوامل زودهنگام روان‌شناختی در کنار عوامل جسمانی به وجود آورنده این مشکلات، نیاز است که به بررسی عمیق‌تر ارتباط بین شرایط روان‌شناختی والدین و سلامت جسمانی کودکان پرداخته شود. همچنین تأثیرات متقابل شرایط سلامت جسمانی با شرایط سلامت روانی باید مورد بررسی و پژوهش قرار گیرد. پژوهش حاضر در این راستا و با توجه به خلأ پژوهشی موجود به بررسی این سؤال می‌پردازد که آیا بین صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی و سبک‌های والدگری والدین با سلامت جسمانی کودکان مهد کودک رابطه وجود دارد یا خیر؟

اجتناب غالباً پس از یک دوره غیبت والدین ابراز می‌شود، این کودکان ممکن است توجه والدین را رد نکنند اما نه در جستجوی جلب توجه آنها برمی‌آیند و نه از ارتباط با آنها، کسب آرامش و آسایش می‌کنند (۲۱). کودکان با دلبستگی دوسوگرا به شدت به بیگانگان مشکوک هستند. این کودکان هنگام جدا شدن از والد یا پرستار، ناراحتی زیادی نشان می‌دهند اما با بازگشت آنها نیز به نظر نمی‌رسد که آرامش یافته‌اند (۲۲).

مطالعات نشان داده است که سبک دلبستگی والدین با سلامت روانی و اختلالات رفتاری کودک ارتباط نزدیکی دارد (۲۳ و ۲۴)؛ زیرا وقتی بین مادر و فرزند دلبستگی سالمی برقرار نشود و یک نوع بی‌اعتنایی هیجانی رخ دهد کودک تحت تأثیر فقر دلبستگی با مادر یا مراقبان اولیه ممکن است در آینده مشکلات رفتاری-عاطفی بسیاری از خود بروز دهد (۲۵ و ۲۶). سوزوکی و تامودا در توجیه این رابطه بر این عقیده‌اند که پیامد روان‌شناختی سبک‌های دلبستگی نایمن در شرایط تنش آور، اضطراب و افسردگی است و پیامد روان‌شناختی سبک دلبستگی ایمن در چنین شرایطی، آرامش روانی است (۲۷). با وجود اینکه پژوهش‌های مختلف به تأثیر سبک‌های دلبستگی بر سلامت روانی کودک پرداخته‌اند و به این نکته تأکید دارند (۲۸ و ۲۹)، اما تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی والدین با سلامت جسمانی کودکان پرداخته است که لازم است در این زمینه پژوهش‌های مناسبی انجام شود. باید توجه داشت که سبک‌های والدگری^۱ و شیوه‌های تربیتی والدین نیز عامل مهمی در سلامت کودکان به حساب می‌آیند (۳۰). سبک‌های والدگری مجموعه‌ای از نگرش‌های والدین نسبت به کودک است که منجر به ایجاد جو هیجانی می‌شود که در آن رفتارهای والدین بروز می‌کنند (۳۱). این رفتارها هم دربرگیرنده رفتارهای مشخص (رفتارهایی در جهت هدف والدین) است که از طریق آن رفتارها، والدین به وظایف والدینی‌شان عمل می‌کنند و هم رفتارهای غیر مرتبط با هدف‌های مستقیم والدین است که شامل ژست‌ها، تغییر در تن صدا، یا بیان هیجان‌های غیرارادی است (۳۲). بسیاری از مطالعات مؤید وجود رابطه بین وضعیت بهداشت روانی افراد و سبک‌های والدگری آنان هستند. شک (۳۳) در پژوهشی تأثیر شیوه‌های والدگری والدین بر سلامت روان کودکان را مورد مطالعه قرارداد و به این نتیجه رسید که ویژگی‌های والدین با سلامت

1. Parental styles

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی و به روش همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را تمامی مادران و پدران مهدهای کودک منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل داد. تعداد ۳۴۰ والد با استفاده از جدول کرسی و مورگان به عنوان نمونه مورد نظر انتخاب شد که برای جبران ریزش احتمالی، این تعداد به ۳۵۰ نفر افزایش پیدا کرد. انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه برداری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا از بین مهدهای کودک منطقه ۱۳، تعداد ۱۰ مهد کودک به صورت تصادف انتخاب شدند و از هر مهد کودک به صورت تصادفی تعداد ۳۵ مادر یا پدر از دانش آموزان حاضر در مهد کودک انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از: تمایل آگاهانه از شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، و نداشتن مشکل جسمانی و روانی حاد. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: نداشتن تمایل به شرکت در پژوهش و عدم تکمیل مناسب پرسشنامه‌ها. پس از انتخاب نمونه‌های مورد نظر، این افراد با راهنمایی پژوهشگر به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیز ۱۱۶ (۴۱/۷ درصد) نفر از شرکت کنندگان پدر و ۱۶۲ (۵۸/۳ درصد) نفر مادر بودند و بیشترین فراوانی سنی شرکت کنندگان مربوط به سن ۴۰-۳۰ با تعداد ۱۵۰ (۵۳/۹ درصد) نفر و کمترین دامنه سنی مربوط به سن ۶۰-۵۰ سال با تعداد ۳ (۱/۰ درصد) نفر بود. از نظر تحصیلات نیز بیشترین فراوانی مقطع تحصیلی مربوط به دیپلم با ۸۸ (۳۱/۶ درصد) نفر و کمترین فراوانی مقطع تحصیلی مربوط به مقطع دکترا با ۴ (۱/۴ درصد) نفر بود.

ب) ابزار

۱. پرسش‌نامه محقق ساخته سلامت جسمانی کودکان پیش دبستانی: این پرسش‌نامه به وسیله پژوهشگر و با راهنمایی استادان راهنما و مشاور این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت جسمی کودکان پیش دبستانی و با در نظر گرفتن اطلاعات پزشکی، نگرش روان‌شناختی به مقوله سبک زندگی و سلامتی، و بر اساس نظریه‌های روان‌پزشکی کودک و

روان‌شناسی سلامت، طراحی شده است. پرسش‌نامه شامل اطلاعاتی نظیر بینایی سنجی و شنوایی سنجی، قد و وزن این کودکان است و دارای ۱۶ سؤال است که سؤال‌های یک تا سیزده پرسش‌نامه چهار گزینه دارد و به هر گزینه نمره‌ای اختصاص می‌گیرد. نمره‌ها از کم به زیاد مرتب شده‌اند که به گزینه اول تا چهارم، به ترتیب نمره ۱، ۲، ۳ و ۴ تعلق می‌گیرد. با این حساب، نمره ۱۳ کمترین نمره پرسش‌نامه و نمره ۵۲ بیشترین نمره پرسش‌نامه خواهد بود. کودکی که نمره کلی پرسش‌نامه او ۱۳ است، در وضعیت سلامت جسمی بحرانی قرار دارد و کودکی که نمره کلی پرسش‌نامه او ۵۲ است در وضعیت سلامت جسمی کامل است. به این ترتیب؛ نمره‌های ۱۳-۲۵ نشان‌دهنده وضعیت سلامتی ضعیف و نشان‌دهنده وضعیت اورژانسی جسمی او است؛ نمره ۲۶-۳۹ نشان‌دهنده وضعیت سلامتی قابل قبول برای کودک است و بیان می‌کند این کودک به توجه و برنامه‌ریزی دقیق‌تری برای بهبود و حفظ سلامتی خود نیاز دارد؛ نمره ۴۰-۵۲ نشان‌دهنده وضعیت سلامتی مطلوب کودک است؛ و سؤال‌های ۱۴، ۱۵ و ۱۶ تعیین‌کننده زمینه ارثی وجود بیماری در کودک و نیز پیش‌بینی کننده بروز بیماری جسمی در او است. پاسخ مثبت به این سؤال‌ها، نیاز به برنامه‌ریزی و ضرورت مشاوره پزشکی و روان‌شناسی برای تغییر سبک زندگی را نشان می‌دهد. به عنوان متغیر ژنتیکی، می‌توان نمره‌های صفر و یک را به از آنها اختصاص داد. نمره سه وجود زمینه ژنتیکی را نشان می‌دهد و نمره صفر نشان‌دهنده نداشتن زمینه ارثی بروز بیماری است. یادآوری می‌شود پرسش‌نامه حاضر توسط والدین (مادر- پدر) یا یکی از مراقبان و نزدیکان اصلی کودک تکمیل می‌شود. روایی محتوایی^۱ پرسش‌نامه بر اساس نظرات استادان متخصص مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین برای سنجش اعتبار^۲ پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در پژوهش حاضر ۰/۶۸ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه سبک‌های والدگری^۳: از این پرسش‌نامه به منظور سنجش سبک‌های والدگری استفاده شد. این مقیاس توسط بامریند در سال ۱۹۷۲ توسط طراحی شد و شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله آن شیوه‌های سهل‌گیرانه (گویه‌های ۱، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۸)، ۱۰ جمله شیوه‌های استبدادی (گویه‌های ۲، ۳، ۷، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۲۶، ۲۹)

3. Parenting Style Questionnaire

1. Content validity
2. Reliability

دلبستگی ایمن ۰/۶۸، برای دلبستگی اجتنابی ۰/۵۲، و برای دلبستگی دو سوگرا ۰/۸۱ به دست آمد.

۴. فرم کوتاه سیاهه پنج عامل بزرگ شخصیت نئو^۱: این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال (برای هر مقوله ۱۲ سؤال) است و پنج زمینه اصلی شخصیت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که شامل روان آزرده خویی، برونگرایی^۲، پذیرای تجربه بودن، توافق پذیری، و وظیفه‌شناسی است. این ابزار با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پاسخ داده می‌شود. روایی محتوایی آن را مک کری و کوستا بررسی کرده و پایایی آن را برای عوامل پنج‌گانه (۰/۹۰ تا ۰/۷۶) گزارش کرده‌اند (۴۵). ضرایب آلفای گزارش شده توسط مک کری و کوستا (سازندگان این آزمون) در فرم S (فردی مقیاس) و مقیاس‌های فرعی بین ۰/۸۱ تا ۰/۵۶، در فرم R (گزارش دیگران درباره فرد) بین ۰/۹۲ تا ۰/۶۶، و همچنین برای عوامل اصلی برونگرایی، پذیرای تجربه بودن و روان آزرده خویی دارای ضرایب پایایی بالاتر یعنی ۰/۹۳ - ۰/۸۶ است. این پرسشنامه توسط گروهی بر روی ۲۰۰۰ نفر از جامعه دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ایران با هدف مشخص شدن عوامل ثابت‌تر اجرا شد و ضرایب آلفای آن برای عوامل توافق‌پذیری، پذیرای تجربه بودن، برونگرایی، آزرده‌خویی، و وظیفه‌شناسی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۶، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ محاسبه شد. با محاسبه همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و ارزیابی مشاهده‌گر به‌قصد ارزیابی اعتبار ملاکی آزمون در بین عوامل اصلی، حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برونگرایی و حداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل توافق‌پذیری محاسبه شد. در بین صفات فرعی حداکثر همبستگی به میزان ۰/۷۰ در صفت اعتماد و حداقل آن به میزان ۰/۲۹ در صفت دل‌رحم بودن و انعطاف‌پذیری در احساس‌ها به دست آمد. ضرایب همسانی درونی در عوامل اصلی توافق‌پذیری، پذیرای تجربه بودن، برونگرایی، آزرده‌خویی، و با وجدان بودن در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد (۴۶). همچنین در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کروناخ برای عوامل روان رنجورخویی ۰/۵۶، برون‌گرایی ۰/۶۷، گشودگی در برابر تجربه ۰/۷۳، توافق‌پذیری ۰/۵۱، و وظیفه‌شناسی ۰/۵۳ به دست آمده است.

و ۱۰ جمله شیوه‌های مقتدرانه (گویه‌های ۴، ۵، ۸، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۰) را می‌سنجد. در نمونه اصلی میزان اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی ۰/۸۱ برای سبک سهل‌گیرانه، ۰/۹۲ برای سبک مستبدانه، و ۰/۹۲ برای سبک مقتدرانه گزارش شده است. همچنین برای روایی این پرسشنامه، رابطه بین سهل‌گیر بودن و مستبد بودن را (۰/۵۰-) و رابطه بین مقتدر بودن و مستبد بودن (۰/۵۲-) گزارش کرده‌اند (۴۱). در پژوهش فراهینی و همکاران اعتبار پرسشنامه از طریق آلفای کروناخ، ۰/۷۴ برای مؤلفه استبدادی، ۰/۷۲ برای مؤلفه مقتدرانه، و ۰/۷۶ برای مؤلفه سهل‌گیرانه به دست آمد (۴۲). در پژوهش حاضر برای سنجش اعتبار پرسش‌نامه نیز از ضریب آلفای کروناخ استفاده شد که میزان آن برای مؤلفه سهل‌گیرانه ۰/۷۹، برای مؤلفه استبدادی ۰/۶۰، و برای مؤلفه مقتدرانه ۰/۸۲ به دست آمد.

۳. مقیاس تجدید نظر شده دلبستگی بزرگسال^۳: این پرسش‌نامه یک ابزار اندازه‌گیری خودگزارش‌دهی است که توسط کولینز و رید بر اساس توصیف‌هایی که از سه نوع دلبستگی در پرسش‌نامه هزن و شیور شده بود، طراحی شده است. مقیاس تجدید نظر شده دلبستگی متشکل از دسته‌ای سؤالات است که خودارزیابی‌هایی از مهارت‌های نزدیک و دلبستگی‌های نزدیک دارد و مشتمل بر ۱۸ گویه است که توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت برای هر گویه (۱ = اصلاً ویژگی من نیست تا ۵ = کاملاً ویژگی من است) سنجیده می‌شود (۴۳). تحلیل عوامل ۳ زیر مقیاس ۶ گویه‌ای را مشخص می‌کند: ۱. وابستگی، ۲. نزدیک بودن، و ۳. اضطراب. ضریب آلفای کروناخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی، و دوسوگرا ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش شده است که نشانه همسانی درونی مقیاس دلبستگی است. همچنین ضریب تعیین بازآزمایی مقیاس دلبستگی برای نمونه ۲۵ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته ۸۹ صدم محاسبه شد. همچنین نتایج بررسی دآوری‌های متخصصان، همگونی و مناسبت محتوای آزمون با حیطه مورد سنجش آن را مورد تأیید قرار داده‌اند که نشان‌دهنده روایی مناسب آزمون است (۴۴). میزان اعتبار به‌دست‌آمده از این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس آلفای کروناخ در مؤلفه

ج) روش اجرا: در مرحله اول پژوهش، پژوهشگر با کسب مجوزهای قانونی لازم، با توجه به ملاک‌های ورودی به انتخاب نمونه‌ها پرداختند. بدین ترتیب به تعدادی از مهدهای کودک منطقه ۱۳ مراجعه کرده و به تعدادی از والدین که در مهد کودک حضور داشتند یا هنگام پایان ساعت مهد کودک برای بردن کودکان به منزل مراجعه می‌کردند، پرسشنامه‌های پژوهش تحویل داده شد. همچنین به تعداد دیگر از والدین که حضور نداشتند، پرسشنامه‌ها تحویل کودکان داد شد تا به والدینشان تحویل دهند. مسئولین مهد کودک نیز با تماس به والدین، توضیحات لازم را برای تکمیل پرسشنامه ارائه می‌کردند. لازم به ذکر است که ملاحظات اخلاقی در این مطالعه از جمله محرمانه ماندن اطلاعات به دست آمده، محفوظ ماندن نام و نام خانوادگی والدین و کودکان، و ارائه نتایج به والدین در صورت درخواست آنها، کاملاً رعایت شد. در مرحله آخر پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام در SPSS-18 تحلیل شدند.

یافته‌ها

با توجه به این که این هدف از این پژوهش، پیش‌بینی سلامت جسمانی کودکان از روی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری بوده است از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. پیش از ارائه گزارش تحلیل رگرسیون، نتایج بررسی پیش‌فرض‌ها

ارائه شده است. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنف نشان دهنده تخطی این پیش‌فرض بود به این معنا که نمرات متغیر ملاک (سلامت جسمانی) حالت نرمال نداشت ($p < 0/05$). در خصوص معنی دار شدن آماره گالموگروف - اسمیرنف می‌توان چنین عنوان کرد که چون این شاخص، آزمون مبتنی بر تعداد نمونه‌ها است، بنابراین با افزایش تعداد نمونه‌های مورد مطالعه احتمال معنی داری Z محاسبه شده بیشتر خواهد بود، بنابراین می‌توان نرمال بودن توزیع متغیرهای فوق را با توجه به شاخص‌های کجی و کشیدگی نرمال گزارش شده و برخلاف شاخص Z به دست آمده و بر اساس قضیه حد مرکزی توجیه کرد. در قضیه حد مرکزی نشان داده می‌شود که تحت شرایطی، مجموع مقادیر حاصل از متغیرهای مختلف که هر کدام میانگین و پراکندگی متناهی دارند، با افزایش تعداد متغیرها، دارای توزیعی بسیار نزدیک به توزیع طبیعی خواهند بود (۴۷). برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره دوربین - واتسون استفاده شد که مقدار آن برابر با ۱/۰۷ بود و این نتیجه نشان داد که پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است. بررسی شاخص تورم واریانس (بیشتر از ۱۰) و شاخص تحمل (کمتر از ۰/۱) نشان داد که شاخص‌های تورم واریانس و تحمل در هر یک از متغیرهای پیش‌بین در حد مطلوب است و بین متغیرهای پیش‌بین همبستگی‌های بزرگ وجود ندارد و هم خطی جدی مشهود نیست. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

شماره	متغیرها	میانگین	S.D	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱	سلامت جسمانی	۴۲/۸۵	۴/۵۵												
۲	روان‌رنجورخویی	۳۳/۳۹	۵/۵۸	-۰/۰۵											
۳	برون‌گرایی	۳۳/۴۰	۶/۷۶	۰/۲۲**	۰/۲۸**										
۴	گشودگی به تجربه	۳۸/۲۶	۴/۵۸	۰/۳۰**	۰/۱۹**	۰/۲۴**									
۵	توافق‌پذیری	۳۷/۰۰	۴/۸۰	۰/۲۵**	۰/۳۶**	۰/۴۰**	۰/۳۷**								
۶	وظیفه‌شناسی	۴۱/۷۱	۴/۴۱	۰/۵۲**	۰/۱۲*	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۴۷**							
۷	سبک ایمن	۱۹/۴۵	۲/۳۳	۰/۲۲**	-۰/۱۵**	-۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۰۷						
۸	سبک اجتنابی	۲۰/۷۲	۲/۴۰	-۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۱۳*	۰/۲۰**	-۰/۰۱	۰/۱۷**	-۰/۰۸					
۹	سبک دوسوگرا	۱۶/۳۷	۵/۲۹	-۰/۲۲**	۰/۳۲**	۰/۱۶**	-۰/۰۷	۰/۰۱	-۰/۱۶**	-۰/۱۲*	۰/۰۵				
۱۰	سبک سهل‌گیرانه	۲۳/۲۲	۵/۱۶	-۰/۱۴**	۰/۱۵**	۰/۰۴	۰/۱۵**	-۰/۰۶	-۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۰۱	۰/۰۱			
۱۱	سبک استبدادی	۲۲/۹۵	۷/۷۱	-۰/۱۶**	۰/۰۹	-۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۰۷	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۳۲**		
۱۲	سبک مقتدرانه	۳۸/۵۸	۵/۶۷	۰/۴۰**	-۰/۰۸	۰/۲۹**	۰/۳۷**	۰/۰۹	۰/۴۷**	۰/۱۸**	۰/۱۵**	-۰/۲۶	۰/۱۵**	-۰/۱۷**	۱

مقتدرانه ($r=0/40$) با سلامت جسمانی، مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است. همچنین رابطه سبک دوسوگرانه ($r=-0/22$)، سبک سهل‌گیرانه ($r=-0/14$)، و سبک استبدادی ($r=-0/16$) با سلامت جسمانی منفی و در سطح $0/01$ معنادار است.

با توجه به نتایج جدول ۱، بعد شخصیت برونگرایی با سلامت جسمانی در سطح $0/01$ رابطه مثبت معناداری دارد ($r=0/22$). رابطه ابعاد شخصیت گشودگی به تجربه ($r=0/30$)، توافق‌پذیری ($r=0/25$)، و وظیفه‌شناسی ($r=0/52$) نیز با سلامت جسمانی، مثبت و در سطح $0/01$ معنادار است. رابطه سبک دلبستگی ایمن ($r=0/22$) و سبک والدگری

جدول ۲: خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون سلامت جسمانی بر متغیرهای صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی و سبک‌های والدگری

گام	شاخص‌ها/مدل	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجموع مجذورات	F	P	R	R ₂	S.E
۱	رگرسیون باقیمانده	۱۹۷۷/۵۳	۱	۱۹۷۷/۵۳	۱۳۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۰/۲۷	۳/۸۸
۲	رگرسیون باقیمانده	۲۲۱۸/۱۸	۲	۱۱۰۹/۰۹	۷۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۳۰	۳/۷۹
۳	رگرسیون باقیمانده	۲۳۶۷/۸۱	۳	۷۸۹/۲۷	۵۶/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۰/۳۲	۳/۷۴
۴	رگرسیون باقیمانده	۲۴۸۷/۲۹	۴	۶۲۱/۸۲	۴۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۳۴	۳/۷۰
۵	رگرسیون باقیمانده	۲۵۵۴/۸۹	۵	۵۱۰/۹۷	۳۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۳۵	۳/۶۸

گام ۱: وظیفه‌شناسی

گام ۲: وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن

گام ۳: وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، سبک والدگری مقتدرانه

گام ۴: وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، سبک والدگری مقتدرانه، سبک والدگری سهل‌گیرانه

گام ۵: وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، سبک والدگری مقتدرانه، سبک والدگری سهل‌گیرانه، سبک دلبستگی اجتنابی

از نمره سلامت جسمانی کودکان را تبیین می‌کنند. همچنین میزان F مشاهده شده برای کل متغیرهای پژوهش در سطح $0/01$ معنادار است. در جدول ۳ نیز ضرایب رگرسیون استاندارد نشده و استاندارد شده و بررسی معنی‌داری این ضرایب گزارش شده‌اند.

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که در تبیین سلامت جسمانی کودکان از روی وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، سبک والدگری مقتدرانه، سبک والدگری سهل‌گیرانه، و سبک دلبستگی اجتنابی مجموع متغیرهای پیش‌بین $R_2=0/35$ از واریانس متغیر ملاک را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند، یعنی متغیرهای پیش‌بین در مجموع ۳۵ درصد

جدول ۳: ضرایب رگرسیون استاندارد شده و بررسی معنی‌داری این ضرایب

معناداری	T	B	خطای استاندارد b	شاخص‌ها/متغیرها
۰/۰۰۱	۶/۴۰	۱۹/۵۶	۳/۰۵	عرض از مبدأ
۰/۰۰۱	۸/۶۴	۰/۴۴	۰/۰۵	وظیفه‌شناسی
۰/۰۰۱	۳/۱۵	۰/۲۷	۰/۰۸	سبک دلبستگی ایمن
۰/۰۰۱	۳/۸۹	۰/۱۵	۰/۰۴	سبک والدگری مقتدرانه
۰/۰۰۱	-۳/۰۰	-۰/۱۱	-۰/۱۳	سبک والدگری سهل‌گیرانه
۰/۰۰۱	-۲/۲۳	-۰/۱۸	-۰/۰۹	سبک دلبستگی اجتنابی

با توجه به جدول ۳ اثر وظیفه‌شناسی بر سلامت جسمانی ($\beta=0/42$) مثبت و در سطح $0/001$ معنی‌دار است؛ اثر سبک دلبستگی ایمن بر سلامت جسمانی ($\beta=0/14$) مثبت و در سطح $0/001$ معنی‌دار است؛ اثر سبک والدگری مقتدرانه بر سلامت جسمانی ($\beta=0/19$) مثبت و در سطح $0/001$ معنی‌دار است؛ اثر سبک والدگری سهل‌گیرانه بر سلامت جسمانی ($\beta=-0/13$) منفی و در سطح $0/01$ معنی‌دار است؛ و در نهایت اثر سبک دلبستگی اجتنابی بر سلامت جسمانی ($\beta=-0/09$) منفی و در سطح $0/001$ معنی‌دار است. مثبت بودن اثر متغیرهای وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، و سبک دلبستگی مقتدرانه بر سلامت جسمانی نشانگر آن است که هر چه قدر میزان وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن، و سبک دلبستگی مقتدرانه در والدین بالا باشد، میزان سلامت جسمانی کودکان نیز بالا خواهد بود و برعکس. اما منفی بودن اثر سبک والدگری سهل‌گیرانه و سبک دلبستگی اجتنابی نشانگر آن است که هر چه قدر میزان این متغیرها در والدین بالا باشد، میزان سلامت جسمانی کودکان آنها کمتر خواهد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی نقش صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری والدین بر سلامت جسمانی کودکان پرداخته شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که برخی از صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری والدین تأثیر معناداری بر سلامت جسمانی کودکان دارند، به طوری که ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی، سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی، شیوه والدگری مقتدرانه و سهل‌گیرانه والدین قادر به پیش‌بینی سلامت جسمانی کودکان هستند.

تأثیر صفات شخصیتی والدین بر سلامت کودکان در تعدادی از پژوهش‌ها هم‌راستا با نتایج این پژوهش نشان است؛ از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش مگی و همکاران (۵)، کرن و فریدمن (۸)، کلونینگر و زوهار (۹)، اسمیت (۱۰)، و احمدی و همکاران (۱۲) مبنی بر تأثیر صفات شخصیتی والدین بر سلامت جسمانی و روانی کودکان، اشاره کرد. در تبیین نتایج حاضر، می‌توان گفت که بعضی از صفات شخصیتی نقش مهمی در سبب‌شناسی و پیشرفت اختلالات دارند و شخصیت فرد می‌تواند به طور غیرمستقیم و از طریق ایجاد رفتارهای

ناسالم مانند سیگار کشیدن، سوءاستفاده از مواد، بی‌خوابی، و سوءتغذیه، باعث مشکلات جسمانی شود (۵). نتایج تحلیل رگرسیون انجام شده در پژوهش گنزالس-گوتیرز و همکاران (۱۲) نیز نشان داد که شخصیت (خصوصاً از طریق بعد وظیفه‌شناسی)، یکی از همبسته‌های بسیار مهم سلامتی محسوب می‌شود و ارتباط مثبتی نیز بین انعطاف‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی وجود دارد. بررسی‌های طولی درباره افراد نشان می‌دهد آنهایی که در ابعاد وظیفه‌شناسی و برون‌گرایی نمرات بالایی داشتند از افرادی که در این ابعاد نمرات پایین داشتند، سلامتی بیشتری را نشان دادند (۱۴). همسو با این یافته‌ها، هیز و جوزف (۱۳)، در تبیین سلامتی از طریق بعد وظیفه‌شناسی می‌توان چنین عنوان کرد افرادی که در این بعد دارای نمرات بالایی هستند، بیشتر احتمال دارد که در جامعه به طور مؤثر رفتار کنند و به اهداف خود دست یابند. باید توجه داشت که رسیدن به اهداف، به نوبه خود منجر به بالا رفتن سطح سلامتی خواهد شد. از آن جا که مؤلفه‌های بعد وظیفه‌شناسی شامل شایستگی، نظم و ترتیب، فرمان‌برداری، پیشرفت‌طلبی، خودنظم‌دهی، و حسابگری هستند (۵) به نظر می‌رسد بالا بودن این خصوصیات در والدین باعث افزایش سلامت عمومی و جسمانی کودکان آنان می‌شود. همچنین والدین وظیفه‌شناس وقت بیشتری را صرف کودکان خود می‌کنند که این عامل مهمی در افزایش سلامت کودکان است.

دومین یافته پژوهش نشان داد که سبک‌های دلبستگی والدین ارتباط معناداری با سلامت جسمانی کودکان دارد؛ به طوری که سبک دلبستگی ایمن به صورت مثبت و سبک دلبستگی اجتنابی به صورت منفی قادر به پیش‌بینی سلامت جسمانی کودکان بودند. این یافته‌ها هم‌راستا با نتایج پژوهش‌های کوتلر و همکاران (۱۳)، فنی (۱۹)، سیکانوسکی و همکاران (۲۱)، راگو-بادن و همکاران (۲۲)، و صدیقی ارفعی و نجاریان (۲۳) است. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که سبک‌های دلبستگی با تأثیرگذاری بر مسیرهای فیزیولوژیکی و بیولوژیکی می‌توانند بر سلامت جسمانی کودکان تأثیرگذار باشند. علاوه بر این کیفیت دلبستگی پدر و مادر با نشانه‌هایی مانند ارتباطات بین‌فردی، توجه به میزان سلامت کودک، و مشارکت خانواده در فعالیت‌های مراقبتی کودکان، می‌توانند بر سلامت جسمانی کودکان تأثیرگذار باشند (۲۵). همچنین دلبستگی ایمن با نقش واسطه‌ای احساسات، تنظیم

هیجانان، و انعطاف‌پذیری با سلامت جسمانی در ارتباط است؛ در حالی که دلبستگی اجتنابی با احساس ترس و ناتوانی در هماهنگی با موقعیت‌ها رابطه داشته و نتیجه نامطلوب آن به‌طور معناداری از سلامت جسمانی روانی فاصله می‌گیرد. همچنین افرادی که دارای دلبستگی ناایمن دوسوگرا هستند به سرکوب شکست‌ها و ارزیابی نادرست از موقعیت‌ها می‌پردازند که منجر به تجربه تنهایی و احساس غم در آنها می‌شود؛ همچنین دلبستگی ناایمن به نقص در کمیت یا کیفیت روابط اجتماعی در بزرگسالی و کاهش سلامت جسمانی منجر می‌شود (۱۳). همچنین در این راستا پژوهش‌های متعددی بیانگر این مطلب است که سبک دلبستگی والدین در ارتباطات کودک تأثیرگذار است، به‌طوری که در یک رابطه دوعده‌ای از یک سو کودکان دل‌بسته ایمن بر محیط مسلط بودند و تمایل به نزدیکی با اشخاص دیگر و احساس امنیت در نزدیکی و صمیمیت با دیگران را داشتند و در سوی دیگر کودکان ناتوان از مهار محیط و شرایط بودند و در بازی دچار ترس و اضطراب شده و با اجتناب از دیگران واکنش نشان می‌دادند (۲۳).

سومین و آخرین یافته پژوهش بیانگر آن بود که سبک‌های والدگری ارتباط معناداری با سلامت جسمانی کودکان دارند؛ به‌طوری که سبک والدگری مقتدرانه والدین به‌صورت مثبت و سبک والدگری سهل‌گیرانه والدین به‌صورت منفی قادر به پیش‌بینی سلامت جسمانی کودکان بود. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های ریتز و همکاران (۲۷)، آردندو و همکاران (۲۸)، جاگو و همکاران (۳۱)، کاساماسیموف ویلسون و گروس (۳۲)، زهرا، فورد و جدرل (۳۳)، شفیع پور و همکاران (۳۴)، و ترکش دوز و فرخ زاد (۳۵) است که نشان داده‌اند مقتدر بودن والدین باعث کاهش اختلال و ارتقای سلامت جسمانی و روانی می‌شود، ولی مستبد بودن و یا آسان‌گیر بودن آنها مولد اختلال و افزایش نابهنجاری و پریشانی جسمی و روانی است. در تبیین نتایج حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که ظاهراً کودکان در پاسخ به شیوه‌ها و سبک‌های نادرست والدین در ارتباط با یکدیگر، اولین علائم روان‌شناختی را به‌صورت جسمی بیان می‌کنند و به نظر می‌رسد که در مراحل بعد از نوجوانی است که این موضوع می‌تواند صورت‌های تحول‌یافته‌تری یافته و به‌صورت علائم روان‌شناختی نمود یابد. همچنین سبک والدگری مقتدرانه، روشی منطقی است که در آن حقوق والدین و کودکان محترم شمرده می‌شود،

والدین درخواست‌های معقولی از فرزندان خود دارند، و این درخواست‌ها را با تعیین محدودیت‌ها و تأکید بر این که کودک باید از آنها تبعیت کند به اجرا می‌گذارند و در عین حال به فرزندان خود صمیمیت و محبت نیز نشان می‌دهند (۲۹). این ویژگی‌ها، کودکان را در برابر مشکلات رفتاری مصون می‌دارد؛ بدین ترتیب کودکانی که والدینشان از سبک والدگری مقتدرانه استفاده می‌کنند، در مقایسه با سایر کودکان از مشکلات رفتاری کمتری رنج می‌برند و چه‌بسا از تحول روانی، اجتماعی، عملکرد تحصیلی، و مقبولیت اجتماعی بیشتری برخوردار شوند. همچنین با توجه به اینکه مقتدر بودن والدین بیانگر یک رابطه و تعامل مناسب بین والدین و فرزندان و توأم با پذیرش و صمیمیت و در عین حال مهارگری منعطفانه و واقع‌بینانه است ولی مستبد بودن والدین یا آسان‌گیر بودن آنها بیانگر تعامل نامناسب با فرزندان و نادیده گرفتن و فدا کردن یکی از دو عامل پذیرش یا مهارگری است (۳۶)، کسب نتایج به دست آمده در این مطالعه، منطقی به نظر می‌رسد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سبک والدگری سهل‌گیرانه با سلامت جسمانی رابطه معنی‌دار و منفی دارد، به عبارتی سبک والدگری سهل‌گیرانه با افزایش مشکلات جسمانی در کودکان همراه است. در این راستا ویلیامز و همکاران نشان دادند بین سبک سهل‌گیرانه با مشکلات درون‌نمود، ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد؛ به طوری که کودکانی که نمرات بالاتری را در مشکلات رفتاری درون‌نمود کسب کرده بودند، والدین آنها بیشتر از سبک والدگری سهل‌گیرانه در شیوه تربیتی خود سود می‌جستند (۳۷). به نظر می‌رسد سبک والدگری سهل‌گیرانه از سبک‌های تربیتی ناکارآمد است که به‌نوبه خود باعث بروز مشکلات رفتاری و عاطفی مختلفی در کودکان می‌شود. نوع ارتباط والدین با یکدیگر و همچنین چگونگی تعامل آنها با فرزندان نیز می‌تواند در شکل‌گیری شخصیت فرزندان و نوع رفتارهای آنان تأثیر داشته باشد. همچنین رفتار والدین با فرزندان غالباً مطابق الگوی فرهنگی خاصی که در آن جامعه قرار دارند، انجام می‌شود (۳۴).

در مجموع نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر معنادار ویژگی‌های روان‌شناختی والدین (در اینجا صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، و سبک‌های والدگری) بر سلامت جسمانی کودکان است و نشان می‌دهد ابعاد روان‌شناختی والدین تأثیر زیادی بر سلامت کودکان دارند و به

همین دلیل باید بیشتر به آنها پرداخته شود که این پژوهش و نتایج آن گام‌هایی برای این منظور بود. نتیجه این که با توجه به نتایج و تلوینات تربیتی و روان‌شناختی مهمی که از این پژوهش قابل استنباط است، نتایج این پژوهش از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بوده است که در تعمیم‌دهی نتایج باید با احتیاط عمل کرد. مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: به علت مشکلات موجود و شرایط پژوهش، نمونه مورد مطالعه از یک منطقه از شهر تهران انتخاب شده است؛ با توجه به این که از ابزار خود گزارش‌دهی برای سنجش متغیرها استفاده شد ممکن است سوگیری در پاسخ‌های والدین وجود داشته باشد؛ و عدم همکاری مناسب والدین و مسئولین تعدادی از مهدکودک‌ها باعث شده است که از روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی استفاده نشود. با توجه به محدودیت‌های بیان شده و نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های متنوع‌تری از لحاظ جغرافیایی و مکانی بهره‌گیرند و با رفع محدودیت‌های روش‌شناختی این مطالعه به دقت و

تعمیم‌دهی نتایج به دست آمده در این پژوهش بیفزایند. همچنین با توجه به اهمیت و ابعاد روان‌شناختی والدین در سلامت جسمانی کودکان، لازم است در برنامه‌های آموزشی و تربیتی والدین و حتی محتوای آموزشی مدارس به سلامت جسمانی کودکان همسو با سلامت روانی، اهمیت داده شود.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم

نیره السادات روحانی در رشته روان‌شناسی دانشگاه امام خمینی قزوین با کد ۱۶/۱۳۳ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان بهزیستی و آموزش و پرورش تهران با شماره ۶۴/۱۴۲۵۴۲ و تاریخ ۱۳۹۷/۰۷/۱۸ صادر شد. بدین وسیله از مسئولین مهدهای کودک حاضر در پژوهش، والدین محترمی که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند، و همچنین تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. Biddle SJ, Ciaccioni S, Thomas G, Vergeer I. Physical activity and mental health in children and adolescents: An updated review of reviews and an analysis of causality. *Psychology of Sport and Exercise*. 2019; 42:146-55. [\[Link\]](#)
2. Garcia-Pastor T, Salinero JJ, Theirs CI, Ruiz-Vicente D. Obesity Status and Physical Activity Level in Children and Adults with Autism Spectrum Disorders: A Pilot Study. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019; 49(1):165-72. [\[Link\]](#)
3. Holsapple MP, Paustenbach DJ, Charnley G, West LJ, Luster MI, Dietert RR, et al. Symposium summary: children's health risk--what's so special about the developing immune system? *Toxicol Appl Pharmacol*. 2004; 199(1): 61–70. [\[Link\]](#)
4. Andrews KR, Silk KS, Eneli IU. Parents as health promoters: A theory of planned behavior perspective on the prevention of childhood obesity. *J Health Commun*. 2010; 15(1): 95-107. [\[Link\]](#)
5. Magee CA, Heaven PC, Miller LM. Personality change predicts self-reported mental and physical health. *J Pers*. 2013; 81(3): 324-334. [\[Link\]](#)
6. Pilia G, Chen W-M, Scuteri A, Orrú M, Albai G, Dei M, et al. Heritability of cardiovascular and personality traits in 6,148 Sardinians. *PLoS Genet*. 2006; 2(8): e132. [\[Link\]](#)
7. Cervone D, Pervin LA. Personality, binder ready version: theory and research. 13th Edition. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2015. [\[Link\]](#)
8. Kern ML, Friedman HS. Personality and pathways of influence on physical health. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011; 5(1): 76-87. [\[Link\]](#)
9. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. *J Affect Disord*. 2011; 128(1-2): 24-32. [\[Link\]](#)
10. Smith TW. Personality as risk and resilience in physical health. *Curr Dir Psychol Sci*. 2006; 15(5): 227–231. [\[Link\]](#)
11. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 1998; 39(2): 145-159. [\[Link\]](#)
12. González Gutiérrez JL, Jiménez BM, Hernández EG, Puente CP. Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Pers Individ Dif*. 2005; 38(7): 1561–1569. [\[Link\]](#)
13. Hayes N, Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Pers Individ Dif*. 2003; 34(4):723-7. [\[Link\]](#)
14. Ahmadi KH, Nejati V, Abdi MR. Comparison of general health in adolescent boys and girls and its relationship with personality characteristics. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2012; 21(81): 29–36. [Persian]. [\[Link\]](#)
15. Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. *Br J Med Psychol*. 1994; 67(Pt 3): 237–245. [\[Link\]](#)
16. Bowlby J. Loss: sadness and depression, volume 3. Reprint edition. New York: Basic Books; 1982. [\[Link\]](#)
17. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Reprint edition. New York: Basic Books; 1988. [\[Link\]](#)
18. Bowlby J, World Health Organization. Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children. 2nd ed. John Bowlby, World Health Organization; 1952. [\[Link\]](#)
19. Bowlby J, Fry M, Ainsworth MDS, World Health Organization. Child care and the growth of love. Harmondsworth: Penguin Books; 1965. [\[Link\]](#)
20. Mayseless O, Keren E. Finding a meaningful life as a developmental task in emerging adulthood: The domains of love and work across cultures. *Emerg Adulthood*. 2014; 2(1): 63-73. [\[Link\]](#)
21. Feeney JA. Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child Care Health Dev*. 2000; 26(4): 277-288. [\[Link\]](#)
22. Whelan J, Dawar N. Attributions of blame following a product-harm crisis depend on consumers' attachment styles. *Mark Lett*. 2016; 27(2): 285-294. [\[Link\]](#)
23. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003; 104(3): 627–637. [\[Link\]](#)
24. Raque-Bogdan TL, Ericson SK, Jackson J, Martin HM, Bryan NA. Attachment and mental and physical health: self-compassion and mattering as mediators. *J Couns Psychol*. 2011; 58(2): 272–278. [\[Link\]](#)
25. Zarei E, Heydari H, Nodaj MM, Askari M, Mohammadi H. The role of attachment styles in predicting of conduct disorder among students. *Journal of Child Mental Health*. 2015; 1(1): 67–75. [Persian]. [\[Link\]](#)

26. Sedighi Arfaee F, Najarian Z. Predicting Kashan university students' mental stress coping strategies. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016; 3(1): 62-74. [Persian]. [\[Link\]](#)
27. Suzuki H, Tomoda A. Roles of attachment and self-esteem: impact of early life stress on depressive symptoms among Japanese institutionalized children. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 8. [\[Link\]](#)
28. Zhao W, Young RE, Breslow L, Michel NM, Flett GL, Goldberg JO. Attachment style, relationship factors, and mental health stigma among adolescents. *Can J Behav Sci*. 2015; 47(4): 263-271. [\[Link\]](#)
29. Levy-Wasser N, Katz S. The relationship between attachment style, birth order, and adjustment in children who grow up with a sibling with mental retardation. *The British Journal of Development Disabilities*. 2004; 50(99): 89-98. [\[Link\]](#)
30. Reitz E, Deković M, Meijer AM. Relations between parenting and externalizing and internalizing problem behaviour in early adolescence: child behavior as moderator and predictor. *J Adolesc*. 2006; 29(3): 419-436. [\[Link\]](#)
31. Arredondo EM, Elder JP, Ayala GX, Campbell N, Baquero B, Duerksen S. Is parenting style related to children's healthy eating and physical activity in Latino families? *Health Educ Res*. 2006; 21(6): 862-871. [\[Link\]](#)
32. Spera C. A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educ Psychol Rev*. 2005; 17(2): 125-146. [\[Link\]](#)
33. Shek DTL. Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: A pioneer study in a Chinese context. *J Genet Psychol*. 1997; 158(1): 113-128. [\[Link\]](#)
34. Shafipour SZ, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2015; 25(2): 49-56. [Persian]. [\[Link\]](#)
35. Tarkeshdooz S, Farokhzad P. The relationship between children behavioral disorders with parenting styles and attachment styles. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2017; 4(2): 118-126. [Persian]. [\[Link\]](#)
36. Webster-Stratton C, Herman KC. The impact of parent behavior-management training on child depressive symptoms. *J Couns Psychol*. 2008; 55(4): 473-484. [\[Link\]](#)
37. Williams KE, Ciarrochi J, Heaven PCL. Inflexible parents, inflexible kids: a 6-year longitudinal study of parenting style and the development of psychological flexibility in adolescents. *J Youth Adolesc*. 2012; 41(8): 1053-1066. [\[Link\]](#)
38. Jago R, Davison KK, Brockman R, Page AS, Thompson JL, Fox KR. Parenting styles, parenting practices, and physical activity in 10- to 11-year olds. *Prev Med*. 2011; 52(1): 44-47. [\[Link\]](#)
39. Casamassimo PS, Wilson S, Gross L. Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American board of pediatric dentistry presented to the college of Diplomates of the American board of pediatric dentistry 16th annual session, Atlanta, Ga, Saturday, May 26, 2001. *Pediatr Dent*. 2002; 24(1): 18-22. [\[Link\]](#)
40. Zahra J, Ford T, Jodrell D. Cross-sectional survey of daily junk food consumption, irregular eating, mental and physical health and parenting style of British secondary school children. *Child Care Health Dev*. 2014; 40(4): 481-491. [\[Link\]](#)
41. Buri JR. Parental authority questionnaire. *J Pers Assess*. 1991; 57(1): 110-119. [\[Link\]](#)
42. Farahini N, Afrooz GA, Rasoolzadeh TK. The relationship between parenting styles, shyness and creativity in the gifted. *Journal of School Psychology*. 2014; 2(6-24/4): 137-153. [Persian]. [\[Link\]](#)
43. Arefi M, Navabinezhad S, Sanai B. Investigation of the relationship between attachment styles and friendship quality. *Counseling Research and Development*. 2006; 5(18): 9-31. [Persian]. [\[Link\]](#)
44. Moayedfar H, Agha Mohammadian H, Tabatabaei SM. Relationship attachment styles and social self-esteem. *Journal of Psychological Studies*. 2007; 3(1): 61-72. [Persian]. [\[Link\]](#)
45. McCrae RR, Costa PT. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*. 1997; 52(5): 509-516. [\[Link\]](#)
46. Anisi J. Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 5(4): 351-355. [Persian]. [\[Link\]](#)
47. MesrAbadi J. The use of inferential statistics in the behavioral sciences. Tabriz: Shahid Madani University of Azerbaijan; 2016, p: 278. [Persian]. [\[Link\]](#)