

بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی مادران در اضطراب و افسردگی دختران دوره ابتدایی

خدیجه ابوالمعالی الحسینی^۱

فاطمه محمدی تبار کاسگری^۲

پذیرش نهایی: ۱۳۹۶/۰۲/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۳۰

چکیده

هدف این پژوهش پیش‌بینی اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روان‌شناختی مادران آنها بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پایه ششم دوره ابتدایی شهرستان بابل بود که در آن ۲۴۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند. دانش‌آموزان دو پرسشنامه افسردگی کودکان کواکس و مقیاس بازنگری شده اضطراب آشکار کودکان رینولدز و ریچموند را تکمیل کردند. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نیز توسط مادران آنان تکمیل شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از رگرسیون چندگانه با رویکرد سلسله مراتبی استفاده شد. نتایج نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی مادران می‌تواند به صورت منفی و معنادار افسردگی و اضطراب فرزندان را پیش‌بینی کند. همچنین از بین صفات شخصیتی مادر، روان‌رنجورخویی به صورت مثبت توانست افسردگی و اضطراب فرزندان را پیش‌بینی کند و گشودگی در برابر تجربه و برونگرایی نیز توانست افسردگی را به صورت منفی پیش‌بینی کند. نتایج نشان داد که صفات شخصیتی مادران و بهزیستی روان‌شناختی آنان در پیش‌بینی افسردگی و اضطراب دختران آنان نقش تعیین‌کننده‌ای دارد.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب، مادران، دختران.

۱ - نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

abolmaali@riau.ac.ir

۲ - دانش‌آموخته کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علوم و تحقیقات واحد تهران

fatemeh.mohammadtabar@yahoo.com

مقدمه

اختلالات درون‌نمود^۱ به طور فزاینده‌ای به عنوان مشکل جدی سلامت کودکان و نوجوانان در سالهای مدرسه به رسمیت شناخته شده است (الوتابی، ۲۰۱۵؛ پناهون، کرن، دیواتیا و گرشم^۲، ۲۰۰۷). اضطراب و افسردگی دو اختلال درون‌نمود است که اغلب با یکدیگر رخ می‌دهد و ابتلا به یکی، خطر ابتلا به دیگری را طی زمان افزایش می‌دهد (گاربر و ویرسینگ^۳، ۲۰۱۰). با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب در دوران کودکی و نوجوانی، وضعیت سلامت روان افراد را در سالهای بعدی زندگی پیش‌بینی کند، ضرورت شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی و اضطراب توجه متخصصان را جلب کرده است به گونه‌ای که همواره این سؤال مطرح می‌شود که عوامل مؤثر بر افزایش احتمال ابتلای کودکان و نوجوانان به افسردگی و اضطراب چیست؟

پژوهشگران ترکیبی از عوامل محیطی و زیستی را در ایجاد اختلالات اضطرابی و افسردگی در کودکان و نوجوانان مؤثر می‌دانند (الوتابی^۴، ۲۰۱۵، کش^۵، ۲۰۰۴). در این میان به نظر می‌رسد که نقش مهم خانواده بویژه مادر در سلامت روان فرزندان از اهمیت خاصی برخوردار است. ویژگیهای شخصیتی و بهزیستی مادران می‌تواند بر کیفیت رابطه آنان با فرزندشان اثر بگذارد. محمد اسماعیل و موسوی (۱۳۸۲) نشان دادند که بین نبود سلامت روانی مادران و ابتلای کودکان به اختلال افسردگی، اختلال اضطرابی، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و وسواس فکری - عملی رابطه معناداری وجود دارد.

افسردگی یکی از شایعترین مشکلات سلامت روان در کودکان و نوجوانان است که اغلب براحتی تشخیص داده نمی‌شود و ممکن است با ضعف انگیزه اشتباه گرفته شود (هیلت - پناهون و همکاران، ۲۰۰۷ و هیوبری^۶، ۲۰۰۸). تشخیص نشانگان افسردگی در کودکان مشکل است چون ممکن است نشانگان آن در کودکان، مشابه بزرگسالان نباشد. شکست در تشخیص و درمان افسردگی در کودکان می‌تواند توالیهای جدی داشته باشد (بیستریسکی و همکاران^۷، ۲۰۱۳). در اغلب موارد افسردگی متوسط توجه بزرگسالان را جلب نمی‌کند. وقتی اولیای مدرسه بدانند که

-
- 1 - Internalizing disorders
 - 2 - Hilt-Panahon, A., Kern, L., Divatia, A., Gresham, F.
 - 3 - Garber, Judy; Weersing, V. Robin
 - 4 - Alotaibi, T
 - 5 - Cash, R. E
 - 6 - Huberty, T. J.
 - 7 - Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, & Schiffman, J

چگونه افسردگی را بشناسند و در آن مداخله کنند، فرصتهایی را برای حمایت مؤثر ارائه می کنند (هیلت - پناهون و همکاران، ۲۰۰۷). نکته مهم این است که کودکان و نوجوان در صورت داشتن مشکلات سلامت روان، خودشان برای دریافت کمکهای تخصصی به مراکز خاص مراجعه نمی کنند و به کمک نیاز دارند (هیوبری، ۲۰۰۸).

اختلال افسردگی اساسی، دوره های جدای حداقل دو هفته ای دارد که در این مدت، خلق افسرده یا نبودن علاقه و لذت تقریباً در تمام فعالیتها وجود دارد. در کودکان و نوجوانان، خلق به جای غمگین ممکن است تحریک پذیر باشد (انجمن روانپزشکی امریکا، سید محمدی، ۱۳۹۳: ۲۳۷). اختلالات افسردگی در همه رده های سنی کودکان بروز می کنند؛ اما با افزایش سن کودکان شیوع آنها افزایش می یابد. ویژگیهای اصلی اختلال افسردگی اساسی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان شباهتهای قاطعی به هم دارد؛ هرچند عوامل رشدی بر نمای بالینی آن تأثیر می گذارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ رضاعی، ۱۳۹۱: ۵۲۶). پژوهشگران به نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی رایج افسردگی در کودکان و نوجوانان اشاره کرده اند.

نشانه های شناختی افسردگی در کودکان و نوجوانان، شامل تفکر همه یا هیچ، فاجعه پنداری، مشکلات حافظه و توجه و تمرکز، منبع کنترل درونی، نگاه منفی به خود، دنیا و آینده، افکار خودکار، سبکهای اسنادی بدبینانه، احساس درماندگی و ناامیدی، عزت نفس ضعیف، مشکلاتی در تصمیم گیری، احساس از دست دادن کنترل، و افکار خودکشی و غیره می شود (هیلت - پناهون و همکاران، ۲۰۰۷؛ هیوبرتی، ۲۰۰۸). نشانه های شامل خلق افسرده، کناره گیری اجتماعی، مشارکت نکردن در فعالیتهای معمولی، کوشش کم، کاهش مراقبت از خود یا بی توجهی به ظاهر، کاهش عملکرد مدرسه ای، فاصله گرفتن از دیگران، گریه کردن بدون هیچ دلیلی، تحریک پذیری، بی اعتنایی، و کوشش برای خودکشی می شود (هیوبرتی، ۲۰۰۸ و ۲۰۰۴). نشانه های جسمی مواردی همچون کندی روانی - حرکتی و مشکلات حرکتی شامل مهارتهای انطباقی و فعالیتهای درشت ضعیف (بویژه در دوره پیش از دبستان)، شکایات جسمانی، کم اشتها یا پراشتهایی، بی خوابی و یا پر خوابی و انرژی کم، خستگی و نبودن علاقه به فعالیتهایی را که قبلاً برای آنان لذتبخش بوده است شامل می شود (هیوبرتی، ۲۰۰۴). کودکان و نوجوانانی که افسردگی آنان درمان نمی شود، ممکن است مشکلات جدی سلامت را نشان دهند و اغلب شکست تحصیلی را تجربه، و به فعالیتهای بزهکارانه، سوء مصرف مواد و حتی خودکشی اقدام می کنند ((هیلت - پناهون و همکاران، ۲۰۰۷؛ هیوبرتی، ۲۰۰۸؛ کش، ۲۰۰۴). همان گونه که گفته شد، اضطراب و

افسردگی اغلب با هم رخ می دهد (گاربر و ویرسینگ^۱، ۲۰۱۰).

اغلب، شناسایی و درمان اختلالات اضطرابی تا دوران بزرگسالی به تعویق می افتد. اضطراب به عنوان حالت ذهنی ترس، پریشانی یا نگرانی شناسایی می شود که ممکن است هم حسهای بدنی (برای مثال سردرد یا حالت تهوع) و هم نشانگان هیجانی مانند عصبی بودن را شامل شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰). با وجودی که کودکانی که سطح اضطراب متوسط دارند، گاهی با مقاومت و کار سخت، اضطرابشان را جبران می کنند، اغلب اضطراب به کاهش عملکرد تحصیلی آنان منجر می شود (کش، ۲۰۰۴). اضطراب به طور خاص تحت عنوان «دلهره یا ترس بیش از حد در موقعیت واقعی یا فرضی»^۳ شناخته می شود که با ویژگی نگران بودن یا نگرانی افراطی درباره موقعیت های دارای بازده نامعین همراه است (هیوبرتی، ۲۰۰۴: ۵). اضطراب به معنای پیش بینی تهدید آینده است و بیشتر با تنشهای عضلانی و گوش به زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳: ۲۷۷). اضطراب ممکن است دامنه ای از اختلالات مانند اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب تعمیم یافته و یا اختلال آسیب پس از سانحه را در بر گیرد (کش، ۲۰۰۴). در حدود ۸-۱۲ درصد کودکان و ۵-۱۰ درصد نوجوانان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی در حدی روبه رو هستند که روند زندگی عادی و عملکرد روزانه آنها را مختل سازد (موسوی و همکاران، ۱۳۸۷)؛ این در حالی است که دخترها بیشتر از پسرها به اختلالهای اضطرابی دچار می شوند (کنولی و برنشتاین، ۲۰۰۷ به نقل از روحی، ۱۳۹۳).

کودکان دارای اضطراب ممکن است خجالتی باشند و کناره گیری کنند و یا تکانشی و بیقرار باشند. آنها ممکن است سؤالهای خیلی زیادی پرسند و تند صحبت، و تضمین و تحسین تکراری را جستجو کنند. کودکان مضطرب هم چنین ممکن است نسب به اشتباهات جزئی یا حوادث کلاس درس واکنش زیاد از اندازه نشان دهند. این کودکان اغلب در تکمیل تکالیف مدرسه ای بویژه تکالیفی که به تمرکز و سازماندهی نیاز دارند دچار مشکل می شوند و ممکن است فراموشکار و بی توجه به نظر برسند و راهبردهای حل مسئله خشکی را به کار می برند. ترس قابل توجهی که این کودکان از شکست دارند، ممکن است به تحریک پذیری آنان، سعی در کامل و

1 - Garber, J; Weersing, V. R

2 - Association, American Psychiatric

3 - "apprehension or excessive fear about real or imagined circumstances"

بی‌عیب و نقص بودن و پرهیز از موقعیت‌های ترس‌آور در کلاس درس منجر شود (کندی^۱، ۲۰۱۲). به‌علاوه تاخیر، غیبت از مدرسه و کمال‌گرایی از ویژگی‌های مشترک افراد دارای سطح اضطراب زیاد است. این ویژگی‌ها به نقص در تکالیف، شکست در آزمون و افت تحصیلی جدی منجر می‌شود. شیوع ترک تحصیل در دانش‌آموزان با سطح بالای اضطراب دیده می‌شود. گاهی اوقات نوجوانانی که اضطراب آنان درمان نشده است، ممکن است به سوء مصرف مواد روی آورند (کش، ۲۰۰۴).

همان‌گونه که بیان شد، مادر در سلامت روان کودک نقش مهمی ایفا می‌کند. پژوهشگران نشان داده‌اند که روابط مثبت مادر - کودک نشانه‌های اختلالات روانی را در کودکان به طور منفی پیش‌بینی می‌کند در حالی که تعارض مادر - کودک نشانگان اضطرابی را به طور مثبت پیش‌بینی می‌کند (خداپناهی و همکاران، ۱۳۹۱). خانجانی و هداوندخانی (۱۳۹۲) دریافته‌اند که سایکوزگرایی به دلیل ایجاد اضطراب و افسردگی در مادر می‌تواند به پدیدایی اختلالات درون‌نمود در فرزندان منجر گردد. فرزندانی که مادران آنها نمره زیادی در سایکوزگرایی می‌گیرند به دلیل افزایش احتمال اضطراب و افسردگی مادر در معرض ابتلا به اختلالات درون‌نمود قرار دارند. بیرو همکاران^۲ (۲۰۰۶) دریافته‌اند که پدر و مادری که حمایت بیش از حد از کودک دارند و یا تعامل کمی با فرزندان خود برقرار می‌کنند و هم‌چنین پدر و مادر مضطرب و افسرده، اختلالات درون‌نمود را در کودکان پیش‌بینی می‌کنند. هم‌چنین تنش و اضطراب والدین، روشهای والدگری مسئله‌ساز را پیش‌بینی می‌کند (بیرو و همکاران، ۲۰۰۶) و می‌تواند به اختلال اضطرابی در فرزندان منجر شود (محمد اسماعیل و موسوی، ۱۳۸۲). در کل، عدم سلامت روانی مادران با اضطراب و افسردگی فرزندان رابطه معنادار دارد (شیرازی، رضوانی، حقیقی و فرزام فر، ۱۳۹۲).

مادرانی که از بهزیستی روانشناختی خوبی برخوردار باشند، می‌توانند تعامل مثبتی با فرزندان خود برقرار کنند. بهزیستی روانشناختی تحت عنوان واکنشهای عاطفی به ادراک ویژگیهای شخصی مناسب و موفقیت‌ها، تعامل مناسب با دنیا و انسجام اجتماعی و پیشرفت مثبت در طی زمان تلقی می‌شود (کارداماس^۳، ۲۰۰۷). بهزیستی روانشناختی مثبت، کارکرد روانشناختی مثبت دارد و تحت عنوان واکنشهای عاطفی به ادراک ویژگیها و موفقیت‌های شخصی کارآمد، تعامل مناسب با دنیا و انسجام اجتماعی و پیشرفت مثبت در طی زمان شناخته می‌شود. بهزیستی منفی دربرگیرنده

پاسخ عاطفی و شناختی منفی به نقایص ادراک شده در این حوزه‌ها است. بهزیستی مثبت رضایت از زندگی و انرژی و خلق مثبت را در بر می‌گیرد (آرگایل و کراسلند^۱، ۱۹۸۷؛ دینر^۲، ۲۰۰۰) در حالی که بهزیستی منفی شامل عناصری مانند پریشانی و خلق منفی و نشانگان برانگیختگی افراطی می‌شود (دینر، ۲۰۰۰). ریزنیک و همکاران^۳ (۲۰۱۳) دریافته‌اند که نشانگان افسردگی والدین با نشانگان اختلالات درون‌نمود و برون‌نمود ارتباط دارد و والدگری مخرب نیز با نشانگان افسردگی فرزندان مرتبط است. یوردوسن، ارول و جنکوز^۴ (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه رسیدند که اضطراب والدگری با مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود کودکان پیش‌دبستانی ارتباط دارد و هم‌چنین نگرش طردکننده مادران با مشکلات رفتاری و هیجانی فرزندان ارتباط نزدیکی دارد.

ویژگیهای شخصیتی مادران و مشکلات روانشناختی آنان و نوع ارتباطی که با فرزند خود برقرار می‌کنند (که در قالب شیوه فرزندپروری نشان داده می‌شود)، سهم قابل توجهی در ابتلای فرزندان به اختلالهای درون‌نمود و برون‌نمود دارد (خانجانی و هداوندخانی، ۱۳۹۲). پنج عامل بزرگ شخصیت، شامل باز بودن نسبت به تجربه، وظیفه‌شناسی، برونگرایی، سازگاری و روان‌رنجوری تحت عنوان الگوی پنج‌عاملی شناخته می‌شود (گلدبرگ^۵، ۱۹۹۳؛ مک کری و کاستا^۶، ۲۰۰۴؛ متیوس، دری و وایتمن^۷، ۲۰۰۳). ون‌اکن و همکاران^۸ (۲۰۰۷) دریافته‌اند که ثبات هیجانی تنها ویژگی شخصیتی والدین است که با اختلالات رفتاری برون‌نمود رابطه دارد (۲۰۰۷). جعفری و همکاران (۱۳۹۳) دریافته‌اند هر چه شخصیت مادران به سمت برونگرایی، موافق بودن و وظیفه‌شناسی پیش می‌رود، اضطراب دختران کاهش می‌یابد و هر چه شخصیت مادران به سمت روان‌رنجوری پیش می‌رود، احساس تنهایی در دختران افزایش می‌یابد در حالی که بین برونگرایی، سازگاری و وظیفه‌شناسی با احساس تنهایی رابطه منفی وجود داشت. هم‌چنین خانجانی و هداوندخانی (۱۳۹۲) دریافته‌اند که اختلالهای روانی مادر بر رابطه صفات شخصیتی مادر و اختلالهای رفتاری فرزندان نقش میانجی ایفا می‌کند.

با توجه به اهمیت بهزیستی روانشناختی و ویژگیهای شخصیتی مادران در سلامت روانی

-
- 1 - Argyle, M; Crossland, J
 - 2 - Diener, Ed
 - 3 - Reising, M. M et al
 - 4 - Yurdusen, S; Erol, N; Gencoz, T
 - 5 - Goldberg, L. R
 - 6 - McCrae, R. R.; Costa, P.T
 - 7 - Matthews, G; Deary, I. J.; Whiteman, M. C.
 - 8 - Van Aken et al.

فرزندان، ضرورت مطالعه سهم هر یک از ویژگی‌های روانشناختی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و اضطراب فرزندان نمایان می‌شود. از این رو سؤال اساسی پژوهش این است که هر یک از ویژگی‌های شخصیتی و بهزیستی روانشناختی مادران در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دبستانی چه سهمی دارد.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش توصیفی - همبستگی و جامعه آماری دربرگیرنده دانش‌آموزان پایه ششم دوره ابتدایی شهرستان بابل در سال تحصیلی ۹۳ - ۹۴ بود. برای انتخاب نمونه از روش تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد به گونه‌ای که ابتدا شهرستان بابل به پنج حوزه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم، و سپس از هر حوزه دو دبستان دخترانه و از هر دبستان یک پایه ششم دخترانه به طور تصادفی انتخاب شد و سپس تمام دانش‌آموزان هر کلاس مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به تعداد سطوح متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بر اساس روش کرامر به ازای هر سطح متغیر پیش‌بینی‌کننده ۴۰ دانش‌آموز و در مجموع ۲۴۰ شرکت‌کننده مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس بازنگری شده اضطراب آشکار کودکان رینولدز و ریچموند^۱، مقیاس افسردگی کودکان ماریا کواکس (برای دانش‌آموزان دبستانی) و از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف و فرم کوتاه (۶۰ سؤالی) پرسشنامه شخصیتی پنج عاملی نیز (برای مادران) استفاده شد.

مقیاس بازنگری شده اضطراب آشکار کودکان رینولدز و ریچموند: مقیاس اضطراب آشکار کودکان، یک مقیاس خودگزارشی ۳۷ گویه‌ای است که توسط رینولدز و ریچموند در سال ۱۹۷۸ طراحی شده است. مطالعات تحلیل عاملی در بررسی روایی سازه این پرسشنامه بر وجود ساختار سه عاملی برای اضطراب کودکان تأکید می‌کند (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱). سطح خواندن سؤالیهای این مقیاس برای کودکان ۸ تا ۱۶ سال تنظیم شده است (تقوی و علیشاهی، ۱۳۸۲). این مقیاس نشانه‌های جسمانی، نگرانی و اضطراب اجتماعی را ارزیابی می‌کند. پاسخدهی به این سؤالیها به صورت بلی/ خیر است و به هر گویه، نمره صفر یا یک تعلق می‌گیرد. همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۸ درصد تا ۰/۸۹ گزارش شده است (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش ۰/۸۵۴ به دست آمده است.

مقیاس افسردگی کودکان (کواکس): مقیاس افسردگی کودکان، یک مقیاس خودسنجی ۲۷

سؤالی است که برای سنجش نشانه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله توسط کواکس در سال ۱۹۷۷ طراحی شده است. هر سؤال شامل سه جمله است که شرکت‌کننده یکی از سه جمله را انتخاب می‌کند که بیانگر احساسات، افکار و رفتار او طی دو هفته گذشته است. سؤالها از صفر تا دو نمره گذاری می‌شود. نمره صفر نشاندهنده نبود نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره دو بیانگر وجود نشانه آشکار است، دامنه نمره‌ها بین صفر تا ۵۴ است. نمره‌های زیادتر نشاندهنده افسردگی بیشتر است (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱). در بررسی روایی این مقیاس، استوار و رضویه (۱۳۹۲) همبستگی آن را با مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان ۰/۳۵ گزارش کردند که نشانگر روایی ملاکی آن است؛ به علاوه، آنان پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۰/۹۱ و همسانی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷۲ گزارش کردند.

فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی: فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف^۱ ۱۸ گویه دارد و نمره گذاری این مقیاس در یک طیف ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» صورت می‌گیرد. این پرسشنامه ۶ بعد بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی و استقلال را می‌سنجد که آلفای کرونباخ این ابعاد به ترتیب معادل ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل آزمون ۰/۷۱ گزارش، و به علاوه تحلیل عاملی تأییدی برازش خوب الگوی شش عاملی را با داده‌های گردآوری شده نشان داده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در بررسی روایی ملاکی این مقیاس، همبستگی معنادار آن با مقیاسهای تعادل عاطفی برادبورن^۲، رضایت زندگی نیوگارتن، حرمت خود روزنبرگ و منبع کنترل لونسون و افسردگی زونگ^۳ گزارش شده است (ریف و کیز، ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش ۰/۷۲۶ به دست آمده است.

پرسشنامه شخصیت NEO-FFI^۴: این پرسشنامه ۶۰ گویه دارد و به منظور اندازه‌گیری پنج عامل یا حیطه اصلی روان‌رنجوری، برونگرایی، سازگاری، باز بودن نسبت به تجربه و با وجدان بودن طراحی شده است. هر عامل با ۱۲ سؤال سنجیده می‌شود. سؤالها به صورت پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) نمره‌گذاری می‌شود. برخی پرسشها به صورت معکوس

1 - Ryff, C.D
2 - Bradbvrn
3 - Zvng
4 - NEO Five-Factor Inventory

نمره گذاری می شود. خرمایی و فرمانی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ مؤلفه های این پرسشنامه را در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده اند؛ به علاوه آنان نشان دادند که نتایج تحلیل عاملی پنج عامل بزرگ شخصیت را نشان می دهد. مک کری و جان (۱۹۹۲) نشان دادند که همبستگی پنج زیر مقیاس فرم کوتاه با فرم بلند در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش در روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه، سازگاری و وظیفه شناسی به ترتیب معادل ۰/۶۴۵، ۰/۷۰۴، ۰/۴۹۸، ۰/۵۸۲، و ۰/۷۰۳ به دست آمده است.

یافته ها

در مجموع داده های مربوط به ۱۹۸ مادر و کودک در این پژوهش تحلیل شد. ۱۷ نفر از مادران (۸/۸ درصد) در پژوهش کمتر از ۳۰ سال، ۶۴ نفر از آنان (۳۲/۳ درصد) بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۵۹ نفر (۲۹/۸ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۴۳ نفر (۲۱/۷ درصد) بیش از ۴۱ سال داشتند. گفتنی است که ۱۵ نفر از شرکت کنندگان سن خود را معین نکردند. از ۱۹۸ شرکت کننده در پژوهش، میزان تحصیلات ۳۸ نفر (۱۹/۲ درصد) پایین تر از دیپلم، ۸۶ نفر (۳۴/۴ درصد) دیپلم، ۲۰ نفر (۱۰/۱) کاردانی و ۴۹ نفر (۲۴/۷ درصد) کارشناسی و بالاتر بود و ۵ نفر میزان تحصیلات خود را تعیین نکرده بودند. یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش (شامل ابعاد شخصیت و بهزیستی روانشناختی مادران و اضطراب و افسردگی فرزندان آنان) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس (VIF)
روان رنجورخویی	۲۰/۲۲	۶/۴۴	۰/۲۸۶	-۰/۱۶۱	۰/۶۵۶	۱/۵۲۴
برونگرایی	۲۹/۲۰	۶/۳۲	-۰/۱۲۷	-۰/۲۵۸	۰/۶۸۸	۱/۴۵۴
گشودگی در برابر تجربه	۲۹/۳۶	۶/۰۷	-۰/۲۶۴	-۰/۲۰۱	۰/۸۰۲	۱/۲۴۷
توافق	۳۱/۰۰	۴/۶۵	-۰/۱۰۰	۰/۴۷۴	۰/۷۰۴	۱/۲۴۷
وظیفه شناسی	۳۷/۶۰	۵/۴۷	-۰/۳۲۴	-۰/۴۰۳	۰/۳۱۵	۱/۴۲۰
بهزیستی روانشناختی	۷۷/۰۷	۱۰/۱۳	۰/۹۷۳	۱/۱۰۵	۰/۶۶۰	۱/۵۱۶
اضطراب	۱۲/۵۷	۵/۶۳	۰/۶۰۹	-۰/۰۳۷	متغیر ملاک	
افسردگی	۲۸/۰۲	۷/۴۶	۰/۲۰۰	-۰/۸۹۹	متغیر ملاک	

با توجه به جدول ۱ ارزشهای کشیدگی و چولگی هیچ یک از ابعاد متغیرهای پژوهش، خارج

از محدوده ± 2 نیست و این نتایج از عادی بودن توزیع داده‌ها برای هر یک از متغیرهای پژوهش حکایت دارد. هم‌چنین مقادیر ضریب تحمل متغیرهای مورد مطالعه در تمامی موارد از یک کمتر است و مقادیر عامل تورم واریانس (VIF) هیچ یک از متغیرهای پیش‌بین از ده بیشتر نیست. براساس دیدگاه مایر، گامست و گوارینو (۱۳۹۱)، ترجمه شریفی و همکاران) ضریب تحمل یک یا کمتر نشان‌دهنده این است که بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی چندگانه وجود ندارد و عامل تورم واریانس کمتر از ده نیز نشان‌دهنده نداشتن هم‌خطی چندگانه است. به منظور آزمون استقلال خطاها بین متغیرهای پیش‌بین، ارزش شاخص دورین واتسون مورد بررسی قرار گرفت. ارزش این شاخص $0/520$ بود. اگرچه SPSS ملاک تعیین معناداری و عدم معناداری شاخص دورین واتسون را ندارد؛ با وجود این فایلد (۲۰۰۶) اعتقاد دارد که ارزش بیش از دو نشان‌دهنده عدم استقلال خطاهاست. براین اساس با توجه به ارزش شاخص دورین واتسون محاسبه شده، می‌توان گفت فرض استقلال خطاها نیز بین داده‌های پژوهش برقرار است. پس از حذف مقادیر پرت، شکل توزیع داده‌ها عادی شد و داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین ابعاد شخصیت و بهزیستی روانشناختی مادر و اضطراب و افسردگی فرزندان را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
							-	۱ - روان رنجورخویی
						-	$-0/377^{**}$	۲ - برونگرایی
					-	$0/374^{**}$	$-0/191^{**}$	۳ - گشودگی در برابر تجربه
				-	$0/240^{**}$	$0/313^{**}$	$-0/435^{**}$	۴ - توافق
			-	$0/448^{**}$	$0/306^{**}$	$0/357^{**}$	$-0/385^{**}$	۵ - وظیفه شناسی
		-	$0/376^{**}$	$0/259^{**}$	$0/324^{**}$	$0/452^{**}$	$-0/460^{**}$	۶ - بهزیستی روانشناختی
	-	$-0/498^{**}$	$-0/244^{**}$	$-0/220^{**}$	$-0/390^{**}$	$-0/466^{**}$	$0/437^{**}$	۷ - اضطراب
-	$0/656^{**}$	$-0/423^{**}$	$-0/287^{**}$	$-0/262^{**}$	$-0/262^{**}$	$-0/381^{**}$	$0/464^{**}$	۸ - افسردگی

$^{**}P < 0/01$

براساس جدول صفت روان رنجورخویی مادر با اضطراب و افسردگی فرزند به صورت مثبت همبسته است و چهار صفت دیگر شخصیت مادر (برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه، توافق و

وظیفه شناسی) با اضطراب و افسردگی فرزندان به صورت منفی همبسته است. هم‌چنین بهزیستی روانشناختی مادر هم با اضطراب و هم با افسردگی فرزندان به صورت منفی همبسته است.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش رگرسیون چندگانه به روش سلسله مراتبی استفاده شد؛ بدین صورت که بهزیستی روانشناختی مادر در مرحله اول، و صفات شخصیتی مادران (روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی) در مرحله دوم به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد تحلیل شد.

فرضیه اول: بهزیستی روانشناختی و صفات شخصیتی مادران (روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی) افسردگی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند. برای بررسی این فرضیه ابتدا خلاصه الگو و یافته‌های آزمون ANOVA و جدول ضرایب گزارش شده است.

جدول ۳: خلاصه الگو به منظور پیش‌بینی افسردگی کودکان بر اساس بهزیستی روانشناختی و ویژگی‌های شخصیتی مادران

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای معیار برآورد	ΔR ²	F	سطح معناداری
۱ - بهزیستی روانشناختی مادران	۰/۴۲۵	۰/۱۸۱	۰/۱۷۶	۶/۲۹	۰/۱۸۱	۴۱/۴۶	۰/۰۰۰۱
۲ - ویژگی‌های شخصیتی مادران	۰/۵۹۱	۰/۳۴۹	۰/۳۲۷	۵/۶۸	۰/۱۶۸	۹/۴۴۳	۰/۰۰۰۱

مطابق جدول ۳ یافته‌های تحلیل داده‌ها به روش سلسله مراتبی نشان داد که بهزیستی روانشناختی مادران (که در مرحله اول وارد معادله شد) به صورت معناداری افسردگی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند ($F(1, 188) = 41/46, p < 0/01$). بررسی مجذور همبستگی چندگانه به دست آمده، نشان داد که ارزش ضریب همبستگی‌های چندگانه (R^2) برابر با ۰/۱۸۱ است که نشان می‌دهد بهزیستی روانشناختی مادران تقریباً ۱۸ درصد از واریانس افسردگی فرزندان را تبیین کرده است. با ورود ابعاد شخصیت مادران به معادله پیش‌بینی افسردگی فرزندان در مرحله دوم، ارزش R^2 به ۰/۳۴۹ رسید. این یافته بدان معناست که ورود ابعاد شخصیت مادر به معادله پیش‌بینی

افسردگی فرزندان باعث شده است تقریباً ۳۵ درصد از واریانس آن تبیین شود. ارزش تغییرات $R^2 (\Delta R^2)$ برابر با ۰/۱۶۸ بود. این یافته بدان معناست که با ورود ابعاد شخصیت مادر در معادله پیش بینی و با کنترل اثر بهزیستی روانشناختی، مقدار واریانس تبیین شده افسردگی فرزندان تقریباً ۱۷ درصد افزایش یافته که به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($p < ۰/۰۱$)، $F(۶, ۱۸۳) = ۱۶/۳۳$.

مقادیر ANOVA نیز نشان داد که در مرحله اول مقدار ($F(۱, ۱۸۸) = ۴۱/۴۶$ ، $p < ۰/۰۱$)، در مرحله دوم مقادیر آن برابر ($F(۶, ۱۸۳) = ۱۶/۳۳$ ، $p < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که بین ترکیب خطی متغیرهای مستقل وزنی که با الگو مشخص شده است و متغیر افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۴: ضرایب رگرسیون پیش‌بینی افسردگی کودکان بر اساس بهزیستی روانشناختی و ویژگیهای شخصیتی مادران

Sig	t	β	ضرایب رگرسیون غیر استاندارد		متغیرها	مدل
			خطای معیار	b		
۰/۰۰۰۱	۶/۱۰۴	-	۶/۳۵۶	۳۸/۷۸۵	مقدار ثابت	بهزیستی
۰/۰۴۰	-۲/۰۶۷	-۰/۱۵۳	۰/۰۵۶	-۰/۱۱۶	بهزیستی	روانشناختی مادران
۰/۰۰۰۱	-۲/۰۶۷	۰/۳۱۱	۰/۰۸۵	۰/۳۵۲	روان‌رنجوری	ویژگیهای شخصیتی مادران
۰/۰۰۲	۴/۱۵۴	-۰/۲۲۵	۰/۰۸۱	-۰/۲۵۴	برون‌گرایی	
۰/۰۰۳	-۳/۰۵۲	-۰/۲۰۰	۰/۰۷۶	-۰/۲۳۳	گشودگی نسبت به تجربه	
۰/۵۵۰	۰/۵۹۹	۰/۰۴۲	۰/۱۰۷	۰/۰۶۴	سازگاری	
۰/۳۶۳	۰/۹۱۱	۰/۰۶۷	۰/۰۹۶	۰/۰۸۸	وظیفه شناسی	

بررسی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین ابعاد شخصیت مادر، ضرایب رگرسیون مربوط به صفت روان‌رنجورخویی مثبت ($\beta = ۰/۳۱۱$ ، $p < ۰/۰۱$) و ضرایب رگرسیون مربوط به برون‌گرایی و گشودگی در برابر تجربه منفی (ضرایب بتا به ترتیب برابر بود با $-۰/۲۲۵$ و $-۰/۲۰۰$) و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. گفتنی است ضریب رگرسیون مربوط به دو صفت توافق و وظیفه شناسی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که از بین صفات شخصیت مادر، روان‌رنجورخویی به صورت مثبت و گشودگی در برابر تجربه و برون‌گرایی به صورت منفی افسردگی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند.

فرضیه دوم: بهزیستی روانشناختی و صفات شخصیت مادر (روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه، توافق و وظیفه شناسی) به صورت معنادار اضطراب فرزندان را پیش‌بینی می‌کند.

برای بررسی این فرضیه نیز از رگرسیون سلسله مراتبی استفاده شد.

جدول ۵: جدول خلاصه الگو به منظور پیش‌بینی اضطراب کودکان بر اساس بهزیستی روانشناختی و

ویژگیهای شخصیتی مادران

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	خطای معیار برآورد	ΔR ²	F	سطح معناداری
۱- بهزیستی روانشناختی مادران	۰/۴۰۰	۰/۱۶۰	۰/۱۵۶	۵/۱۳	۰/۱۶۰	۳۵/۸۶	۰/۰۰۰۱
۲- ویژگیهای شخصیتی مادران	۰/۵۲۶	۰/۲۷۷	۰/۲۷۷	۴/۸۲	۰/۱۱۷	۵/۹۱	۰/۰۰۰۱

هم‌چنانکه جدول ۵ نشان می‌دهد، بهزیستی روانشناختی مادران، که در مرحله اول وارد معادله پیش‌بینی اضطراب کودکان شد به صورت معناداری اضطراب فرزندان را پیش‌بینی کرد ($F(1, 188) = 35.86, p < 0.01$). بررسی مجذور همبستگی چندگانه به دست آمده نشان داد که ارزش ضریب همبستگی‌های چندگانه (R^2) برابر ۰/۱۶۰ برابر است. این موضوع نشان می‌دهد که بهزیستی روانشناختی مادران ۱۶ درصد از واریانس اضطراب فرزندان را تبیین کرده است. بررسی ضریب رگرسیون نشان داد که بهزیستی روانشناختی مادران به صورت منفی و در سطح معناداری ۰/۰۵ اضطراب فرزندان را پیش‌بینی می‌کند ($\beta = -0.157, p < 0.05$). بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که بهزیستی روانشناختی مادران از توان لازم برای پیش‌بینی اضطراب فرزندان برخوردار است. براساس نتایج جدول ۵ با ورود ابعاد شخصیت مادران به معادله پیش‌بینی اضطراب فرزندان در مرحله دوم، ارزش R^2 به ۰/۲۷۷ رسید. این یافته بدان معناست که ورود ابعاد شخصیت مادر به معادله پیش‌بینی اضطراب فرزندان باعث شده است تقریباً ۲۳ درصد از واریانس آن تبیین شود. ارزش تغییرات R^2 (ΔR^2) برابر ۰/۱۱۷ برابر بود. این یافته بدان معناست که با ورود ابعاد شخصیت مادر در معادله پیش‌بینی و با کنترل اثر بهزیستی روانشناختی، مقدار واریانس تبیین شده اضطراب فرزندان تقریباً ۱۲ درصد افزایش یافته که به لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F(6, 183) = 11.68, p < 0.01$).

مقادیر ANOVA نیز نشان داد که در مرحله اول مقدار ($F(1, 188) = 35/895, p < 0/01$) در مرحله دوم مقادیر آن برابر ($F(6, 183) = 11/684, p < 0/01$) نشان می‌دهد که بین ترکیب خطی متغیرهای مستقل وزنی که با الگو مشخص شده است و متغیر افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد.

جدول ۶: ضرایب رگرسیون پیش بینی اضطراب کودکان بر اساس بهزیستی روانشناختی و ویژگیهای شخصیتی مادران

Sig	t	β	ضرایب رگرسیون غیر استاندارد		متغیرها	الگو
			خطای معیار	B		
0/0001	3/824		5/391	20/615	مقدار ثابت	بهزیستی روانشناختی
0/046	-2/012	-0/157	0/048	-0/096	بهزیستی	مادران
0/0001	3/976	0/313	0/072	0/286	روان رنجوری	ویژگیهای شخصیتی مادران
0/060	-1/994	-0/143	0/068	-0/129	برونگرایی	
0/361	-30/916	-0/063	0/065	-0/059	گشودگی	
0/913	-0/109	-0/008	0/91	-0/010	سازگاری	
0/864	-0/171	-0/013	0/082	0/014	وظیفه‌شناسی	

بررسی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که از بین ابعاد شخصیت مادر، تنها ضریب رگرسیون مربوط به صفت روان رنجورخویی مثبت ($\beta = 0/311, p < 0/01$) در سطح 0/01 معنادار است. لازم به توضیح است که ضریب رگرسیون مربوط به برونگرایی اگرچه در سطح 0/05 معنادار نبود، این رابطه در سطح 0/06 معنادار بود ($\beta = -0/143, p = 0/06$) که خود یافته ارزشمندی به شمار می‌رود. شایان ذکر است که ضریب رگرسیون مربوط به صفات دیگر شخصیت در سطح 0/05 معنادار نبود؛ بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که از بین صفات شخصیت مادر، روان رنجورخویی به صورت مثبت اضطراب فرزندان را پیش بینی می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی بود که بهزیستی روانشناختی مادر به صورت معنادار و در جهت منفی اضطراب و افسردگی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند؛ به عبارت دیگر هر چه بهزیستی مادر افزایش می‌یابد، اضطراب و افسردگی در فرزندان کاهش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های محمد

اسماعیل و موسوی (۱۳۸۲)، یوردوسن و همکاران (۲۰۱۳)، بیر و همکاران (۲۰۰۶)، خداپناهی و همکاران (۱۳۹۱)، خانجانی و هداوندخانی (۱۳۹۲)، شیرازی و همکاران (۱۳۹۲) و ریزینگ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. بر اساس دیدگاه ریف (۱۹۸۹) بهزیستی روانشناختی با استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباطات شخصی با دیگران، اهداف زندگی و پذیرش خود مربوط می‌شود. هیوپرت^۱ (۲۰۰۹) نیز نشان داد که بهزیستی روانشناختی با انعطاف‌پذیری، تفکر خلاق و رفتار فرا اجتماعی و سلامت بدنی خوب ارتباط دارد. همان‌گونه که پژوهشگران اشاره کرده‌اند، بهزیستی روانشناختی دارای کارکرد مثبت است (آرگایل و کراسلند، ۱۹۸۷؛ دینر، ۲۰۰۰)؛ از اینرو می‌توان گفت این ویژگی‌ها می‌تواند به بهینه‌سازی روابط مادر با فرزند منجر شود و زمینه ارتباط مؤثر مادر را با فرزند ایجاد، و محیط امن خانوادگی مناسبی برای پرورش کودک فراهم کند. بی‌تردید مراقبت‌ها و روابط مثبت مادر دارای بهزیستی روانشناختی مطلوب با فرزندان به افزایش سطح سلامت روان فرزندان منجر می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین روان‌رنجوری مادر و اضطراب و افسردگی در فرزندان بود؛ به عبارت دیگر به ازای افزایش روان‌رنجوری در مادران، اضطراب و افسردگی فرزندان آنان افزایش می‌یابد. هم‌چنین این پژوهش بیانگر این بود که همراه با افزایش دو ویژگی شخصیتی گشودگی در برابر تجربه و برونگرایی مادران، افسردگی فرزندان کاهش می‌یابد.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش جعفری سیاشانی، کیامنش و برجعلی (۱۳۹۳)، ون اکن و همکاران (۲۰۰۷) و خانجانی و هداوندخانی (۱۳۹۲) همخوانی دارد. شخصیت نه تنها با نحوه‌ای که ما احساس می‌کنیم، ارتباط دارد بلکه با چگونگی کارکرد روانشناختی ما هم مربوط می‌شود (هیوپرت، ۲۰۰۹). ویژگی‌های شخصیتی بر سلامت خود ما و اطرافیان اثرگذار است. برونگرایی (اجتماعی بودن) با سبک هیجانی مثبت ارتباط قوی دارد در حالی که روان‌رنجوری با سبک هیجانی منفی ارتباط دارد. روان‌رنجوری، افراد را به سمت خلق منفی سوق می‌دهد در حالی که برونگرایی، فرد را به سمت ویژگی‌های هیجانی مثبت سوق می‌دهد (هیوپرت، ۲۰۰۹). بنابراین انتظار می‌رود افراد روان‌رنجور با فرزندان خود تعامل مناسبی نداشته باشند و سبک‌های والدگری ناکارآمدی را برگزینند. آجیل‌چی و رضایی کارگر (۲۰۱۳) دریافتند آموزش سبک‌های والدگری

کارآمد به مادران پرتنش که کودکان افسرده داشتند به کاهش افسردگی فرزندان آنان منجر شد. پژوهشها ارتباط قوی بین بهزیستی روانشناختی و روانرنجوری و برونگرایی را نشان داده است (روینی و همکاران^۱، ۲۰۰۳؛ ویترسو و نیلسون^۲، ۲۰۰۲). مهمترین ویژگی افراد روان‌جور سطح بالای هیجان منفی و دوره‌هایی از پریشانی روانشناختی است. این افراد دمدمی و بیش از حد حساس هستند و ثبات هیجانی ندارند و از بسیاری از جنبه‌های زندگی ناراضی‌تری دارند. آنها دائم نگرانند و معمولاً در مورد برنامه خود و آینده، احساس ناامنی می‌کنند و در مقایسه با افراد عادی آسیب‌پذیرتر هستند. افراد برونگرا دارای هیجانات مثبت هستند و مردم‌آمیزی، خونگرایی و اجتماعی بودن از ویژگیهای برجسته آنان است. افرادی که پذیرای تجربه جدید هستند، خلاق، کنجکاو، خردمند و تأملی هستند. این افراد فعالیت‌هایی را برمی‌گزینند که به زندگی آنها معنا می‌دهد و تأملی عمل می‌کنند و از این رو رفتارهای آنان قابل پیش‌بینی است (پروین، ترجمه جوادی و کدیور، ۱۳۸۱).

حسینی نسب، محب و کرامت بخش (۱۳۸۸) نشان دادند که همراه با افزایش ویژگی روانرنجورخویی، سلامت روان مادران کمتر می‌شود و برونگرایی و با وجدان بودن با افزایش سلامت روان مادران همراه است. جرج و تیتلر^۳ (۱۹۸۴) نشان دادند که گشودگی نسبت به تجربه با سلامت روان همبستگی قوی‌ای دارد.

بی‌تردید، مادرانی که سلامت روان ندارند، آسیب‌پذیری فرزندان را نسبت به بیماریهای روانی از جمله افسردگی افزایش می‌دهند. بی‌ثباتی افراد روانرنجور، زمینه تعامل مثبت آنان را با فرزندانشان مخدوش می‌کند در حالی که ویژگی تأملی بودن و خردمندی در افرادی که نسبت به تجربه باز هستند، باعث می‌شود که تعامل مناسبی را با فرزندان خود برقرار کنند و فرزندان را بار بیاورند که از سلامت روان بیشتری برخوردارند و به علاوه مادران برونگرا نیز می‌توانند ارتباط گرم و سازنده‌ای با فرزندان خود برقرار کنند و آسیب‌پذیری آنان را نسبت به بیماریهای روانی کاهش دهند.

در این پژوهش نقش مهم ویژگیهای شخصیتی مادران بر سلامت روان فرزندان مورد تأیید قرار گرفت و به علاوه نشان داده شد که بهزیستی روانشناختی قوی مادران با سلامت روان بیشتر

1 - Ruini, C. et al
2 - Vittersø, J; Nilsen, F
3 - George, J. C.; Tittler, B. I.

فرزندان همراه است و در مقابل، مادرانی که بهزیستی روانی ندارند، احتمال ابتلای فرزندان آنان به افسردگی و اضطراب بیشتر است. بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود برای درمان افسردگی و اضطراب کودکان، چگونگی تعامل آنان با مادرانشان مورد توجه قرار گیرد و در فرایند درمان این کودکان بر تغییر ویژگی روان‌رنجورخویی مادران آنان و افزایش برونگرایی آنان و پذیرش تجربه جدید در آنان تأکید شود.

منابع

- استوار، صغری؛ رضویه، اصغر (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. شماره ۳: ۷۸ - ۶۹.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی* ۵. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: روان.
- پروین، جان (۱۳۸۱). *شخصیت: نظریه و پژوهش*. ترجمه محمد جعفر جوادی و پروین کدیور. تهران: آبیژ.
- تقوی، محمد رضا؛ علیشاهی، محمد جواد (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان (RCMAS). *مجله روان‌شناسی*. شماره ۴: ۳۵۷ - ۳۴۳.
- جعفری سیاوشانی، کیامنش؛ علی‌رضا؛ برجعلی، احمد (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کننده متغیرهای مرتبط با ویژگی‌های شخصیتی مادر در میزان احساس تنهایی و اضطراب پنهان دختران نوجوان دبیرستانی شهر تهران. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده (فرهنگی دفاعی زنان و خانواده سابق)*. شماره ۶: ۱۰۷ - ۸۵.
- حسینی نسب، سید داوود؛ محب، نعیمه؛ کرامت بخش، وحیده (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان در زنان باردار در شهر تبریز. *زن و مطالعات خانواده*. شماره ۳: ۶۱ - ۷۳.
- خانجانی، زینب، هداوندخانی، فاطمه (۱۳۹۲). اختلالات درونی سازی و برونی سازی فرزندان و صفات شخصیتی مادر. *مجله روان‌شناسی*. شماره ۱: ۵۲ - ۲۳.
- خانجانی، مهدی؛ شهریار، شهیدی؛ فتح آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمد علی؛ شکری، امید (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. شماره ۳۸: ۲۷ - ۳۶.
- خداپناهی، محمد کریم؛ قنبری، سعید؛ نادعلی، حسین؛ سید موسوی، پریسا سادات (۱۳۹۱). کیفیت روابط مادر کودک و نشانگان اضطرابی در کودکان پیش دبستان. *روان‌شناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*. شماره ۹: ۱۳ - ۵.
- خرمایی، فرهاد؛ فرمانی، اعظم (۱۳۹۳). بررسی شاخص‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. شماره ۱۶: ۳۹ - ۲۹.

روحی، علیرضا (۱۳۹۳). رویکردهای نظری و کاربردی در اختلال‌های اضطرابی کودکان. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. شماره ۳: ۵۸ - ۴۷.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی ۲: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.

شیرازی، فهیمه؛ رضوانی، شیوا؛ حقیقی، ندا؛ فرزام فر، الناز (۱۳۹۲). رابطه سلامت روان مادران با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان. *چشم انداز امین در روانشناسی کاربردی*. شماره ۱: ۴۴ - ۳۷.

قنبری، سعید؛ نادعلی، حسین؛ سید موسوی، پریسا سادات (۱۳۸۸). رابطه سبک‌های فرزندپروری با نشانه‌های درونی‌سازی شده در کودکان. *مجله علوم رفتاری*. شماره ۳: ۱۷۲ - ۱۶۷.

مشهدی، علی؛ سلطانی شال، رضا؛ میردوقی، فاطمه؛ بهرامی، بتول (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چند بعدی اضطراب کودکان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. شماره ۱: ۸۷ - ۷۰.

موسوی، رقیه؛ موسوی، سید سجاده؛ محمود قرایی، جواد؛ اکبری زرد خانه، سعید (۱۳۸۷). ابزارهای ارزیابی و تشخیص اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*. شماره ۲: ۱۵۴ - ۱۴۷.

میرز، لاورنس اس؛ گامست، گلن؛ گارینو، الف. جی (۱۳۹۱). *پژوهش چندمتغیری کاربردی*. ترجمه حسن پاشا شریفی، ولی‌الله فرزاد، سیمین دخت رضاخانی، حمیدرضا حسن آبادی، بلال ایزانلو و مجتبی حبیبی. تهران: رشد.

- Ajilchi, B; Kargar; Rezaei. F; Ghoreishi Kalantar, M (2013). Relationship between the Parenting Styles of Overstressed Mothers with their Children's Self-esteem. *In Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 82, pp. 496-501. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.06.299.
- Alotaibi, T (2015). Combating Anxiety and Depression among School Children and Adolescents through Student Counselling in Saudi Arabia. *In Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 205, pp. 18-29. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.09.006.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Argyle, Michael; Crossland, Jill (1987). The dimensions of positive emotions. *In British Journal of Social Psychology*. 26 (2), pp. 127-137. DOI: 10.1111/j.2044-8309.1987.tb00773.x.
- Bayer, Jordana K.; Sanson, Ann V.; Hemphill, Sheryl A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *In Journal of Applied Developmental Psychology*. 27 (6), pp. 542-559. DOI: 10.1016/j.appdev.2006.08.002.
- Bystritsky, A; Khalsa, Sahib, S; Cameron, ME.; Schiffman, J (2013). Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. *In P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*. 38 (1), pp. 30-57.
- Cash, R.E. (2004). Depression in Children and Adolescents: Information for Parents and Educators, National Association of School Psychologists. pp.1-3.
- Costa, PT, & McCrae, R. R. (1992). Replay to Eysenck. *Personality and Individual Differences*. 13, 861- 865.
- Diener, Ed (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *In American Psychologist*. 55 (1), pp. 34-43. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.34.

- Garber, J; Weersing, VR (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. **In Clinical psychology** : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association 17 (4), pp. 293–306. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x.
- George, J. C.; Tittler, BI (1984). Openness-to-experience and mental health. **In Psychological reports**. 54 (2), pp. 651–654. DOI: 10.2466/pr0.1984.54.2.651.
- Goldberg, LR (1993). The structure of phenotypic personality traits. **In American Psychologist**. 48 (1), pp. 26–34. DOI: 10.1037/0003-066x.48.1.26.
- Hilt-Panahon, A., Kern, L., Divatia, A. & Gresham, F (2007). School-based interventions for students with or at-risk for depression: A review of the literature. **Advances in School Mental Health Promotion**. 1, 32-41.
- Huberty, T. J. (2008). Best practices in school-based interventions for anxiety and depression. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), **Best practices in school psychology V** (pp. 1473–1486). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Huberty, T.J (2004). Anxiety and Anxiety Disorders in Children: Information for Parents, **National Association of School Psychologists**. pp.S5-1.
- Huppert, Felicia A. (2009): Psychological Well-being. Evidence Regarding its Causes and Consequences. **In Applied Psychology: Health and Well-Being**. 1 (2), pp. 137–164. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x.
- Karademas, Evangelos C (2007). Positive and negative aspects of well-being. Common and specific predictors. **In Personality and Individual Differences**. 43 (2), pp. 277–287. DOI: 10.1016/j.paid.2006.11.031.
- Kennedy, R. (2012). **Anxiety in Children**. http://www.psych.ualberta.ca/~hoglund/PEERSlab/assets/peers-roundtable-anxiety-handout_02_12.pdf.
- Matthews, Gerald; Deary, Ian J.; Whiteman, Martha C (2003). **Personality traits**. 2nd ed. Cambridge: University Press. Available online at <http://www.loc.gov/catdir/description/cam032/2003046259.html>.
- McCrae, RR.; Costa, PT (2004) A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. **In Personality and Individual Differences**. 36 (3), pp. 587–596. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00118-1.
- Reising, Michelle M.; Watson, Kelly H.; Hardcastle, Emily J.; Merchant, Mary Jane; Roberts, Lorinda; Forehand, Rex; Compas, Bruce E (2013). Parental Depression and Economic Disadvantage: The Role of Parenting in Associations with Internalizing and Externalizing Symptoms in Children and Adolescents. **In Journal of child and family studies**. 22 (3). DOI: 10.1007/s10826-012-9582-4.
- Ruini, C; Ottolini, F; Rafanelli, C; Tossani, E; Ryff, CD.; Fava, GA (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. **In Psychotherapy and psychosomatics**. 72 (5), pp. 268–275.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**. 69, 716-727.
- Ryff, C.D (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**. 57, 1069–1081.
- Ryff, C.D. & Keyes, C.L (1995). The Structure of Psychological Well-being Revisited, **Journal of Personality and Social Psychology**. 69: 719-727.
- Van Aken, C; Junger, M; Verhoeven, M; van Aken, M. A. G; Deković, M; Denissen, J. J. A (2007). Parental personality, parenting and toddlers' externalising behaviours. **In Eur. J. Pers**. 21 (8), pp. 993–1015. DOI: 10.1002/per.643.
- Vittersø, Joar; Nilsen, Fredrik (2002). **In Social Indicators Research**. 57 (1), pp. 89–118. DOI: 10.1023/A:1013831602280.

- Wagner, Aureen Pinto (2005): Worried no more. **Help and hope for anxious children**. 2nd ed. Rochester NY: Lighthouse Press.
- Yurdusen, Sema; Erol, Nese; Gencoz, Tulin (2013). The effects of parental attitudes and mothers' psychological well-being on the emotional and behavioral problems of their preschool children. **In Maternal and child health journal**. 17 (1), pp. 68-75. DOI: 10.1007/s10995-012-0946-6

