

**مقاله پژوهشی اصیل****نقش ارزیابی کودک از تعارض والدین، مقابله شناختی کودک با تعارض و مزاج وی در سلامت کودک****فاطمه قره‌باغی<sup>۱</sup>**

دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

**دکتر مریم وفایی**

دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

**هدف:** هدف بررسی نقش ارزیابی کودک از تعارض والدین، مقابله شناختی وی با تعارض و مزاج کودک در سلامت جسمانی و روانی- اجتماعی اوست. این مطالعه، رابطه مزاج کودک را با ارزیابی و مقابله وی با تعارض والدین نیز بررسی کرده است. **روش:** از میان دانش‌آموزان پنجم ابتدایی شهر تهران ۴۱۳ نفر (۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر) با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. مادران به پرسشنامه‌های *مزاج اوبایل نوجوانی* و *سلامت کودک*، و دانش‌آموزان به *مقیاس ادراک کودک از تعارض والدین* پاسخ دادند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان دهنده نقش پیش‌بینی کننده مزاج، ارزیابی منفی از تعارض والدین و خودمقصریابی کودک در سلامت وی است. همچنین مزاج نیز پیش‌بینی کننده ارزیابی کودک از تعارض والدین و مقابله شناختی وی با تعارض است. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش در قالب الگوهای مربوط به رابطه مزاج با سازگاری، الگوی شناختی - بافتی، و عوامل خطر و محافظ در آسیب‌شناسی تحولی مورد بحث قرار گرفتند. نقش پیش‌بینی کننده مزاج مثبت کودک به عنوان یک عامل محافظ فردی، و مزاج منفی، ارزیابی منفی از تعارض والدین و خودمقصریابی کودک به عنوان عوامل خطر فردی در سلامت وی از محورهای این بحث است. علاوه بر این، مطالعه حاضر نقش پیش‌بینی-کننده مزاج را به عنوان یک عامل بافتی تأثیرگذار بر ارزیابی تعارض و مقابله شناختی کودک با تعارضات والدین تأیید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: تعارض بین والدین، ارزیابی شناختی، مقابله شناختی، مزاج، سلامت.

**مقدمه**

از مزاج<sup>۲</sup> تعاریف مختلفی شده اما به طور کلی به عنوان پایه زیستی انگیزش، عاطفه و شخصیت (گولدشمیت<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۷) و یا مبنایی زیستی که به وسیله محیط تغییر می‌کند، توصیف شده است (روتبارت<sup>۴</sup> و بیتس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸). مزاج را می‌توانیم به صورت تفاوت‌های فردی و سرشتی نسبتاً پایدار در شدت و کیفیت واکنش هیجانی، حرکتی، توجهی و خودنظم-

بخشی<sup>۶</sup> تعریف کنیم که حاصل تعامل عناصر زیستی و محیطی

است (روتبارت و بیتس، ۱۹۹۸).

برخی از محققان معتقدند که مزاج نقش مهمی در تحول اجتماعی و شخصیت کودکان و سازگاری روانی آنها ایفا می‌کند (پریور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۲). برای درک بهتر رابطه مزاج و رشد آسیب-شناسی روانی، باید بدانیم که مزاج از چند راه می‌تواند به سازگاری فردی منجر شود یا بر عکس آن را مختل کند. این راه‌ها عبارت‌اند از: (۱) راه‌هایی که تفاوت‌های فردی را به وجود

2- temperament  
4- Rothbart  
6- self- regulation

3- Goldsmith  
5- Bates  
7- Prior

۱- نشانی تماس: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

Email: fagh\_1977@yahoo.com

پیش‌بینی کند: (۱) محدود کردن یا کاهش ذخیره رفتارهای مقابله‌ای؛ (۲) تأثیرگذاری بر ارزیابی کودک از استرس و (۳) تأثیر بر ادراک کودک از دیگران و واکنش وی به دیگران (کارسون<sup>۸</sup>، کانسیل<sup>۹</sup>، و گریولی<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۱). به این ترتیب، مزاج می‌تواند تعدیل‌کننده اثرات تجارب استرس‌زا بر سازگاری کودکان باشد (گارمزی<sup>۱۱</sup> و ماستن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۰). علی‌رغم توجهی که در تحقیقات گذشته به نقش مزاج و ویژگی‌های خلقی در مشکلات آسیب‌شناختی و سازگاری کودکان شده است (برای مثال، کلارک و همکاران، ۱۹۹۴؛ موریس<sup>۱۳</sup>، میسترز<sup>۱۴</sup> و رامپلرگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ لنگوا<sup>۱۶</sup> و لانگ<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۲) نقش آن در سلامت کودک نیاز به بررسی دارد و بر این مبنا فرضیه اول تحقیق به این صورت مطرح شد که مزاج کودک می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی وی باشد.

از منظر دیدگاه‌های اجتماعی استرس، یکی دیگر از دلایل وجود تفاوت‌های فردی در پاسخ به استرس، این است که افرادی که شرایط زندگی مشابهی را تجربه می‌کنند، لزوماً به شیوه مشابهی تحت تأثیر استرس قرار نمی‌گیرند. برای مثال، در الگوی زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۱۸</sup> (برنارد<sup>۱۹</sup> و کراپات<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۴) استرس شامل سه مؤلفه است. اولین مؤلفه، مؤلفه خارجی و شامل رویدادهای محیطی است که مقدم بر بازشناسی استرس‌اند و می‌توانند واکنش استرس را برانگیزند. دومین، مؤلفه درونی استرس است که شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های عصبی و فیزیولوژیک به استرس می‌باشد. مؤلفه سوم، تعامل بین مؤلفه‌های داخلی و خارجی، یعنی فرایندهای شناختی فردی است. در همین راستا و مطابق با دیدگاه تبادل‌ی به رشد انسان (سامروف<sup>۲۱</sup>، ۱۹۷۵)، کودکان در تحول خود و تأثیرپذیری از بافت خانواده، عمل-

می‌آورند. (۲) ایجاد ویژگی‌هایی که واکنش به دیگران را تعیین می‌کنند. (۳) ایجاد واکنش‌هایی که فرد را در معرض آسیب روانی بیشتر یا کمتر قرار می‌دهند. (۴) خلق می‌تواند پردازش اطلاعات مربوط به خود و محیط را تحریف کند. (۵) خلق می‌تواند شکل یک اختلال، سیر تحول آن و عود و فرود آن را تحت تأثیر قرار دهد. (۶) خلق می‌تواند پاسخی به رویدادهای محیطی را تشدید کند. (۷) خلق قادر است مانعی در برابر عوامل استرس‌زا ایجاد یا آنها را تنظیم کند. (۸) با رشد مزاج، تعامل بین ویژگی‌های خلقی می‌تواند برون‌دادهای فردی را تحت تأثیر قرار دهد. (۹) ویژگی‌های خلقی متفاوت می‌توانند مسیرهای تحولی متفاوتی را به وجود آورند. (۱۰) ویژگی‌های خلقی و محیط مراقبت‌کننده کودک می‌تواند هم سهم مستقل در برون‌دادها داشته باشند و هم در تعامل با یکدیگر خطر اختلال را افزایش یا کاهش دهند (روبارت و پوسنر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

کلارک<sup>۲</sup>، واتسون<sup>۳</sup> و مینکا<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) در مورد رابطه بین مزاج و سازگاری الگوی آسیب‌پذیری<sup>۵</sup> را مطرح کرده‌اند که بر اساس آن خلق را زمینه آسیب‌پذیری می‌دانند و به نقش علی آن در تحول آسیب‌شناسی روانی اشاره می‌کنند. با تأکید بر الگوی آسیب‌پذیری، شاینر<sup>۶</sup> و کاسپی<sup>۷</sup> (۲۰۰۳) شش راه را پیشنهاد می‌کنند که از آن طریق مزاج می‌تواند به شکل‌گیری و رشد مشکلات سازگاری منجر شود. به عبارت دیگر خلق می‌تواند بر این ابعاد اثر بگذارد: (۱) فرایندهای یادگیری کودک؛ (۲) راه‌های پاسخ اطرافیان به کودک؛ (۳) راه‌های کودک در تفسیر تجارب؛ (۴) راه‌هایی که از طریق آن کودک خود را با دیگران مقایسه می‌کند؛ (۵) انتخاب‌هایی که کودک در محیط روزانه خود انجام می‌دهد و (۶) راه‌هایی که از آن طریق کودک محیط خود را دستکاری می‌کند و تغییر می‌دهد.

برخی از تحقیقات از الگوی آسیب‌پذیری در ایجاد اختلالات خلقی و اضطرابی حمایت کرده‌اند، مثلاً کلارک و همکاران (۱۹۹۴) نشان داده‌اند که کم بودن واکنش‌پذیری مثبت و زیاد بودن واکنش‌پذیری منفی می‌تواند به آسیب‌پذیری فرد در مقابل افسردگی منجر شود. همچنین، تفاوت‌های افراد در ویژگی‌های خلقی می‌تواند از سه راه، پاسخ کودک به استرس را

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| 1- Posner              | 2- Clark                  |
| 3- Watson              | 4- Mineka                 |
| 5- Vulnerability Model | 6- Shiner                 |
| 7- Caspi               | 8- Carson                 |
| 9- Council             | 10- Graveley              |
| 11- Garnezy            | 12- Masten                |
| 13- Muris              | 14- Meesters              |
| 15- Rompelger          | 16- Lengua                |
| 17- Long               | 18- Biopsychosocial Model |
| 19- Bernard            | 20- Krupat                |
| 21- Sameroff           |                           |

در همین راستا، فوسکو و گریچ (۲۰۰۷) نیز معتقدند عوامل مؤثر بر فرآیند ارزیابی، همچون ویژگی‌های تعارض، عوامل خانوادگی (مثل وضعیت هیجانی خانواده) و ویژگی‌های کودک (مثل خلق و شخصیت)، کمتر شناخته شده‌اند. در الگوی شناختی - بافتی، بافت<sup>۲۲</sup> شامل ویژگی‌های کودک (ارزیابی شناختی، خلق، شخصیت، سن، جنس) و ویژگی‌های خانواده (وضعیت هیجانی، انسجام، نیمرخ‌ها و کارکردهای خانواده و رابطه والد-کودک) است که بر چگونگی تفسیر کودک از یک تعامل اثر می‌گذارد (فوسکو و گریچ، ۲۰۰۷). مزاج و ویژگی‌های خلقی کودک، به عنوان یک عامل بافتی تأثیرگذار بر ارزیابی از تعارض تعریف شده‌اند (گریچ و فینچام، ۱۹۹۰)، اما در مورد نقش آن هنوز یافته‌ها و شناخت اندک است (فوسکو و گریچ، ۲۰۰۷). برای مثال، گریچ و همکاران (۲۰۰۳) نشان داده‌اند کودکانی که سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند، بیشتر موقعیت‌ها از جمله تعارضات خانوادگی را تهدیدآمیزتر از کودکان غیرمضطرب ارزیابی می‌کنند و کودکان واجد نشانه‌های افسردگی، در زمان وقوع مشکلات خانوادگی، خود را بیش از سایرین ناکام می‌دانند. لازاروس (۱۹۹۱) مقابله کودک با عوامل استرس‌زا را به دو دسته *مقابله مسئله‌مدار*<sup>۲۳</sup> و *مقابله هیجان‌مدار*<sup>۲۴</sup> تقسیم می‌کند. *مقابله هیجان‌مدار*، مقابله‌ای منفعل در جهت کاهش هیجان ناشی از عامل استرس‌زا با استفاده از پذیرش مسئولیت، جست‌وجوی حمایت دیگران و خودمقصری تعریف شده است (تامرس<sup>۲۵</sup>، جانیکی<sup>۲۶</sup> و هلگسون<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۲). تحقیق نیز نشان داده است که واکنش‌پذیری منفی پیش‌بینی کننده مقابله هیجان‌مدار کودک با استرس است (کاسوی<sup>۲۸</sup>،

کننده‌های فعال هستند (کامینگر<sup>۱</sup>، دیویس<sup>۲</sup>، و کمپبل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ شرمهورن<sup>۴</sup>، کامینگر<sup>۵</sup>، دکارلو<sup>۶</sup> و دیویس، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان می‌دهند که کودکان پذیرندگان منفعل رفتارهای والدین نیستند، بلکه شرکت‌کنندگان فعال در روابط خانواده می‌باشند (کول<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳).

در الگوی شناختی - بافتی<sup>۸</sup> (گریچ<sup>۹</sup> و فینچام<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰؛ مکدونالد<sup>۱۱</sup> و گریچ، ۲۰۰۶؛ فوسکو<sup>۱۲</sup> و گریچ، ۲۰۰۷)، ارزیابی کودک از تعارض والدین، نقش اساسی در ناسازگاری‌های وی دارد. در این الگو با الهام از نظریه شناختی استرس لازاروس<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۱) فرض می‌شود که استرس ناشی از تعارض والدین به ارزیابی‌های شناختی کودک طی دو مرحله اولیه (درک علت‌ها و پیامدهای تعارض برای خود و خانواده) و ثانویه (مقابله<sup>۱۴</sup>) می‌انجامد و این ارزیابی‌ها نیز به نوبه خود مشکلات سازگاری کودکان را به دنبال می‌آورند (مک‌دونالد و گریچ، ۲۰۰۶). مفهوم تنظیم شناختی هشیار هیجان<sup>۱۵</sup> با مفهوم راهبردهای مقابله-ای شناختی<sup>۱۶</sup> یا راهکارهای هشیار پاسخ به رویدادهای استرس-زای زندگی همچون خودمقصری، مشغله فکری، ارزیابی فاجعه و... در ارتباط است. فرض می‌شود که خودمقصری یک سبک اسنادی کلی، درونی و پایدار در مواجهه با رویدادهای منفی است (مک‌گی<sup>۱۷</sup>، ولف<sup>۱۸</sup> و السون<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۱). در حمایت از این فرض، محققان (برای مثال، مک‌گی و همکاران، ۲۰۰۱) نشان داده‌اند که سبک شناختی خودمقصری، پیش‌بینی کننده سطوح بالای افسردگی و کاهش بهزیستی روانی است. علی‌رغم تحقیقاتی که در گذشته در مورد نقش ارزیابی کودک از تعارض والدین در بروز مشکلات عاطفی، رفتاری و سازگاری کودکان شده است (برای مثال، مک‌دونالد و گریچ، ۲۰۰۶؛ گریچ، هارولد<sup>۲۰</sup> و میلز<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳؛ فوسکو و گریچ، ۲۰۰۷)، نقش این عامل در سلامت کودک همچنان مورد سؤال می‌باشد. بر این اساس، فرضیه دوم تحقیق حاضر به این صورت مطرح شد که ارزیابی کودک از تعارض والدین و مقابله شناختی کودک با تعارض (به صورت خودمقصری) پیش‌بینی کننده سلامت جسمانی و روانی-اجتماعی وی است.

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1- Cummings                                | 2- Davies                     |
| 3- Campbell                                | 4- Shermerhorn                |
| 5- Cummings                                | 6- DeCarlo                    |
| 7- Cole                                    | 8- Cognitive-Contextual Model |
| 9- Grych                                   | 10- Fincham                   |
| 11- McDonald                               | 12- Fosco                     |
| 13- Lazarus                                | 14- coping                    |
| 15- conscious cognitive emotion regulation |                               |
| 16- cognitive coping strategies            | 17- McGee                     |
| 18- Wolf                                   | 19- Olson                     |
| 20- Harold                                 | 21- Miles                     |
| 22- context                                | 23- problem-focused coping    |
| 24- emotion-focused coping                 | 25- Tamres                    |
| 26- Janicki                                | 27- Helgeson                  |
| 28- Cosway                                 |                               |

اندلر<sup>۱</sup>، سدلر<sup>۲</sup> و دری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). بر این اساس فرضیه سوم تحقیق تحقیق حاضر به این صورت مطرح شد که مزاج پیش‌بینی کننده ارزیابی از تعارض والدین و مقابله شناختی کودک با تعارض به صورت خودمقصرینی است.

## روش

### آزمودنی‌ها

در جمع‌آوری داده‌ها از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی استفاده شد که در آن دانش‌آموزان مناطق ۴ و ۸ و ۱۷ آموزش و پرورش مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این تحقیق، ۹۳ هزار و ۷۸ دانش‌آموز پایه پنجم ابتدایی تهران با میانگین سنی ۱۰/۸۱ سال بود. علت انتخاب این جامعه شواهدی بود که نشان می‌داد اواخر کودکی و اوایل نوجوانی، مرحله آسیب‌پذیری خاص به رویدادهای استرس‌زای خانوادگی است (کامینگز و دیویس، ۱۹۹۶). ابتدا از فهرست مدارس ابتدایی مناطق آموزش و پرورش به طور تصادفی چند مدرسه انتخاب و سپس از میان فهرست اسامی دانش‌آموزان کلاس‌های پایه پنجم این مدارس تعدادی دانش‌آموز به صورت تصادفی در نظر گرفته شدند. پرسشنامه‌های سلامت کودک و مزاج اوایل نوجوانی در اختیار مادران و پرسشنامه ادراک کودک از تعارض والدین در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شد. برای اجرای این پژوهش، در ابتدا مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش کل تهران و مناطق مربوطه کسب و سپس از کسب رضایت مدیران و مادران، پرسشنامه‌ها در اختیار مادران و دانش‌آموزان قرار داده شد.

### ابزارها

برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش، از سه پرسشنامه ارزیابی کودک از تعارض والدین و ارزیابی مادران از خلق و سلامت کودک استفاده شد که هر سه برای اولین بار در نمونه کودکان ایرانی مورد استفاده قرار می‌گرفتند. این پرسشنامه‌ها را محققان غیر ایرانی مکرراً استفاده کرده و روایی و پایایی بالایی برای آنها گزارش داده‌اند. پرسشنامه‌ها ابتدا به وسیله یک روان‌شناس مسلط

به هر دو زبان انگلیسی و فارسی به زبان فارسی و پس از آن به وسیله روان‌شناس دیگری که مسلط به هر دو زبان بود، به انگلیسی ترجمه<sup>۴</sup> و اشکالات ترجمه فارسی پس از مطابقت دو ترجمه انگلیسی برطرف شد. پس از آماده شدن ترجمه نهایی پرسشنامه‌ها، یک بررسی مقدماتی<sup>۵</sup> نیز در ۹۰ کودک و مادران آنها انجام شد و همسانی درونی<sup>۶</sup> سؤال‌ها مورد بررسی قرار گرفت. سؤالانی که در کاهش این همسانی نقش داشتند مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند تا درک آنها برای پاسخ‌دهندگان آسان‌تر باشد. در تحلیل رگرسیون نیز فقط نتایج زیرمقیاس‌هایی مورد استفاده قرار گرفت که از نمره آلفای کرونباخ<sup>۷</sup> قابل قبولی برخوردار بودند. همچنین برای اطمینان محقق از درک سؤالات مقیاس ادراک کودکان از تعارض بین والدین، تمام سؤال‌های این مقیاس به وسیله محقق برای کودکان خوانده شد. شایان ذکر است که محققان مطالعه حاضر، تحلیل عاملی<sup>۸</sup>، روایی و ویژگی‌های روان‌سنجی کلیه مقیاس‌های این پژوهش را استخراج کردند و نتایج نشان دادند که مقیاس‌های خلق و سلامت کودک به طور خاص و برخی از زیرمقیاس‌های ارزیابی شناختی کودک، از ویژگی‌های روان‌سنجی برجسته و مناسبی برای تحقیق و تشخیص برخوردارند. نتایج این بررسی‌ها در آینده به صورت مقاله ارائه خواهد شد تا مورد استفاده محققان حوزه کودکان قرار بگیرند.

پرسشنامه بازبینی شده مزاج اوایل نوجوانی:

پرسشنامه بازبینی شده مزاج اوایل نوجوانی<sup>۹</sup> (EATQ-R) (پوتنام<sup>۱۰</sup>، الیس<sup>۱۱</sup> و روتبارت، ۲۰۰۱) یک فرم برای کودکان ۱۱ تا ۱۴ ساله و یک فرم برای والدین دارد که در این تحقیق از فرم والدین استفاده شده است. این فرم ۱۱ بعد مزاج را می‌سنجد و ۶۲ سؤال دارد که شامل پنج درجه پاسخ و نمره‌گذاری از همیشه نادرست (۱) تا همیشه درست (۵) است. نمره بیشتر در هر مقیاس نشان‌دهنده بیشتر بودن آن ویژگی خلقی است. مقیاس‌های آن

1- Endler  
3- Deary  
5- pilot  
7- Cronbach's alpha  
9- Early Adolescent Temperament Questionnaire -Revised (EATQ-R)  
10- Putnam  
2- Sadler  
4- back-translation  
6- Internal consistency  
8- factor analysis  
11- Ellis

است، بر اساس الگوی شناختی- بافتی برای سنین ۱۰ سال و بالاتر طراحی کردند. هر سؤال از سه درجه پاسخ و نمره گذاری درست (۲)، تقریباً درست (۱) و غلط (صفر) برخوردار است و دامنه نظری نمرات آن صفر تا ۱۰۲ می‌باشد. نمره زیاده‌تر نشان‌دهنده ویژگی‌های منفی‌تر تعارض (تعارض بیشتر و شدیدتر، توانایی کم در حل تعارض و ارتباط بیشتر محتوای تعارض با موضوعات مربوط به کودک) و خودمقصری بیشتر است. نمرات آلفای کرونباخ مقیاس‌های تحقیق حاضر از این قرار است: مقیاس ارزیابی تعارض ۰/۷۷ و مقیاس مقابله شناختی ۰/۶۱.

#### پرسشنامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سؤالی والدین:

پرسشنامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سؤالی والدین (CHQ)<sup>۱۵</sup> که لندگراف<sup>۱۶</sup> و آبتز<sup>۱۷</sup> (۱۹۹۶) طراحی کرده‌اند، یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های مربوط به سلامت و کیفیت زندگی برای کودکان و نوجوانان است که حوزه‌های برجسته کارکرد و سلامت کودک را بر پایه گزارش‌های والدین می-سند، و برای دختران و پسران سنین مختلف و والدین با سطح تحصیلات و شرایط کاری و زناشویی مختلف قابل استفاده است (دروتار<sup>۱۸</sup>، شوارتز<sup>۱۹</sup>، پالمرو<sup>۲۰</sup> و برانت<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات هنجاریابی آن نشان داده‌اند که این پرسشنامه می‌تواند بین کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قایل شود، و با سایر مقیاس‌های سلامت و کیفیت زندگی همبستگی دارد (رات<sup>۲۲</sup>، بوتروویک<sup>۲۳</sup>، لندگراف<sup>۲۴</sup> و هوگوین<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۵). سه مقیاس کارکرد یا مشکلات و محدودیت‌های جسمی، سلامت عمومی و درد بدنی در بعد سلامت جسمانی<sup>۲۶</sup> و پنج مقیاس محدودیت‌های

عبارت‌اند از: تسلط در فعالیت<sup>۱</sup> یا توانایی انجام یک عمل وقتی تمایل شدید به اجتناب از آن وجود دارد (هفت سؤال)، پیوندجویی<sup>۲</sup> یعنی تمایل به گرمی و صمیمیت با دیگران که متمایز از خجالت و برون‌گرایی است (شش سؤال)، توجه یا توانایی تمرکز کردن<sup>۳</sup> و تغییر دادن توجه<sup>۴</sup> (شش سؤال)، ترس<sup>۵</sup> یا لذت نبردن به دلیل پیش‌بینی استرس (شش سؤال)، ناکامی<sup>۶</sup> یا احساس ناتوانی در انجام تکالیف فعلی یا اهداف آینده (شش سؤال)، لذت‌جویی زیاد<sup>۷</sup> یا لذت ناشی از تازگی و چالش (نه سؤال)، تسلط در بازداری<sup>۸</sup> یا توانایی برنامه‌ریزی و سرکوب پاسخ‌های نامناسب (۵ سؤال)، خجالت<sup>۹</sup> یا بازداری رفتاری نسبت به تازگی و چالش اجتماعی (پنج سؤال)، پرخاشگری<sup>۱۰</sup> یا رفتار پرخاشگرانه نسبت به اشیا و اشخاص (هفت سؤال)، خلق افسرده<sup>۱۱</sup> یا فقدان لذت و افت خلق و کاهش علاقه به فعالیت‌ها (پنج سؤال). فرم تجدیدنظر شده این پرسشنامه که در این تحقیق حاضر به کار رفته، شامل نه مقیاس است که برای سنین ۱۰ تا ۱۶ سال به-کار می‌رود. از بین مقیاس‌های آن تنها مواردی در تحلیل‌ها به-کار رفته‌اند که در این تحقیق از نمره آلفای کرونباخ قابل قبولی برخوردار بوده‌اند و این مقیاس‌ها عبارت‌اند از: توانایی مهار فعالیت (α=۰/۷۳)، توجه (α=۰/۶۳)، ناکامی (α=۰/۷۰)، توانایی بازداری (α=۰/۶۰)، خلق پرخاشگر (α=۰/۶۵)، توانایی مهار زیاد<sup>۱۲</sup> (شامل جمع مقیاس‌های توجه، توانایی مهار فعالیت و توانایی بازداری (α=۰/۸۲))، مزاج مثبت (شامل جمع مقیاس‌های توجه، پیوندجویی، لذت‌جویی بالا، توانایی بازداری و توانایی مهار فعالیت (α=۰/۶۲)) و مزاج منفی (شامل جمع مقیاس‌های ترس، ناکامی، خجالت، خلق پرخاشگر و خلق افسرده (α=۰/۶۶)).

#### مقیاس ادراک کودکان از تعارض میان والدین:

گریچ، سید<sup>۱۳</sup> و فینچام (۱۹۹۲) برای سنجش ارزیابی کودک از ویژگی‌های تعارض یا ابعاد تعارض والدین (تکرار، شدت، حل مسأله و محتوای تعارض) و مقابله شناختی وی با تعارض یا تنظیم شناختی هیجان (خودمقصری) مقیاس ادراک کودکان از تعارض میان والدین (CPIC)<sup>۱۴</sup> را که شامل ۵۱ سؤال

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1- activation control  | 2- affiliation          |
| 3- attentional focusing  | 4- attentional shifting |
| 5- fear  | 6- frustration          |
| 7- high intensity pleasure                                       | 8- inhibitory control   |
| 9- shyness   | 10- aggression          |
| 11- depressive mood  | 12- effortful control   |
| 13- Seid   |                         |
| 14- Children's Perception of Interparental Conflict Scale (CPIC) |                         |
| 15- Child Health Questionnaire - parent form (CHQ)               |                         |
| 16- Landgrave  | 17- Abetz               |
| 18- Drotar   | 19- Schwartz            |
| 20- Palermo  | 21- Burant              |
| 22- Raat   | 23- Botterweck          |
| 24- Landgrave  | 25- Hoogeveen           |
| 26- physical health  |                         |

بینی کند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که مزاج منفی کودک پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامت جسمانی کودک است.

همان‌طور که نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد توانایی مهار زیاد می‌تواند ۲۸ درصد از واریانس سلامت روانی-اجتماعی و مزاج مثبت کودک ۲۱ درصد از واریانس سلامت روانی-اجتماعی وی را مستقیماً پیش‌بینی کنند، به عبارت دیگر مزاج مثبت پیش‌بینی‌کننده مستقیم سلامت روانی-اجتماعی کودک است.

همان‌طور که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۵ نشان می‌دهد، مزاج منفی کودک می‌تواند ۲۶ درصد از واریانس مربوط به سلامت روانی-اجتماعی وی را به‌طور معکوس پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر مزاج منفی پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامت روانی-اجتماعی کودک است. به این ترتیب فرضیه اول این تحقیق تأیید می‌شود، یعنی مزاج کودک پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روانی-اجتماعی وی است.

در بررسی فرضیه دوم این پژوهش، نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به تبیین سلامت از طریق ارزیابی کودک نشانگر نقش پیش‌بینی‌کننده ارزیابی منفی وی از تعارض والدین در سلامت جسمی ( $\beta = -0.17$  و  $p < 0.001$ ) و سلامت روانی-اجتماعی ( $\beta = -0.22$  و  $p < 0.001$ ) کودک به صورت معکوس، و همچنین نقش پیش‌بینی‌کننده مقابله شناختی در سلامت روانی-اجتماعی کودک ( $\beta = -0.16$  و  $p < 0.05$ ) به صورت معکوس است. نقش پیش‌بینی‌کننده مقابله شناختی در سلامت جسمی کودک تأیید نشد. به این ترتیب، فرضیه مربوط به نقش ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین در کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی-اش و نقش مقابله شناختی (خودمقصری) در کاهش سلامت روانی-اجتماعی کودک تأیید شد.

در بررسی فرضیه سوم این تحقیق، نتایج تحلیل رگرسیون تأییدکننده نقش مزاج منفی ( $\beta = 0.18$  و  $p < 0.001$ ) در پیش‌بینی ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین، و همچنین نقش مزاج

اجتماعی-عاطفی-رفتاری، عزت نفس<sup>۱</sup>، سلامت ذهنی<sup>۲</sup>، رفتار و مشکلات خانواده (شامل تأثیرپذیری عاطفی و زمانی والدین و فعالیت‌های کل خانواده از مشکلات سلامت کودک و همچنین انسجام خانوادگی<sup>۳</sup>) در بعد سلامت روانی-اجتماعی<sup>۴</sup> قرار می‌گیرند. تمام سؤال‌های معکوس در پنج درجه و سؤال‌های مستقیم در چهار درجه پاسخ داده و نمره‌گذاری شده‌اند. پرسشنامه CHQ که تاکنون به ۲۵ زبان در ۳۲ کشور ترجمه شده است، مخصوصاً برای کودکان طراحی شده و تأثیر سلامت کودک را بر کارکرد خانواده نیز می‌سنجد. فرم کوتاه آن ۲۸ سؤال دارد که بر مبنای مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده است و نمرات کمتر نشان‌دهنده کیفیت پایین‌تر آن بعد است. در این تحقیق برای کاهش تعداد تحلیل‌های رگرسیون دو مجموعه مقیاس عمده آن به کار رفت که نمرات آلفای کرونباخ این دو مقیاس در این تحقیق عبارت بودند از: سلامت جسمانی ۰/۷۰ و سلامت روانی-اجتماعی ۰/۸۵.

### تحلیل داده‌ها

برای بررسی نتایج این مطالعه از معادلات رگرسیون استاندارد<sup>۵</sup> Enter استفاده شده است. در این روش هر متغیر پیش-بین به‌طور جداگانه با متغیر ملاک وارد معادله می‌شود.

### یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و ماتریس همبستگی کل متغیرها، و جداول ۲، ۳ و ۴ نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به روابط بین متغیرها را نشان می‌دهند.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، مزاج مثبت کودک می‌تواند ۷ درصد از واریانس سلامت جسمانی وی را مستقیماً پیش‌بینی کند، بنابراین می‌توان گفت که مزاج مثبت کودک پیش‌بینی‌کننده مستقیم سلامت جسمی وی است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که مزاج منفی کودک می‌تواند ۶ درصد از واریانس سلامت جسمی وی را به‌طور معکوس پیش-

1- self-esteem  
2- mental health  
3- family cohesion  
4- psychosocial health  
5- standard regression equation

جدول ۱- ماتریس همبستگی کل متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- توانایی مهار فعالیت	۲۲/۶۳	۵/۳۲	۱											
۲- توجه	۱۹/۲۹	۴/۱۶	۰/۶۰**	۱										
۳- توانایی بازداری	۱۶/۶۰	۳/۷۱	۰/۵۲**	۰/۵۶**	۱									
۴- مزاج مثبت	۱۱۲/۸۱	۱۴/۲۰	۰/۷۴**	۰/۷۶**	۰/۶۴**	۱								
۵- پرخاشگری	۱۸/۵۷	۴/۸۱	-۰/۳۸**	-۰/۳۵**	-۰/۴۷**	-۰/۳۵**	۱							
۶- ناکامی	۲۰/۰۶	۴/۳۰	-۰/۲۹**	-۰/۳۱**	-۰/۳۷**	-۰/۳۷**	۰/۵۳**	۱						
۷- مزاج منفی	۷۱/۹۸	۱۲/۵۲	-۰/۳۷**	-۰/۴۲**	-۰/۴۸**	-۰/۴۴**	۰/۷۵**	۰/۷۵**	۱					
۸- توانایی مهار بالا	۵۸/۵۳	۱۱/۱۳	۰/۸۷**	۰/۸۴**	۰/۷۹**	۰/۸۵**	-۰/۴۷**	-۰/۳۸**	-۰/۵۰**	۱				
۹- ارزیابی تعارض	۹/۸۶	۸/۴۶	-۰/۱۳**	-۰/۱۵**	-۰/۲۲**	-۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۱۷**	-۰/۱۹**	-۰/۲۶**	۱			
۱۰- مقابله شناختی	۱۱/۰۴	۶/۴۱	-۰/۱۲**	-۰/۱۶**	-۰/۱۸**	-۰/۱۶**	۰/۱۶**	۰/۱۱*	-۰/۱۸**	-۰/۲۷**	-۰/۱۸**	۱		
۱۱- سلامت جسمانی	۳۱/۶۹	۴/۵۵	۰/۲۲**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۲۷**	-۰/۱۸**	-۰/۱۷**	-۰/۲۴**	۰/۲۸**	-۰/۱۵**	-۰/۱۲**	۱	
۱۲- سلامت روانی- اجتماعی	۷۹/۹۶	۹/۲۱	۰/۴۲**	۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۴۵**	-۰/۴۵**	-۰/۳۲**	-۰/۵۱**	۰/۵۲**	-۰/۲۶**	-۰/۲۱**	۰/۵۲**	۱

\* $p < .05$       \*\* $p < .01$

جدول ۲- شاخص‌های آماری و نتایج رگرسیون مربوط به تبیین سلامت جسمانی از طریق مزاج مثبت کودک

متغیر	شاخص	F	R <sup>2</sup> (ضریب تبیین)	خطای برآورد	ضریب B	بتا	t	سطح معناداری
توانایی مهار فعالیت	۲۱/۹۸	۰/۰۵	۴/۸۰	۰/۲۰	۰/۲۲	۴/۶۸	۰/۰۰۱	
توجه	۲۵/۸۰	۰/۰۵	۴/۷۷	۰/۲۸	۰/۲۴	۵/۰۸	۰/۰۰۱	
توانایی بازداری	۲۶/۵۰	۰/۰۶	۴/۷۷	۰/۳۲	۰/۲۴	۵/۱۴	۰/۰۰۱	
توانایی مهار بالا	۳۵/۱۸	۰/۰۷	۴/۷۲	۰/۱۲	۰/۲۸	۵/۹۳	۰/۰۰۱	
مزاج مثبت	۳۲/۶۰	۰/۰۷	۴/۷۴	۰/۰۹	۰/۲۷	۵/۷۱	۰/۰۰۱	

جدول ۳- شاخص‌های آماری و نتایج رگرسیون مربوط به تبیین سلامت جسمانی از طریق مزاج منفی کودک

متغیر	شاخص	F	R <sup>2</sup> (ضریب تبیین)	خطای برآورد	ضریب B	بتا	t	سطح معناداری
ناکامی	۱۳/۰۸	۰/۰۳	۴/۸۵	۰/۲۰	-۰/۱۷	-۳/۶۱	۰/۰۰۱	
پرخاشگری	۱۴/۷۴	۰/۰۳	۴/۸۴	۰/۱۹	-۰/۱۸	-۳/۸۳	۰/۰۰۱	
مزاج منفی	۳۰/۶۶	۰/۰۶	۴/۷۵	۰/۱۰	-۰/۲۶	-۵/۵۳	۰/۰۰۱	

جدول ۴- شاخص‌های آماری و نتایج رگرسیون مربوط به تبیین سلامت روانی-اجتماعی از طریق مزاج مثبت کودک

متغیر	شاخص	F	R <sup>2</sup> (ضریب تبیین)	خطای برآورد	ضریب B	بتا	t	سطح معناداری
توانایی مهار فعالیت	۹۱/۱۴	۰/۱۸	۸/۰۶	۰/۷۱	۰/۴۲	۹/۵۴	۰/۰۰۱	
توجه	۱۰۳/۹۱	۰/۲۰	۷/۹۶	۰/۹۶	۰/۴۴	۱۰/۱۹	۰/۰۰۱	
توانایی بازداری	۱۱۷/۷۴	۰/۲۲	۷/۷۶	۱/۱۳	۰/۴۷	۱۰/۸۵	۰/۰۰۱	
توانایی مهار زیاد	۱۵۹/۹۲	۰/۲۸	۷/۵۶	۰/۴۲	۰/۵۲	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱	
مزاج مثبت	۱۰۹/۳۳	۰/۲۱	۷/۹۲	۰/۲۸	۰/۴۵	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱	

**جدول ۵** - شاخص‌های آماری و نتایج رگرسیون مربوط به تبیین سلامت روانی - اجتماعی از طریق مزاج منفی کودک

متغیر	شاخص	F	R <sup>2</sup> (ضریب تبیین)	خطای برآورد	ضریب B	بتا	t	سطح معناداری
ناکامی	۴۸/۶۹	۰/۱۰	۸/۴۲	-۰/۶۷	-۰/۳۲	-۰/۳۲	-۶/۹۷	۰/۰۰۱
خلق پرخاشگر	۱۰۸/۷۱	۰/۲۰	۷/۹۲	-۰/۸۴	-۰/۴۵	-۰/۴۵	-۱۰/۴۲	۰/۰۰۱
مزاج منفی	۱۴۸/۰۷	۰/۲۶	۷/۶۴	-۰/۳۶	-۰/۵۱	-۰/۵۱	-۱۲/۱۶	۰/۰۰۱

**جدول ۶** - شاخص‌های آماری و نتایج رگرسیون مربوط به نقش همزمان متغیرهای پیش بین مزاج مثبت و منفی، ارزیابی تعارض و مقابله شناختی در پیش بینی سلامت روانی - اجتماعی کودک

متغیر	شاخص	F	سطح معناداری	R <sup>2</sup> (ضریب تبیین)	خطای برآورد	ضریب B	بتا	t	سطح معناداری
مزاج منفی	۵۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۷/۱۵	-۰/۲۶	-۰/۳۷	-۰/۳۷	-۸/۴۷	۰/۰۰۱
مزاج مثبت									
مقابله شناختی									
ارزیابی تعارض									

قبلی در زمینه نقش خلق در مشکلات سازگاری و عاطفی-رفتاری کودکان هماهنگی دارد. برای مثال، شواهدی مبنی بر نقش واکنش-پذیری منفی و خود-نظم بخشی در رشد مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان وجود دارد (روتبارت و بیس، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ<sup>۱</sup>، پیدادا<sup>۲</sup> و لیو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). همچنین محققان نشان داده‌اند که بین خلق دشوار در نوپایی، و مشکلات رفتاری کنونی و بعدی کودکان رابطه وجود دارد (بیس،<sup>۴</sup> پتی،<sup>۵</sup> دوج<sup>۶</sup>، و ریج<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸). فولی<sup>۸</sup>، مک کلوری<sup>۹</sup> و کاستلانوس<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۸) با مقایسه کودکان کم توجه - بیش فعال و کودکان عادی شش تا ۱۱ ساله نشان دادند که این کودکان در واکنش‌پذیری منفی نمرات بیشتری کسب کرده‌اند و تکانشی‌تر هستند و در تمرکز توجه و توانایی بازدارندگی نمرات کمتری گرفته‌اند. در تحقیق دیگری، توانایی زیاد مهار، و ترس و پرخاشگری کم، پیش-بینی کننده مشکلات عاطفی-رفتاری کمتر کودکان هشت تا ۱۲ ساله بوده است (روتبارت و احدی، ۱۹۹۴). در یک بررسی نیز توانایی زیاد

منفی ( $\beta = 0.21$  و  $p < 0.001$ ) و مثبت ( $\beta = -0.10$  و  $p < 0.05$ ) در پیش‌بینی مقابله شناختی اوست. نقش مزاج مثبت در پیش‌بینی ارزیابی کودک از تعارض والدین معنادار نبود و گزارش نشد. به این ترتیب، فرضیه مربوط به نقش مزاج در ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین (تکرار، شدت، محتوا و حل تعارض) و مقابله شناختی وی با تعارض (خودمقصری) تأیید می‌شود.

جدول ۶ نتایج مربوط به نقش همزمان کلیه متغیرهای پیش-بین این تحقیق را در سلامت روانی-اجتماعی کودک نشان می‌دهد. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهند، علاوه بر نقش مستقل هر یک از متغیرهای پیش‌بین، نقش همزمان یا هم‌پوشی این متغیرها در پیش‌بینی سلامت کودک نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد و این متغیرها می‌توانند همزمان با هم پیش‌بینی کننده ۳۶ درصد از تغییرات معنادار سلامت روانی-اجتماعی کودک باشند.

## بحث

مطالعه حاضر سه یافته مهم داشت که در مورد هر کدام به‌طور جداگانه بحث می‌شود. فرضیه اول که تأیید شد این بود که مزاج پیش‌بینی کننده سلامت کودک است. این یافته با نتایج بررسی‌های

- |              |                 |
|--------------|-----------------|
| 1- Eisenberg | 2- Pidada       |
| 3- Iiew      | 4- Bates        |
| 5- Pettit    | 6- Dodge        |
| 7- Ridge     | 8- Foley        |
| 9- McClowry  | 10- Castellanos |

نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی وی را تبیین کند. تعارضات خانوادگی، بی‌تفاوتی والدین، استرس و برخی اشکال بَد رفتاری مثل سوءاستفاده جسمی و جنسی با سطوح بالای کورتیزول در کودکان مرتبط هستند (چیکتی<sup>۱۴</sup> و راگوش<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱) که این امر به نوبه خود از طریق تضعیف کارکرد سیستم‌های عاطفی، شناختی، عصبی و زیستی به افزایش آسیب‌پذیری کودک به اختلالات روانی منجر می‌شود (رپتی<sup>۱۶</sup>، تیلور<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۲). علاوه بر این تحقیق‌های دیگر نیز نشان داده‌اند کودکانی که دچار مشکلات روان‌شناختی هستند سطوح افزایش یافته کورتیزول دارند (اسکس<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

بر اساس الگوهای تحولی، مواجهه با خصومت خانوادگی، عملکرد سیستم‌های عصب-زیستی کودک را تخریب کرده و به ظهور مشکلات روان‌شناختی منجر می‌شود (ساسمن<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۶). در بافت استرس‌آمیز تعارض سیستم‌های عصب-زیستی نقش مهمی در حفظ انسجام و یکپارچگی جسمی و روانی کودک دارند. با توجه به این فرض، محققان نشان داده‌اند که تجربه مواجهه با محرک‌های استرس‌زا، پاسخ‌های عصب-زیستی به استرس بعدی را در کودکان تغییر و کارکرد رفتاری و مغزی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاهیل<sup>۲۰</sup> و مک‌گاف<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۸). همچنین گارنفسکی<sup>۲۲</sup>، کریچ<sup>۲۳</sup> و وان‌اتن<sup>۲۴</sup>، (۲۰۰۵)؛ گارنفسکی، کریچ و اسپین هورن<sup>۲۵</sup>، (۲۰۰۱)، نیز در بررسی کودکان و نوجوانان هلندی ۱۲ تا ۱۸ ساله جمعیت عادی، به این نتیجه رسیدند که افراد واجد نشانه‌های افسردگی و اضطراب، نسبت به گروه شاهد و گروه واجد مشکلات رفتاری، در راهکارهای مقابله شناختی به‌صورت خودمقصرینی و مشغله

مهار با سطوح پایین مشکلات سازگاری کودکان مرتبط بوده است (لنگوا<sup>۲۰۰۳</sup>). علاوه بر این، در چارچوب دیدگاه سیستم‌های تحولی<sup>۲</sup> در آسیب‌شناسی (راتر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷)، زمینه‌های خلقی (مازید<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۰) به عنوان یکی از عوامل خطر آفرینی مطرح شده که می‌تواند به وقوع یا تسریع اختلالات سازگاری بینجامد و سلامت فرد را به خطر بیندازد (کوی<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۳).

مطالعه حاضر در راستای توسعه مطالعات قبلی که فقط به بررسی نقش مزاج و خلق در سازگاری و افزایش خطر اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان پرداخته بودند، نشان داد که ویژگی‌های خلقی مثبت کودک (توجه، پیوندجویی، لذت‌جویی زیاد، توانایی بازداری و مهار رفتار) پیش‌بینی‌کننده مستقیم سلامت جسمانی و روانی-اجتماعی، و مزاج منفی وی (ترس، ناکامی، خجالت، پرخاشگری و خلق افسرده) پیش‌بینی‌کننده معکوس سلامت جسمانی و روانی-اجتماعی کودک هستند.

فرضیه دوم این تحقیق، یعنی نقش پیش‌بینی‌کننده ارزیابی منفی از تعارض والدین و مقابله شناختی کودک با تعارض در کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی وی نیز مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با برخی از تحقیقات قبلی در این زمینه هماهنگی دارد. برای مثال، مطالعات نشان‌دهنده رابطه ارزیابی کودکان از تعارض والدین و مشکلات عاطفی و رفتاری آنها، هم در زمان وقوع تعارض (جرارد<sup>۶</sup>، بوهرلر<sup>۷</sup>، فرانک<sup>۸</sup> و اندرسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵)، هم در طول زمان (گریچ و همکاران، ۲۰۰۳)، هم در کودکانی که در خانواده‌های بسیار خشن، و هم در نمونه‌هایی از جمعیت عادی بوده‌اند (گریچ و همکاران، ۲۰۰۰). علی‌رغم توجه به نقش فرایندهای ارزیابی در آسیب‌شناسی، در مورد دامنه تفاوت‌های فردی کودکان در ارزیابی رویدادهای استرس‌زا و نقش آن در سلامت کودکان دانش کمی وجود دارد. مطالعات کمی که به بررسی فعالیت زیستی در مدل‌های تعارض بین والدینی پرداخته-اند، تمرکزشان فقط بر فعالیت قلبی-عروقی بوده است (الشیخ<sup>۱۰</sup>، هارگر<sup>۱۱</sup> و ویتسون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱). دیویس، هارولد، گوک-موری<sup>۱۳</sup> و کامینگز (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که چگونه کارکرد آدرنو کورتیکال در کودک می‌تواند رابطه بین تعارض والدین و

1- Lengua

2- developmental systems perspective

3- Rutter

4- Maziade

5- Coie

6- Gerard

7- Buehler

8- Franck

9- Anderson

10- El-Sheikh

11- Harger

12- Whitson

13- Goeke-Morey

14- Cicchetti

15- Rogosch

16- Repetti

17- Taylor

18- Essex

19- Susman

20- Cahill

21- McGaugh

22- Garnefski

23- Kraaij

24- Van Etten

25- Spinhoven

اضطراب، پرخاشگری و کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان رابطه معکوس دارد. کروکنبرگ<sup>۴</sup> و لنگروک<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) نیز نشان دادند کودکانی که از تعارض والدینشان احساس تهدید می‌کنند یا خود را در مورد مشاجرات آنها مقصر می‌دانند، بیشتر دچار خلق افسرده و اضطراب هستند. در همین راستا، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) به این نتیجه رسیدند که راهکارهای مقابله شناختی مثل خودمقصریابی و ارزیابی فاجعه‌آمیز نقش مهمی در رابطه بین تجربه رویدادهای منفی زندگی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب دارند.

علی‌رغم نتایج این پژوهش، این مطالعه نیز محدودیت‌هایی به همراه داشت که یکی از آنها استفاده از یک گروه سنی خاص بود که نتایج آن را فقط برای همان گروه سنی تعمیم‌پذیر می‌کند. پیشنهاد می‌شود در آینده این پژوهش در سایر گروه‌های سنی انجام و نتایج این گروه‌ها با هم مقایسه شود. محدودیت دیگر تحقیق حاضر این بود که اگرچه این مطالعه از نقش مزاج، ارزیابی و مقابله در پیش‌بینی سلامت کودکان حمایت می‌کند، ولی نیازمند تحقیقات بیشتر است و در زمینه و کشف عوامل بافتی و زمینه‌ای دیگری که بر ارزیابی، مقابله و پاسخ‌های کودکان به عوامل استرس‌زای محیطی اثر می‌گذارند دچار کاستی می‌باشد.

یافته‌های این تحقیق می‌تواند به ما در ساخت الگوهای نظری برای مطالعات بعدی و مداخلات بالینی کمک کند. شناخت هر چه بیشتر عوامل خطرآفرین فردی و محیطی، همچون خلق کودک و تعارضات والدینی، می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای برای ارتقای سطح سلامت کودکان مورد استفاده قرار گیرد.

## سپاسگزاری

از همه مدیران مدارس، معلمان، مادران و دانش‌آموزان عزیز که در این تحقیق همکاری نموده‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۲/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۸/۱۶

1- Compass  
3- Fondacaro  
5- Langrock

2- Malcarne  
4- Crockenberg

فکری نمرات بیشتری کسب می‌کنند. کومپاس<sup>۱</sup>، مالکارن<sup>۲</sup> و فونداکارو<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) نیز نشان دادند که سطوح بالای مشکلات رفتاری و افسردگی و اضطراب در کودکانی بیشتر دیده می‌شود که در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی از راهکارهای مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. پژوهش حاضر در راستای توسعه یافته‌های قبلی، که فقط بر جنبه‌های آسیب‌شناختی عاطفی و رفتاری کودک متمرکز بوده‌اند، برای اولین بار نشان داد که ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین و همچنین مقابله شناختی وی به صورت خودمقصریابی، پیش‌بینی‌کننده کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک است.

فرضیه سوم این پژوهش، یعنی نقش پیش‌بینی‌کننده مزاج در ارزیابی کودک از تعارض والدین و مقابله شناختی با تعارض نیز مورد تأیید قرار گرفت. فوسکو و گریچ (۲۰۰۷) در الگوی شناختی-بافتی این فرضیه را مطرح کردند که ویژگی‌های کودکان می‌تواند به عنوان عامل بافتی درونی بر ارزیابی‌های آنها از تعارضات والدین اثر بگذارد. با توجه به این مطلب که این فرضیه تا کنون مورد بررسی تجربی قرار نگرفته است، تحقیق حاضر نشان داد که مزاج منفی، پیش‌بینی‌کننده ارزیابی منفی‌تر کودک از تعارض والدین است. همچنین، مطالعه حاضر نشان-دهنده نقش مزاج مثبت و منفی در پیش‌بینی مقابله شناختی یا خودمقصریابی کودک در مواجهه با تعارضات والدینی است که با تحقیقات قبلی در این زمینه هماهنگی دارد. برای مثال، لنگوا و لانگ (۲۰۰۲) در بررسی نقش خلق بر ارزیابی و سبک‌های مقابله کودکان هشت تا ۱۲ ساله به این نتیجه رسیدند که هیجان-پذیری منفی، با ادراک تهدید، مقابله اجتنابی و مشکلات سازگاری کودک رابطه مستقیم دارد. به عبارت دیگر، هیجان-پذیری منفی سبک ارزیابی و مقابله‌ای را به وجود می‌آورد که خود تأثیرات استرس را تشدید می‌کند، در حالی که خودنظم-بخشی پیش‌بینی‌کننده مقابله فعال و مشکلات سازگاری کمتر و به‌طور کلی کاهش آثار استرس بر کودک است.

موریس و همکاران (۲۰۰۷) نیز در بررسی کودکان نه تا ۱۳ ساله جمعیت عادی به این نتیجه رسیدند که مهار توجه به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم توانایی مهار، با نشانه‌های افسردگی،

## منابع

- Bates, J. E., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Ridge, B. (1998). The interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology, 34*, 982-995.
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Cahill, L., & McGaugh, J. L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in Neurosciences, 21*, 294-299.
- Carson, D. K., Council, J. R., & Graveley, J. E. (1991). Temperament and family characteristics as predictors of children's reactions to hospitalization. *Journal of developmental and behavioral pediatrics, 12*, 141-147.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001b). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology, 13*, 783-804.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103-116.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Marlmann, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48*, 1013-1022.
- Cole, P. M. (2003). The developmental course from child effects to child effectiveness. In A. C. Crouter & A. Booth (Eds.), *Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships* (pp. 109-118). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Compass, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1996). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.
- Cosway, R., Endler, N. S., Sadler, A. J., & Deary, I. J. (2000). The coping inventory for stressful situations: Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Behavioral Research, 5*, 121-143.
- Crockenberg, S., & Langrock, A. (2001). The role of emotion and emotional regulation in children's responses to interparental conflict. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development: Theory, research, and applications* (pp. 129-156). New York: Cambridge University Press.
- Cummings, E. M., Davies, P. t., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 123-139.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, E. M. (2007). *Children's emotional security and interparental conflict*. Monographs of Society for Research in Child Development.
- Drotar, D., Schwartz, L., Palermo, T. M., & Burant, C. (2005). Factor structure of the Child Health Questionnaire-Parent Form in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 127-138.
- Eisenberg, N., Pidada, S. & Liew, J. (2001). The relation of regulation and negative emotionality to Indonesian children's social functioning. *Child Development, 72*(6), 1747-1763.
- El-Sheikh, M., Harger, J., & Whitson, S. (2001). Exposure to parental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. *Child Development, 72*, 1617-1636.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., & Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects of cortisol on behavior. *Biological psychiatry, 52*, 776-784.
- Fosco, G. M., & Grych, J. H. (2007). Emotional expression in the family as a context for children's appraisals of interparental conflict. *Journal of Family Psychology, 21*(2), 248-258.
- Foley, M., McClowry, S. G., & Castellanos, F. X. (2008). The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(2), 157-169.
- Gerard, J. M., Buehler, C., Franck, K., & Anderson, O. (2005). In the eyes of the beholder: Cognitive appraisals as mediators of the association between interparental conflict and youth maladjustment. *Journal of Family Psychology, 19*, 376-384.

- Garnezy, N., & Masten, A. (1990). The adaptation of children to a stressful world: Mastery of fear. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 460-473). New York: Wiley.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hind, R. A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Grych, J., & Fincham, F. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Grych, J. H., Fincham, F. D., Jouriles, E. N., & McDonald, R. (2000). Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. *Child Development*, 71, 1648-1661.
- Grych, J. H., Harold, G. T., & Miles, C. J. (2003). A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment. *Child Development*, 74, 1176-1193.
- Grych, J. H., Seid, M., & Fincham, F. D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development*, 63, 558-572.
- Landgraf, J. M., & Abetz, L. N. (1996). Measuring health outcomes in pediatric populations: Issues in psychometrics and application. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 793-802). Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lengua, L. J., & Long, A. C. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal-coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23(4), 471-493.
- Lengua, L. J. (2003). Associations among emotionality, self-regulation, adjustment problems and positive adjustment in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 595-618.
- McDonald, R., & Grych, J. H. (2006). Young children's appraisals of interparental conflict: Measurement and links with adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 88-99.
- McGee, R., Wolfe, D., & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and psychopathology*, 13, 827-846.
- Maziade, M., Caron, C., Cote, R., Merette, C., Berniaer, H., Laplante, B., Boutin, P., & Thivierge, J. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperament at age 7. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1531-1536.
- Muris, D., Meesters, C., & Rempelger, L. (2007). Attention control in middle childhood: Relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behavior Research and Therapy*, 45(5), 997-1010.
- Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 249-279.
- Putnam, S. P., Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001). The structure of temperament from Infancy through adolescence. In A. Elias & A. Angleitner (Eds.), *Advances/proceedings in research on temperament* (pp. 165-182). Germany: Pabst Scientist Publisher.
- Raat, H., Botterweck, A. M., Landgrave, J. M., & Hoogeveen, W. C. (2005). Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *Journal of Epidemiological Community Health*, 59, 75-82.
- Repetti, R. L., & Taylor, S. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament in W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (pp. 105-176). New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Posner, M. I. (1995). Temperament, attention, and developmental psychopathology. To appear in D. Cicchetti (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 55-66.
- Rutter, M. (1997). Protect factors: Independent or interactive? Letter to the editor. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 30, 151-155.

Sameroff, A. (1975b). Transactional models of early social relations. *Human Development*, 18, 65-79.

Shiner, R., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 2-32.

Schermerhorn, A. C., Cummings, E. M., DeCarlo, C. A., & Davies, P. T. (2007). Children's influence in the marital relationship. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 259-269.

Shiner, R., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development,

and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 2-32.

Susman, E. J. (2006). Psychobiology of persistent antisocial behavior: Stress, early vulnerabilities, and the attenuation hypothesis. *Neuroscience and behavioral reviews*, 30, 376-389.

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.