
ارزیابی شناختی، مقابله هیجان مدار با تعارضات خانواده و سلامت کودک: بررسی نظریه شناختی استرس در کودکان دبستانی

فاطمه قره باغی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی

دکتر مریم وفایی

دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

چکیده:

هدف این مطالعه بررسی نقش ارزیابی شناختی کودک از تعارض میان والدین و مقابله هیجان مدار کودک با تعارضات خانواده در سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک است. برای این منظور یک نمونه ۴۱۳ نفری از دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی شهر تهران (۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر) به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. کودکان به پرسشنامه ادراک کودکان از تعارض والدین و مقیاس ایمنی هیجانی در سیستم خانواده و مادران به پرسشنامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سؤالی والدین پاسخ دادند. این تحقیق یک پژوهش همبستگی بوده و از معادله رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها نشان دهنده رابطه معنادار ارزیابی شناختی کودک از تعارضات والدین با مقابله هیجان مدار کودک (به دو صورت مشغله ذهنی و کناره‌گیری) و همچنین رابطه معنادار این دو متغیر با سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک است. همچنین نقش واسطه‌ای مقابله هیجان مدار کودک در رابطه ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارضات والدین با هر دو سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک تأیید شد.

نتایج این پژوهش در راستای توسعه نظریه شناختی استرس لازاروس (۱۹۹۱) مبنی بر پردازش شناختی استرس طی دو وهله اولیه و ثانویه در کودکان بحث‌پذیر و تفسیر شدنی است، با توجه به اینکه این تئوری به عنوان نظریه‌ای در بزرگسالی مطرح شده و در زمینه استرس کودکان کمتر مورد توجه و بررسی بوده است.

کلید واژه‌ها:

استرس خانوادگی، ارزیابی شناختی، مقابله هیجان مدار، سلامت جسمی، سلامت روانی - اجتماعی.

مقدمه

رویدادهای استرس زای زندگی برای سلامت و رشد سالم کودکان و نوجوانان تهدیدی بالقوه است (چیکتی و توث^۱، ۱۹۹۱). محققان معتقد هستند که تعارض زناشویی می‌تواند به عنوان یک عامل استرس زا بر کودکان اثر بگذارد و مطالعه طولی پیشگویی کننده سطوح بالای ناسازگاری کودکان ۱ الی ۳ سال بعد از تعارضات والدینی بوده است (نیبرز^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). کودکان گزارش می‌کنند که مشاهده تعارض والدین یک استرس زای قوی است (لویس و همکاران، ۱۹۸۴) و بررسی‌های مشاهده‌ای نشان می‌دهد که کودکان در هنگام مواجهه با خشم یا تعاملات پرخاشگرانه والدین، استرس بیشتری نشان می‌دهند و این استرس با مواجهه مکرر با خشم و پرخاشگری والدین، افزایش می‌یابد (کامینگز^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). بررسی‌های معدودی که فعالیت زیستی در الگوهای تعارض میان والدینی را مطالعه کرده‌اند، به طور ابتدایی تمرکز آنها بر فعالیت قلبی - عروقی، به عنوان نشانه کارکرد سمپاتیک - آدرنال - بصل النخاعی، بوده است (الشیخ و همکاران، ۲۰۰۱). برای مثال، دیویس و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که چگونه کارکرد آدرنوکورتیکال در کودک می‌تواند رابطه میان تعارض والدین و نشانه‌های روانشناختی کودک را تبیین کند. الگوهای تحولی عنوان می‌کنند که مواجهه با خصومت خانوادگی، عملکرد سیستم‌های عصب-زیستی کودک را تخریب کرده و به ظهور مشکلات سلامت منجر می‌شود (ساسمن، ۲۰۰۶). سیستم‌های عصب-زیستی کودک در حفظ انسجام و یکپارچگی جسمی و روانی او در بافت پر تنش خانواده‌های دچار تعارض بالا نقش مهم دارند و محققان نشان داده‌اند که مواجهه با محرک‌های استرس‌زا پاسخهای عصب-زیستی به استرس بعدی را در کودکان تغییر داده و کارکرد رفتاری و مغزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاهیل و مک‌گاف^۴، ۱۹۹۸). به رغم توجهی که به نقش تعارض زناشویی، به عنوان یک عامل استرس زای خانوادگی، بر سازگاری و بروندهای عاطفی و رفتاری کودکان شده است، نقش تعارض در پیش بینی ابعاد مختلف سلامت کودکان همچنان مورد سؤال است.

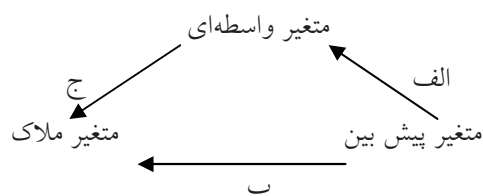
-
1. Cicchetti & Toth
 2. Neighbors
 3. Cummings
 4. Cahill & McGaugh

از طرف دیگر، مطابق با دیدگاه تبادلی به رشد انسان (سامروف^۱، ۱۹۷۵)، کودکان در تحول خود و تأثیر پذیری از بافت خانواده، عمل کننده‌های فعال هستند (کامینگز و همکاران، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان می‌دهد که کودکان پذیرنده‌های منفعل رفتارهای والدینی نیستند، بلکه شرکت کنندگان فعال در روابط خانواده هستند (کول^۲، ۲۰۰۳). برخی از الگوهای نظری، به دنبال درک اثرات تعارض والدین بر کودکان، با تأکید بر فرایندهای شناختی و هیجانی به عنوان واسطه‌ها هستند. یکی از این الگوها، چارچوب شناختی مبتنی بر بافت^۳ (فوسکو و گریچ، ۲۰۰۷) است که در آن ارزیابی‌های کودک از تعارض والدین، در تفسیر تعارض و ناسازگاری‌های کودکان نقش مرکزی دارد. تحقیقات از نقش واسطه‌ای ارزیابی‌ها در رابطه تعارض والدین با مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان حمایت کرده‌اند (برای مثال گریچ و همکاران، ۲۰۰۳). در الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۴ (برنارد و کراپات، ۱۹۹۴) نیز استرس شامل سه مؤلفه است: مؤلفه خارجی شامل رویدادهای محیطی است که مقدم بر بازشناسی استرس هستند و می‌توانند واکنش استرس را برانگیزند. مؤلفه درونی استرس شامل مجموعه‌ای از واکنش‌های عصبی و فیزیولوژیکی به استرس است. مؤلفه سوم، تعامل بین مؤلفه‌های داخلی و خارجی، یعنی فرایندهای شناختی فردی هستند. یکی از نظریه‌های مهم درباره استرس و رابطه آن با شناخت، نظریه لازاروس (۱۹۹۱) است. لازاروس^۵ (۱۹۹۱) در نظریه شناختی استرس بر تعامل بین مؤلفه‌های درونی و بیرونی استرس تأکید دارد و معتقد است که دیدگاه فرد به موقعیت است که تعیین می‌کند آیا رویدادی استرس زا است یا نه. در نظریه مبادله‌ای استرس^۶ لازاروس (۱۹۹۱) ارزیابی شناختی فرایندی دو بخشی است شامل: ارزیابی نخستین و دومین. ارزیابی نخستین^۷، فرایند درک معنای رویداد استرس زا و مثبت و منفی بودن آن (ارزیابی تهدید، چالش، زیان) است. ارزیابی دومین^۸ بعد از درک رویداد به عنوان تهدید یا

-
1. Sameroff
 2. Cole
 3. Cognitive contextual framework
 4. Biopsychosocial model of stress
 5. Lazarus
 6. Transactional theory of stress
 7. Primary appraisal
 8. Secondary appraisal

چالش رخ می‌دهد و در طی آن فرد منابع و امکانات فردی و اجتماعی خود را برای مقابله^۱ بررسی می‌کند.

الگوهای نظری همچون الگوی چارچوب شناختی مبتنی بر بافت (گریچ و همکاران، ۲۰۰۳) رویکردهای فرایند مداری هستند که بر نقش مکانیسم‌های واسطه‌ای تأکید دارند که چگونگی اثر تعارض والدین را بر کارکردهای کودکان توضیح می‌دهند. اهمیت الگوهای واسطه‌ای، تعیین روابط خاص "علی و زمانی" بین یک متغیر پیش‌بینی کننده، متغیر واسطه‌ای، و متغیر برون داد است (بارون و کنی^۲، ۱۹۸۶؛ هولمبک^۳، ۱۹۹۷). متغیرهای واسطه‌ای^۴، بین متغیر پیش‌بینی و ملاک واسطه می‌شوند و چگونگی تبدیل حوادث فیزیکی خارجی را به عوامل روانی درونی تبیین می‌کنند. برای آزمودن اثر متغیر واسطه‌ای، مجموعه‌ای از مدل‌های رگرسیون باید برآورد شوند (جادو^۵ و کنی، ۱۹۸۱: ۱) در معادله اول متغیر پیش‌بینی باید پیش‌بینی کننده متغیر میانجی مفروض باشد (مسیر الف وجود داشته باشد)، (۲) در معادله دوم متغیر پیش‌بینی باید پیش‌بینی کننده متغیر ملاک باشد (مسیر ب وجود داشته باشد)، (۳) در معادله سوم متغیر میانجی مفروض باید پیش‌بینی کننده متغیر ملاک باشد (مسیر ج وجود داشته باشد). (شکل ۱)



شکل ۱: دیاگرام مسیر یک مدل علی سه متغیری (اقتباس از بارون و کنی، ۱۹۸۶)

اگر این سه شرط در جهت پیش‌بینی شده تأیید شوند، سپس تأثیر متغیر پیش‌بینی بر ملاک باید در معادله چهارم یا آزمون میانجی در مقایسه با معادله دوم کمتر شود یا از بین برود. با توجه به اینکه در گذشته، به نظریه شناختی استرس لازاروس (۱۹۹۱) به عنوان نظریه‌ای

1. Coping
2. Baron & Kenny
3. Holmbeck
4. Mediator variables
5. Judd

برای بزرگسالی توجه شده و همچنین نقش تعارض زناشویی به عنوان یک عامل استرس زای خانوادگی، بیشتر بر سازگاری و نشانه‌های آسیب شناختی روانی کودکان و کمتر در جنبه‌های مختلف سلامت کودکان بررسی شده است، فرضیه‌های این مطالعه به این صورت مطرح شدند که:

- ۱- ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین پیش بینی کننده مقابله هیجان مدار کودک با تعارض در خانواده است.
- ۲- ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین پیش بینی کننده سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک است.
- ۳- مقابله هیجان مدار کودک با تعارضات خانواده پیش بینی کننده سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک است.
- ۴- مقابله کودک با تعارضات خانواده واسطه رابطه بین ارزیابی‌های شناختی کودک از تعارض والدین و سلامت کودک است.

روش شناسی

این تحقیق یک پژوهش همبستگی بوده و از معادله رگرسیون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرده است. برای جمع آوری داده‌ها از شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی استفاده شد که در آن دانش‌آموزان سه منطقه آموزش و پرورش (۴، ۸ و ۱۷) ارزیابی شدند. جامعه آماری این تحقیق شامل ۹۳۰۷۸ دانش‌آموز پایه پنجم ابتدایی تهران با میانگین سنی ۱۰/۸۱ سال است. علت انتخاب این جامعه شواهدی است مبنی بر اینکه اواخر کودکی و اوایل نوجوانی، مرحله آسیب‌پذیری خاص به رویدادهای استرس‌زای خانواده است (کامینگز و دیویس، ۱۹۹۴). ابتدا از هر منطقه چند مدرسه به طور تصادفی و از فهرست مدارس ابتدایی آموزش و پرورش تهران انتخاب شدند و پس از آن از بین کلاسهای پایه پنجم این مدارس تعدادی دانش‌آموز به طور تصادفی و از لیست اسامی کلاس در نظر گرفته شدند. پرسشنامه سلامت کودک توسط دانش‌آموزان در اختیار مادران آنها قرار گرفت و سؤال‌های مرتبط با ارزیابی کودکان از تعارض والدین و ایمنی هیجانی در خانواده برای دانش‌آموزان قرائت شد تا محقق از درک کودکان از مفهوم سؤال‌ها مطمئن شود. و از تحلیل رگرسیون برای بررسی ارتباطات مستقیم و واسطه‌ای استفاده کرده است. اکثر

خانواده‌های شرکت کننده در این تحقیق (۷۶/۱۴ درصد) به سطح اجتماعی-اقتصادی متوسط متعلق بودند. میانگین سن مادران ۳۷/۱۰ (SD= ۴/۴۸) و میانگین سن پدران ۴۲/۷۴ (SD=۴/۹۹) سال بوده است. بیشترین سطح تحصیلات مادران دیپلم (۶۲/۲ درصد) و بیشترین سطح تحصیلات پدران نیز دیپلم (۵۵ درصد) بوده است. بیشتر خانواده‌ها (۸۰/۹ درصد) دارای دو فرزند بودند. از آنجائیکه در تحقیق حاضر، وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانواده‌ها و سن و سطح تحصیلات والدین رابطه معناداری با ادراک کودک از تعارضات بین والدین، احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده و سلامت کودک نداشتند نتایج رگرسیون مربوط به این رابطه‌ها گزارش نشدند. تنها رابطه معنادار به دست آمده در بین ویژگی‌های دموگرافیک، رابطه معنادار جنسیت با سلامت جسمانی $P < 0/05$ ، $t(412) = -1/06$ ، در میان دختران بوده است.

لازم ذکر است که برای اجرای این پژوهش، در ابتدا مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش کل تهران و مناطق مربوطه کسب شد و پس از اعلام رضایت مدیران و معلمان و کسب اجازه از مادران دانش‌آموزان، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار داده شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) مقیاس ادراک کودکان از تعارض میان والدین^۱ (CPIC): گریچ^۲ و همکاران (۱۹۹۲) این مقیاس را بر مبنای الگوی چارچوب شناختی مبتنی بر بافت، برای سنجش تعارض زناشویی از گزارشات کودکان، یعنی ویژگی‌های تعارض یا ابعاد تعارض والدین از دید کودک (شامل مقیاس‌های تکرار، شدت، حل مسأله و محتوای تعارض) و واکنش کودک به تعارض یا تفسیر تعارض (شامل احساس تهدید، کارآمدی مقابله و خودمقصری) برای سنین ۱۰ سال و بالاتر طراحی کردند که ۵۱ سؤال را شامل است. هر سؤال سه درجه پاسخ و نمره گذاری درست (۲)، تقریباً درست (۱) و غلط (۰) دارد و دامنه نظری نمره‌های آن از ۰ الی ۱۰۲ است. نمره بالاتر نشان دهنده ویژگی‌های تعارض منفی تر (تعارض بیشتر و شدیدتر، حل تعارض ضعیفتر و ارتباط بیشتر محتوای تعارض با موضوعات مربوط به کودک)، خود مقصری و احساس تهدید بیشتر و کارآمدی مقابله کمتر است. در تحقیق حاضر نمره‌های آلفای کرونباخ مقیاس‌های آن از این قرار بوده‌اند: جمع مقیاس ویژگی‌های تعارض ۰/۷۷، جمع مقیاس تفسیر

-
1. Children's Perception of Interparental Conflict (CPIC) scale
 2. Seid

تعارض ۰/۶۱ و ارزیابی تعارض یا جمع کل مقیاسها ۰/۸۴. برای کاهش تعداد معادلات رگرسیون، در این تحقیق از جمع کل مقیاسها یعنی ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین استفاده شد.

ب) مقیاس ایمنی در سیستم خانواده (SIFS):^۱ این مقیاس بر ارزیابی کودک از خانواده به عنوان منبع ایمنی مبتنی است. فورمن و دیویس (۲۰۰۵) توانستند بر مبنای نظریه ایمنی هیجانی و به کمک تحلیل عاملی، به سه بعد (مشغله ذهنی، کناره گیری و ایمنی) معتبر و روا از سازه ایمنی هیجانی برسند. مشغله ذهنی^۲ یا نگرانی‌های کودک درباره آینده و رفاه خود و خانواده (شامل ۸ سؤال) و کناره‌گیری^۳ به معنای تلاش کودک برای رهاشدن از تعارضات خانواده و کوچک شمردن آنها (شامل ۷ سؤال) دو بعد نایمنی در خانواده و راهکارهای مقابله‌ای کودک برای تغییر دادن بازنمایی‌های او از تعارضات خانواده هستند و بخشی از مکانیسم نگهداری ایمنی را نیز می‌سازند. بعد سوم یا ایمنی (شامل ۷ سؤال)، عبارت است از اعتماد کودک به واحد خانواده به عنوان منبع حمایت و امنیت (فورمن و دیویس، ۲۰۰۵). مقیاس SIFS برای سنجش ارزیابی کودک ۱۰ الی ۱۵ ساله، از ایمنی در خانواده به عنوان یک سیستم و پایه حمایت و امنیت طراحی شده است و شامل ۲۲ سؤال است. درجات پاسخ و نمره گذاری آن شامل کاملاً موافق (۴)، موافق (۳)، مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱) است. در هر سه مقیاس نمره بالاتر نشانه مشغله ذهنی، کناره‌گیری و ایمنی بیشتر است. در این تحقیق از مجموع دو مقیاس مشغله ذهنی و کناره‌گیری به منظور سنجش مقابله هیجان مدار کودک با تعارض و نایمنی در خانواده استفاده شد که نمره آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ بود.

ج) پرسشنامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سؤالی والدین^۴ (CHQ): این مقیاس که توسط لندگراف و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده است، از پرکاربردترین مقیاسهای مربوط به سلامت و کیفیت زندگی برای کودکان و نوجوانان است که حوزه‌های مهم کارکرد و سلامت کودک را بر پایه گزارشات والدین می‌سنجد و برای دختران و پسران سنین مختلف و والدین با سطح تحصیلات متنوع و شرایط کاری و زناشویی مختلف استفاده پذیر است (دروتار و همکاران،

-
1. Security In the Family System (SIFS) scale
 2. Preoccupation
 3. Disengagement
 4. Child Health Questionnaire – Parent Form (CHQ-PF28)

۲۰۰۵). مطالعات روایی یابی آن (رات و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که مقیاس CHQ می‌تواند میان کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قایل شود و با سایر مقیاسهای سلامت و کیفیت زندگی همبستگی دارد. ۳ مقیاس کارکرد یا مشکلات و محدودیت‌های جسمی، سلامت عمومی و درد بدنی در بعد سلامت جسمی^۱ و ۵ مقیاس محدودیت‌های اجتماعی-عاطفی-رفتاری، عزت نفس، سلامت ذهنی، رفتار و مشکلات خانواده (شامل تأثیر عاطفی و زمانی والدین و فعالیت‌های خانواده از مشکلات سلامت کودک و همچنین انسجام خانوادگی) در بعد سلامت روانی-اجتماعی^۲ قرار می‌گیرند. تمام سؤال‌های معکوس در ۵ درجه و سؤال‌های مستقیم در ۴ درجه پاسخ داده و نمره گذاری شده‌اند. مقیاس CHQ تاکنون به ۲۵ زبان در ۳۲ کشور ترجمه شده است، مخصوصاً برای کودکان طراحی شده و اثرات سلامت کودک را بر کارکرد خانواده نیز می‌سنجد. فرم کوتاه آن ۲۸ سؤال دارد که بر مبنای مقیاس لیکرت درجه بندی شده‌اند و نمره‌های پایینتر نشان دهنده کیفیت پایینتر آن ویژگی هستند. در این تحقیق برای کاهش تعداد معادلات رگرسیون دو مجموعه مقیاس عمده آن به کار رفتند که نمرات آلفای کرونباخ این دو مقیاس در این تحقیق عبارت بود از: سلامت جسمی ۰/۷۰ و سلامت روانی-اجتماعی ۰/۸۵.

یافته‌ها

جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق و جدول ۲ ماتریس همبستگی کل متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد:

جدول ۱: ویژگیهای توصیفی متغیرهای تحقیق (N=۲۱۳)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
ارزیابی شناختی تعارض	۱۳/۴۷	۴/۲۰	۴/۳۳	۲۴/۸۱
مقابله هیجان مدار کودک	۲۹/۵۰	۷/۵۵	۱۵/۰	۷۲/۰
سلامت جسمی	۳۱/۶۹	۴/۵۵	۱۳/۰۰	۳۹/۰۰
سلامت روانی-اجتماعی	۷۹/۹۶	۹/۲۱	۴۳/۰۰	۹۶/۰۰

1. Physical health
2. Psychosocial health

جدول ۲: ماتریس همبستگی کل متغیرهای پژوهش

متغیر	ارزیابی شناختی	مقابله هیجان مدار	سلامت جسمی	سلامت روانی-اجتماعی
ارزیابی شناختی تعارض	۱	-	-	-
مقابله هیجان مدار کودک	۰/۵۵**	۱	-	-
سلامت جسمی	۰/۱۱*	۰/۱۵**	۱	-
سلامت روانی-اجتماعی	۰/۱۹**	۰/۲۳**	۰/۵۲**	۱

$P < 0/01$ **, $P < 0/05$ *

در بررسی فرضیه اول، ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین به عنوان متغیر پیش بین و مقابله هیجان مدار کودک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون استاندارد شد و نتایج نشان دهنده رابطه معنادار بین این دو متغیر بودند ($\beta = 0/55$ و $p < 0/001$) به این ترتیب فرضیه اول این تحقیق تأیید شد یعنی ارزیابی کودک از تعارض والدین، پیش بینی کننده تلاش کودک برای مقابله با تعارض است.

در بررسی فرضیه دوم، ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین به عنوان متغیر پیش بین و سلامت جسمی کودک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون استاندارد شد ($\beta = -0/11$ و $p < 0/05$) و در مرحله بعد نیز سلامت روانی-اجتماعی کودک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون استاندارد شد ($\beta = -0/19$ و $p < 0/001$) و فرضیه دوم این تحقیق نیز تأیید شد یعنی ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین پیش بینی کننده معکوس سلامت جسمی و سلامت روانی - اجتماعی کودک است.

در بررسی فرضیه سوم نیز، مقابله هیجان مدار کودک به عنوان متغیر پیش بین و سلامت جسمی کودک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون استاندارد شد ($\beta = -0/13$ و $p < 0/01$) و در مرحله بعد سلامت روانی-اجتماعی کودک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون استاندارد شد ($\beta = -0/23$ و $p < 0/001$) که نتایج نشان دهنده معنادار بودن روابط بود و فرضیه سوم تأیید شد، یعنی مقابله هیجان مدار کودک با تعارضات والدین به دو صورت مشغله ذهنی و کناره گیری پیش بینی کننده سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک به صورت معکوس بودند.

با توجه به اینکه هر سه شرط لازم برای بررسی نقش واسطه‌ای مقابله کودک در رابطه بین

ارزیابی شناختی با سلامت کودک تأیید شد، فرضیه چهارم با اجرای رگرسیون سلسله مراتبی آزمون شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ (الف و ب) ارائه شده است:

جدول ۳: الف - خلاصه شاخص‌های آماری و نتایج معناداری رگرسیون مربوط به نقش واسطه‌ای مقابله هیجان مدار کودک، در رابطه بین ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین با سلامت جسمی کودک

شاخص الگو	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R ² ضریب تعیین	خطای برآورد
رگرسیون ۱	۲۲۸/۶۴	۱	۲۲۸/۶۴	۹/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۱۱	۰/۰۲	۴/۸۷
رگرسیون ۲	۲۴۳/۷۲	۲	۱۲۱/۸۶	۵/۱۳	۰/۰۰۶	۰/۱۵	۰/۰۲	۴/۸۷

۱- متغیر پیش بین: مقابله هیجان مدار

۲- متغیرهای پیش بین: مقابله هیجان مدار، ارزیابی شناختی تعارض

متغیر ملاک: سلامت جسمی کودک

جدول ۳: ب- شاخص‌های آماری و ضرایب متغیر ارزیابی منفی تعارض در رگرسیون مربوط به مقابله هیجان مدار کودک

شاخص	ضریب B	ضریب بتا	t	سطح معناداری	خطای معیار
۱- مقابله هیجان مدار	-۰/۰۹	-۰/۱۵	-۳/۱۰	۰/۰۰۲	۰/۰۳
۲- مقابله هیجان مدار	-۰/۰۸	-۰/۱۲	-۲/۱۳	۰/۰۳۴	۰/۰۳
ارزیابی شناختی تعارض	-۰/۰۵	-۰/۰۴	-۰/۷۹	۰/۴۲۶	۰/۰۶

جدول ۴: الف- خلاصه شاخص‌های آماری و نتایج معناداری رگرسیون مربوط به نقش واسطه‌ای مقابله هیجان مدار کودک، در رابطه بین ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین با سلامت روانی-اجتماعی کودک

شاخص الگو	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R ² ضریب تعیین	خطای برآورد
رگرسیون ۱	۱۷۲۳/۳۷	۱	۱۷۲۳/۳۷	۲۲/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۰/۰۵	۸/۶۷
رگرسیون ۲	۱۹۵۳/۸۶	۲	۹۷۶/۹۳	۱۳/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۰۶	۸/۶۵

۱- متغیر پیش بین: مقابله هیجان مدار

۲- متغیرهای پیش بین: مقابله هیجان مدار، ارزیابی شناختی تعارض

متغیر ملاک: سلامت روانی-اجتماعی کودک

جدول ۴: ب- شاخص‌های آماری و ضرایب متغیر ارزیابی منفی تعارض در رگرسیون مربوط به مقابله هیجان مدار کودک

شاخص	ضریب B	ضریب بتا	t	سطح معناداری	خطای معیار
۱- مقابله هیجان مدار	-۰/۲۷	-۰/۲۳	-۴/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵
۲- مقابله هیجان مدار	-۰/۲۰	-۰/۱۷	-۳/۰۰۶	۰/۰۰۳	۰/۰۶
ارزیابی شناختی تعارض	-۰/۲۱	-۰/۱۰	-۱/۷۵	۰/۰۸۰	۰/۱۲

همانطور که نتایج نشان می‌دهد، با وارد کردن متغیر مقابله کودک در رابطه بین ارزیابی شناختی کودک از تعارض والدین با هر دو سلامت جسمی و روانی- اجتماعی کودک، رابطه ارزیابی با سلامت معناداری خود را از دست می‌دهد در حالیکه رابطه مقابله با سلامت همچنان معنادار است و فرضیه چهارم این پژوهش تأیید می‌شود یعنی مقابله هیجان مدار کودک، واسطه رابطه بین ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین با سلامت جسمی و روانی- اجتماعی کودک است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق بررسی نقش ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارضات والدین و مقابله هیجان مدار کودک با آن در سلامت کودک در قالب تئوری شناختی استرس است. به این منظور ۴ فرضیه مطرح و تأیید شد. یافته اول یا تأیید فرضیه اول این تحقیق نشان داد که ارزیابی‌های کودکان از تعارضات والدین به مقابله هیجان مدار کودکان با تعارض منجر می‌شود. این یافته می‌تواند توسعه دهنده نظریه شناختی استرس از حوزه بزرگسالان به کودکان باشد. بر این اساس در مرحله نخست پردازش، کودک از وقوع رویداد استرس زا آگاه می‌شود و ویژگیهای آن را بررسی می‌کند و در مرحله دوم پردازش، برای مقابله با آن تلاش می‌کند. در الگوی چارچوب شناختی مبتنی بر بافت (فوسکو و گریچ، ۲۰۰۷) نیز شناخت و هیجان در فرایند ارزیابی کودک در تعامل با هم فرض می‌شوند و هر دو از کارکردهای ارزیابی استفاده می‌کنند و رفتار مقابله‌ای کودک را هدایت می‌کنند. در واقع، این چارچوب به عنوان یک

الگوی کارکردی هیجان، شناخت و هیجان را دو عامل جدانشدنی در درک معنای رویدادهای مهم زندگی در نظر می‌گیرد. به نقل از دیویس و همکاران (۲۰۰۷) دانش کمی درباره چگونگی پردازش شناختی و مقابله کودک در رابطه با منظومه وسیعتر سیستم خانواده وجود دارد و مطالعه حاضر نشان داد که ارزیابی شناختی منفی کودک از تعارض والدین می‌تواند به مقابله هیجان مدار کودک در بافت تعارضات والدینی منجر شود.

یافته دوم این تحقیق نشان داد که پردازش شناختی منفی کودک از تعارض والدین پیش بینی کننده سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک است. در همین زمینه مطالعات نشان دهنده رابطه ارزیابی‌های کودکان از تعارض والدین با مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان هم در زمان وقوع تعارض (برای مثال جرارد^۱ و همکاران، ۲۰۰۵) و هم در طی زمان (گریچ و همکاران، ۲۰۰۳)، هم در کودکانی که در خانواده‌های درگیر خشونت بالا زندگی می‌کنند و هم در نمونه‌هایی از جمعیت عادی بوده‌اند (برای مثال گریچ و همکاران، ۲۰۰۰). مک دونالد و گریچ (۲۰۰۶) در بررسی رابطه ارزیابی‌های شناختی کودکان از تعارض والدین با سازگاری کودکان ۷ الی ۹ ساله، نشان دادند که ارزیابی‌های کودکان پیش بینی کننده نشانه‌های درونی سازی^۲ (عاطفی) و برونی سازی^۳ (رفتاری) در کودکان است. کروکنبرگ و لنگروک^۴ (۲۰۰۱) نیز اظهار می‌کنند کودکانی که از تعارض والدین خود احساس تهدید می‌کنند یا خود را در مشاجرات آنها مقصر می‌دانند، بیشتر دچار خلق افسرده و اضطراب هستند و از درگیر شدن در مشاجرات والدین هراس دارند. پژوهش حاضر در راستای توسعه یافته‌های قبلی محققان که بر جنبه‌های آسیب شناختی کودک متمرکز بوده‌اند، نشان داد که ارزیابی‌های منفی کودک از تعارضات والدین پیش بینی کننده کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودکان نیز هستند. نتیجه سوم این تحقیق نشان دهنده نقش استفاده کودکان از راهکارهای هیجان مدار در مقابله با نایمی و تعارض در کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی آنها است. دیویس و همکاران (۲۰۰۲) در نظریه ایمنی هیجانی^۵ خود عنوان می‌کنند که افزایش پاسخ کودک به

-
1. Gerard
 2. Internalizing symptoms
 3. Externalizing symptoms
 4. Langrock
 5. Emotional security theory

تعارض در خانواده و روابط والدین، می‌تواند به افزایش پاسخ‌های زیستی کودک به منظور اکتساب و حفظ ایمنی هیجانی منجر شود. استرس، برانگیختگی و هوشیاری، در نتیجه واکنش پذیری هیجانی کودکان، آنها را برای تهدید احتمالی در خانواده‌هایی با تعارض بالا آماده می‌کند و به منابع جسمی و روانشناختی آنها انرژی می‌دهد. اگرچه کنارگیری از تعارض خانواده از طریق کوچک شمردن اضطراب، می‌تواند کودکان را در برابر رشد برخی از مشکلات روانشناختی حفظ کند، به دست آوردن و حفظ ایمنی به این ترتیب و با سرکوب کردن استرس درونی، به انرژی جالب توجه جسمی و روانشناختی نیاز دارد که می‌تواند منابع لازم برای سایر نیازهای تحولی (مثل استقلال و خودکفایی) را به شدت محدود کند. علاوه بر این، آیز و همکاران (۱۹۹۶) در بررسی نقش راهکارهای مقابله‌ای کودکان با مشکلات سازگاری، به این نتیجه رسیدند که به کار بردن راهکارهای حل مسئله توسط کودک، با کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودک در ارتباط است، در حالیکه کومپاس و همکاران (۱۹۹۶) نیز نشان دادند که سطوح بالای مشکلات رفتاری و افسردگی و اضطراب، بیشتر در کودکانی یافت می‌شود که از راهکارهای مقابله هیجان مدار استفاده می‌کنند. در آسیب شناسی تحولی بر الگوهای مقابله (مسئله مدار در مقابل هیجان مدار) در بافت مشکلات خانوادگی تأکید می‌شود که در نهایت، می‌تواند رشد و افزایش مشکلات کودک را به دنبال داشته باشد. اسکینر و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۴) معتقد هستند که انطباق و مقابله ناموفق فرد با رویدادهای استرس زا می‌تواند به نتایج و پیامدهای نامطلوب در کوتاه مدت و بلند مدت منجر شود، به خصوص وقتی که این رویدادها در کودکی یا نوجوانی رخ دهد می‌تواند رشد اجتماعی، شناختی و روان شناختی کودک را تحت تأثیر قرار دهند.

یافته چهارم این تحقیق، تأیید نقش واسطه‌ای مقابله هیجان مدار کودک با تعارضات والدین، در رابطه بین ارزیابی منفی کودک از تعارض والدین با سلامت جسمی و روانی - اجتماعی کودک است. به این ترتیب که، به رغم وجود رابطه معنادار بین ارزیابی تعارض و کاهش سلامت کودک، با وارد کردن متغیر مقابله هیجانی کودک که به عنوان متغیر واسطه‌ای فرض شده بود، معناداری این رابطه از بین رفت، ولی رابطه بین مقابله هیجانی و کاهش سلامت کودک همچنان معنادار بود. این یافته توسعه دهنده این ایده است که ارزیابی تعارض به عنوان وهله نخستین ارزیابی، می‌تواند پیش بینی کننده مقابله هیجانی ناکارآمد کودک (به

عنوان وهله دوم ارزیابی) باشد. به عبارت دیگر، ادراک کودکان از تعارضات میان والدین می‌تواند از طریق راهکارهای مقابله هیجان‌مدار کودک با نایمنی در خانواده، به کاهش سلامت کودکان منجر شود. این یافته تأیید کننده نظریه شناختی استرس (لازاروس، ۱۹۹۹) در رابطه بین استرس، ارزیابی شناختی و مقابله و نقش مقابله هیجان‌مدار در شکل‌گیری و رشد مشکلات آسیب شناختی درباره کودکان و همچنین تأیید کننده یافته‌های محققان (برای مثال، کومپاس^۱ و همکاران، ۱۹۸۸) درباره رابطه بین استفاده کودکان از راهکارهای مقابله هیجان‌مدار در مواجهه با عوامل استرس‌زا، با سطوح بالای مشکلات رفتاری، افسردگی و اضطراب در کودکان است. نیکولوتی و همکاران (۲۰۰۳) نیز در بررسی راهکارهای مقابله‌ای کودکان به عنوان متغیرهای واسطه‌ای و تعدیل‌کننده، در رابطه بین تعارض زناشویی با مشکلات عاطفی-رفتاری و جسمی کودکان ۹ تا ۱۱ ساله، به این نتیجه رسیدند که مقابله فعال کودک با تعارض، تعدیل‌کننده رابطه بین تعارض زناشویی با مشکلات عاطفی و رفتاری و عزت نفس کودکان است و به عنوان یک عامل محافظ می‌تواند مانعی در برابر اثرات منفی تعارض بر کودکان باشد، اما اظهار می‌کنند که به هیچگونه نقش واسطه‌ای برای راهکارهای مقابله کودک دست نیافتند.

محدودیتها و پیشنهادات

به رغم یافته‌های مهم این تحقیق، یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر استفاده از یک گروه سنی خاص است که نتایج آن را تنها برای همان گروه سنی تعمیم پذیر می‌کند. بنابراین، انجام دادن این پژوهش در سایر گروه‌های سنی و مقایسه نتایج این گروه‌ها با هم در تحقیقات بعدی پیشنهاد می‌شود.

محدودیت دیگر این تحقیق این است که اگر چه این مطالعه از فرایندهای شناختی و هیجانی حمایت می‌کند که در تأثیر تعارض والدین بر سلامت کودکان نقش دارند، ولی به منظور درک بهتر روابط بین این متغیرها و توسعه الگوهای نظری برای درک چگونگی تأثیر تعارضات خانواده بر کودکان، به تحقیقات بیشتر در این زمینه و کشف عوامل دیگری در این روابط (همچون خلق و شخصیت کودک، رابطه والد-کودک و رفتارهای فرزندپروری والدین)

نیاز است که می‌توانند موضوع تحقیقات آینده قرار بگیرند.

تحقیق حاضر در راستای توسعه اثرات تعارضات والدین بر سازگاری روانی کودکان و نظریه شناختی استرس در زمینه نقش عوامل شناختی و هیجانی در مواجهه فرد با رویدادهای استرس زای محیطی، نشان داد که تعارض میان والدین می‌تواند به کاهش سلامت کودکان در دو بعد مهم سلامت جسمی و روانی- اجتماعی منجر شود و به رابطه بین استرس، ارزیابی و مقابله و نقش مقابله هیجان مدار کودک در کاهش سلامت کودکان تأکید می‌کند. شناخت هر چه بیشتر عوامل شناختی و هیجانی در تعیین اثر عوامل استرس زای خانوادگی بر سلامت کودکان می‌تواند به توسعه الگوهای نظری و راهکارهای مداخله‌ای در جهت کاهش اثرات تعارضات خانوادگی بر سلامت کودکان موثر واقع شود.

در پایان از کلیه مدیران مدارس، مادران و دانش‌آموزان عزیز که در این تحقیق همکاری

کرده‌اند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- Ayers, T. S, Sandler, I. N, West, S. G& Roosa, M. W, (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping, *Journal of Personality*, 64, 923-958.
- Baron, R. M & Kenny, D. A, (1986). The moderator- mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bernard, L. C & Krupat, E, (1994). *Health Psychology: Biopschosocial 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.
- Cicchetti, D & Toth, S. L, (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp.1-19), New York, Erlbaum.
- 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, N J, 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.
- 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*, NY, Guilford Publications, Inc. Neighbors, B. D, Forhand, R& Bau, J. J, (1997). Interparental conflict and relations with parents as predictors of young adult functioning, *Development and Psychopathology*, 9, 169-187.

- 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*.
- Davies, P. T, Harold, G. T, Goeke-Morey, M. C& Cummings, E. M, (2002). Child emotional security and interparental conflict, *Monographs of Society for Research in Child Development*, 67. Oxford, Blackwell Publishers.
- Davies, P. T& Cummings, E. M, (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis, *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- 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*, 1-12.
- 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.
- 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.
- Forman, E. M & Davies, P. T, (2005). Assessing children's appraisals of security in the family system: the development of the Security In the Family System (SIFS) scale, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8). 900-916.
- 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.
- 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.
- 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, 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(6). 1648-1661.
- Holmbeck, G. N, (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators; examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.

- Judd, C. M & Kenny, D. A, (1981b). Process analysis: Estimating mediation in evaluation research, *Evaluation Research*, 5, 602-619.
- 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* (2nd ed, pp. 793-802), Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Lazarus, R. S, (1999). The cognition-emotion debate: A bit of history. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (3-19), Chichester, England: Wiley.
- Lazarus, R. S, (1991). *Emotion and adaptation*, New York, Oxford University Press.
- Lewis, C. E, Siegel, J. M& Lewis, M. A, (1984). Feeling bad: Exploring sources of distress among pre-adolescent children, *American Journal of Public Health*, 74, 117-122.
- 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.
- Nicolotti, L, El-Sheikh, M & Whitson, S. M, (2003). Children's coping with marital conflict and their adjustment and physical health: Vulnerability and protective functions, *Journal of Family Psychology*, 17(3). 315-326.
- Raat, H, Botterweck, A. M, landgrave, J. M & Hooegeveen, 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 Epidemiology Community Health*, 59, 75-82.
- Sameroff, A, (1975b). Transactional models of early social relations, *Human Development*, 18, 65- 79.
- Skinner, E. A & Edge, K, (1998). Reflections on coping and development across the lifespan, *International Journal of Behavioral Development*, 22, 357-366.
- Skinner, E. A & Wellborn, J. G, (1994). Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective, In D. Featherman & R. M. Lerner & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 91-133), Hillsdale, Erlbaum.
- Susman, E. J, (2006). Psychobiology of persistent antisocial behavior: Stress, early vulnerabilities, and the attenuation hypothesis, *Neuroscience and behavioral reviews*, 30, 376-389.