

## ایمنی هیجانی در خانواده و نشانه‌های آسیب شناختی روانی و سلامت کودک: بررسی نقش واسطه‌ای و تعدیل کننده خلق کودک

### Family Emotional Security and Children's Psychopathological Symptoms and Health: an Investigation of the Mediation and Moderational Role of Children's Temperament

Fatemeh Gharehbaghy & Maryam Vafaie, PhD.

فاطمه قره باغی<sup>۱</sup> و دکتر مریم وفایی<sup>۲</sup>

پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۱۵

تاریخ بازنگری: ۸۷/۵/۵

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۵

#### چکیده

هدف از اجرای این تحقیق، بررسی نقش واسطه‌ای و تعدیل کننده خلق کودک در رابطه بین ارزیابی کودک از ایمنی هیجانی در خانواده با نشانه‌های مشکلات عاطفی-رفتاری و سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک است. برای این منظور، یک گروه نمونه (۴۱۳ نفر) از جامعه دانش آموزان پایه پنجم ابتدایی شهر تهران شامل ۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر، با روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. مادران به پرسشنامه خلق نوجوانی اولیه و سلامت کودک - فرم ۲۸ سوالی والدین - و مادران و معلمان به پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات کودک پاسخ دادند. دانش آموزان نیز به مقیاس ایمنی در سیستم خانواده پاسخ دادند. یافته‌ها نشانگر نقش پیش بینی کننده ایمنی هیجانی خانواده در کاهش مشکلات عاطفی-رفتاری و نقش پیش بینی کننده مقابله هیجان مدار کودک با نایمنی و همچنین خلق کودک در پیش بینی نشانه‌های آسیب شناختی و سلامت کودک است. علاوه بر این، نقش واسطه‌ای خلق منفی کودک در رابطه بین مقابله هیجان مدار با سلامت جسمی کودک و همچنین در رابطه بین ایمنی هیجانی با نشانه‌های آسیب شناختی کودک تایید شد. هیچگونه حمایتی برای نقش تعدیل کننده خلق کودک در این تحقیق بدست نیامد. نتایج این پژوهش در قالب نظریه‌های خلق و الگوهای مربوط به رابطه خلق با سازگاری، نظریه ایمنی هیجانی و رویکرد سیستمی به عوامل خطر و محافظ در آسیب شناسی تحولی، نشان می دهند که خلق منفی کودک می تواند به عنوان یک عامل خطر فردی اثر محافظ ایمنی هیجانی بر نشانه‌های آسیب شناختی کودک را خنثی کند. همچنین، مقابله هیجان مدار کودک با نایمنی در خانواده (به دو صورت مشغله ذهنی و کناره گیری)، در کودکانی که واجد خلق منفی هستند می تواند منجر به کاهش سلامت جسمی کودک شود.

#### کلید واژه‌ها

ایمنی هیجانی خانواده، مقابله هیجان مدار، خلق کودک، نشانه‌های عاطفی-رفتاری، سلامت جسمی و روانی-اجتماعی.

#### Abstract

This study examined mediational and moderational role of children's temperament in the relationship between family emotional security with children's psychopathological symptoms and health. We used relatively stratified random sampling with 413 fifth-grade school children in the city of Tehran (220 girls and 193 boys).

Mothers responded to the Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R) and the Child Health Questionnaire-Parent Form (CHQ-PF-28), and mothers and teachers responded to the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Children answered the Security In the Family System (SIFS) scale. The findings indicate that family emotional security is predictor of children's emotional-behavioral symptoms. In addition, children's emotional coping strategies and temperament predicted their psychopathological symptoms and health. Only the mediational role of negative temperament in the relation between family emotional security with physical health, and in the relation between emotional coping strategies with psychopathological symptoms was supported in this research, but the moderational role of temperament was not supported in this study. The results in the form of theories of temperament, models of the relation between temperament and adjustment, Emotional Security Theory (EST), and risk and protective factors in developmental psychopathology, signify that children's negative temperament as a personal risk factor can counteract the protective influence of family emotional security on children's psychopathological symptoms. In addition, emotional coping strategies (as preoccupation and disengagement) in children who have negative temperament can lead to physical health problems.

#### Keywords

family emotional security, emotional coping strategies, child temperament, emotional-behavioral symptoms, physical and psychosocial health.

۱- (نویسنده پاسخگو)، کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، email: fagh\_1977@yahoo.com  
۲- دکتری علوم بوم شناختی انسان، دانشیار و عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس



خانوادگی، مثل سبکهای تعاملی افراد خانواده و هیجانان ابراز شده (سیفر و همکاران، ۱۹۹۲). بر این اساس، مطالعه حاضر به بررسی نقش خلق کودک و احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده به عنوان دو عامل خطر یا محافظ فردی و محیطی در بروز نشانه‌های آسیب شناختی عاطفی-رفتاری و سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودکان پرداخته است. یکی از عوامل درونی تعیین کننده اثر رویدادهای استرس زای زندگی بر افراد خلق<sup>۲</sup> است. خلق به صورتهای مختلفی تعریف شده است، اما بطور کلی به عنوان پایه زیستی انگیزش، عاطفه و شخصیت (گولدسمیت و همکاران، ۱۹۸۷) یا به عنوان مبنایی زیستی که بوسیله محیط و تجربه‌های اجتماعی شدن تغییر میکند (روتبارت و بیتس، ۱۹۹۸) تعریف می‌شود. خلق نقش مهمی در تحول اجتماعی و شخصیت کودکان و سازگاری روانی آنها ایفا میکند. خلق و محیط مراقبت کننده کودک می‌تواند هم سهم مستقل در برون دادهای کودک داشته باشند و هم در تعامل با هم خطر اختلال را افزایش و یا کاهش دهند (روتبارت و پوسنر، ۱۹۹۵). اعتقاد بر این است که ویژگیهای خلقی مثبت می‌تواند تعدیل کننده اثرات تجارب استرس زا بر سازگاری کودکان باشند (برای مثال، گارمزی و ماستن، ۱۹۹۰). به عقیده روتبارت و همکاران (۲۰۰۰)، بررسی خلق می‌تواند منجر به ساخت الگوهای فرایند مداری شود که بر اساس مکانیسم‌های واسطه ای شکل می‌گیرند و اغلب نظریه‌های شخصیت فاقد آن می‌باشند. این الگوها می‌تواند روابط بین تفاوت‌های فردی در رفتار و پایه‌های زیستی و روانشناختی آن را توضیح دهند. علی‌رغم توجهی که در تحقیقات گذشته به نقش خلق در مشکلات آسیب شناختی و سازگاری کودکان شده است (برای مثال، کلارک و همکاران، ۱۹۹۴؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۷؛ لنگوا، ۲۰۰۳) اثر خلق بر سلامت کودک یکی از زمینه‌هایی است که در بردارنده پرسشهای بسیاری برای بررسی و تحقیق می‌باشد. یک عامل محافظ محیطی در برابر خطر وقوع اختلالات عاطفی و رفتاری کودک، حمایت عاطفی خانواده است. نظریه سیستم‌های خانواده (اولسون، ۱۹۹۹) عنوان میکند که خانواده یک سیستم از افراد است که در ارتباط باهم و وابسته به هم هستند و بر طبق اصل کل‌گرایی<sup>۳</sup> نقش روابط والدین و سبکهای فرزندپروری آنها در کارکردهای کودک،

## مقدمه

راتر (۱۹۹۷) در چارچوب رویکرد سیستمی<sup>۱</sup> در آسیب شناسی تحولی این فرضیه را مطرح کرده بود که عوامل محافظ و خطر می‌توانند از چندین منبع درونی و محیطی بطور همزمان بر سازگاری فرد اثر بگذارند و قادر هستند که اثرات یکدیگر را خنثی کرده و یا در تعامل باهم عمل کنند. به عبارت دیگر راتر معتقد است که در بروز مشکلات روانشناختی تنها یک عامل منفرد دخالت ندارد. عوامل خطر و محافظ را می‌توان به دو گروه عوامل شخصی و عوامل محیطی تقسیم کرد. عوامل محافظ می‌توانند مانع از وقوع یک اختلال و یا مانع از عمل عوامل خطر شوند در حالیکه عوامل خطر می‌توانند سبب بروز یک اختلال شده یا رشد آن را تسریع کنند (کوی و همکاران، ۱۹۹۳). مراکز و هگرتی (۱۹۹۴) عوامل خطر را خصوصیات و رویدادهایی می‌دانند که اگر برای شخص خاصی پیش بیایند، آن فرد را بیش از دیگران در معرض ابتلا به اختلال یا بیماری قرار می‌دهند، بطوریکه برخی از عوامل خطر نقش علی در بروز اختلال دارند اما برخی دیگر بطور بلقوه زمینه ساز ابتلا به اختلالات خاصی می‌شوند. به عقیده گارمزی و ماستن (۱۹۹۰) عوامل خطر می‌توانند منجر به رشد و افزایش اختلالات عاطفی و رفتاری کودک شوند. برخی از عوامل خطر روانشناختی، شامل صفات شخصیتی منفی (کان و همکاران، ۱۹۹۲) و زمینه‌های خلقی (مازید و همکاران، ۱۹۹۰) هستند. برخی از عوامل خطر اجتماعی نیز مطرح شده‌اند، از جمله: استرس مزمن در خانواده در نتیجه فقر، طلاق، تعارض آشکار خانوادگی و روابط خانوادگی سرد، غیر حمایتگرانه و توأم با سهل انگاری (رسنیک و همکاران، ۲۰۰۴). بر طبق تعریف راتر (۱۹۹۷) عوامل محافظ فرایندهایی هستند که پاسخ افراد را به رویدادهای نامطلوب محیطی تغییر داده، اصلاح کرده یا بهبود می‌بخشند. گارمزی و ماستن (۱۹۹۰) بر سه دسته از عواملی تاکید کرده‌اند که اثری محافظتی بر کودکان در معرض خطر دارند و گستره آنها از صفات ثابت فردی تا تعاملات پویای مبتنی بر بافت می‌باشد و عبارتند از: (۱) گرایشهای شخصیتی و سبک رفتاری و شناختی کودکان مثل خلق و خو (ری-گانتو همکاران، ۱۹۸۹؛ راتر، ۱۹۹۷)، (۲) حمایت اجتماعی و (۳) انسجام

2. temperament  
3. Principle of holism

1. Developmental Systems Perspective

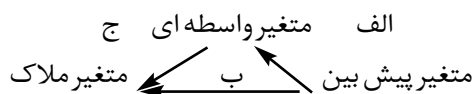


توضیح می‌دهند. اهمیت الگوهای واسطه‌ای، تعیین روابط خاص علی و زمانی بین یک متغیر پیش‌بینی کننده، متغیر واسطه و متغیر برون داد است (بارون و کنی، ۱۹۸۶؛ هولمبک، ۱۹۹۷). متغیرهای واسطه‌ای<sup>۲</sup>، بین متغیر مستقل و وابسته واسطه می‌شوند و چگونگی تبدیل حوادث فیزیکی خارجی را به عوامل روانی درونی تبیین میکنند. برای آزمودن اثر متغیر واسطه‌ای، مجموعه‌ای از مدل‌های رگرسیون باید برآورد شوند (جاد 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 تایید شوند، سپس تاثیر متغیر پیش‌بینی بر ملاک باید در معادله چهارم یا آزمون میانجی در مقایسه با معادله دوم کمتر شود یا از بین برود. متغیرهای تعدیل کننده<sup>۳</sup> همچون متغیرهای پیش‌بینی، همیشه بر متغیرهای ملاک تقدم دارند. برای تعیین نقش تعدیل‌کنندگی یک متغیر، ابتدا متغیر پیش‌بینی و تعدیل‌کننده و در مرحله بعد تعامل یا حاصلضرب این دو وارد تحلیل می‌شوند. اگر حاصلضرب دو متغیر پیش‌بینی و تعدیل‌کننده معنادار باشد، تعامل این دو معنادار خواهد بود (بارون و کنی، ۱۹۸۶؛ هولمبک، ۱۹۹۷) (شکل ۲).

زمانی بطور کامل درک می‌شود که در بافت تجربه‌های جمعی خانواده به عنوان یک کل در نظر گرفته شود (هایدن و همکاران، ۱۹۹۸؛ میکلینسر و همکاران، ۲۰۰۲؛ دیویس و همکاران، ۲۰۰۷). بر مبنای این دیدگاه کل‌گرا و با الهام از نظریه سیستم‌های خانواده (اولسون، ۱۹۹۹) و دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۹) تئوری ایمنی هیجانی<sup>۱</sup> (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴؛ ۲۰۰۶) شکل گرفت. ایمنی هیجانی، یعنی اینکه آیا پیوندهای خانواده در مواجهه با عوامل استرس‌زا، مثبت و بادوام هستند و اینکه آیا اعضای خانواده، بخصوص در زمانهای وقوع رویداد استرس‌زا می‌توانند از لحاظ هیجانی و عاطفی در دسترس و پاسخ‌ده کودک باشند.

نظریه ایمنی هیجانی این فرض را که کیفیت نامطلوب روابط والد و کودک می‌تواند ایمنی هیجانی کودکان را کاهش داده یا تضعیف کند و در نهایت کارکرد انطباقی کودکان را تحت تاثیر قرار دهد می‌پذیرد (تامپسون، ۲۰۰۰). تفاوت مهم آن با تئوری دلبستگی در این است که معتقد است ایمنی هیجانی می‌تواند از راههای متمایزی تجربه شود، مثلاً در بافت رابطه والد و کودک و یا در بافت رابطه بین والدین. بنابر این کودکان ممکن است در روابط بین والدین ناایمن باشند ولی در رابطه دلبستگی والد-کودک ایمن باشند و یا بالعکس. دیویس و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که تهدید هماهنگی و ثبات روابط خانواده، احساس ایمنی هیجانی کودک را تضعیف میکند و منجر به مشکلاتی در تنظیم هیجان، بازنمایی‌های منفی در مورد روابط والدین و راهکارهای ناسازگار برای مقابله با تعارض بین والدین می‌گردد. انرژی بکار رفته در اکتساب دوباره ایمنی هیجانی در برخورد با تعارضات خانواده، می‌تواند منابع جسمی لازم برای ادامه نیازهای تحولی را محدود کند (دیویس، و همکاران، ۲۰۰۲) و یا ممکن است کودکان را به دلیل چالش مداوم با ناایمنی نسبت به استرس بین فردی حساس کند، که حاصل آن بینظمی هیجانی و رفتاری پایدار و یا دید منفی پیدا کردن به خود و دیگران است.

هم‌رویکرد سیستم‌های تحولی در آسیب‌شناسی کودک (راتر، ۱۹۹۷) و هم‌نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۶) رویکردهای فرایندمداری هستند که بر نقش مکانیسم‌های واسطه‌ای و تعدیل‌کننده‌ای تاکید دارند که چگونگی اثر عوامل استرس‌زا را بر کارکردهای کودکان

2. Mediator variables  
3. Moderator variables

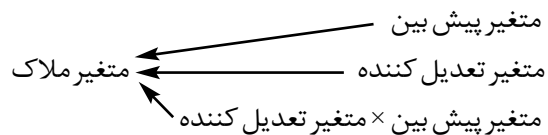
1. Emotional Security Theory - EST



خاص به نایمینی در خانواده است (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴). ابتدا از هر منطقه چند مدرسه ابتدایی بطور تصادفی و از لیست مدارس ابتدایی آموزش و پرورش انتخاب شدند و پس از آن از میان کلاسهای پایه پنجم این مدارس تعدادی دانش آموز بطور تصادفی و از لیست اسامی کلاس در نظر گرفته شدند. پرسشنامه خلق و سلامت کودک در اختیار مادران و پرسشنامه توانایی و مشکلات کودک در اختیار مادران و معلمان قرار داده شد و سوالات مربوط به ارزیابی کودکان از ایمنی هیجانی در خانواده برای دانش آموزان قرائت شد و پاسخ‌های آنها جمع آوری شد. 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 دانش آموزان، پرسشنامه‌ها در اختیارشان قرار داده شد. همچنین از آنجائیکه برخی از متغیرها واجد منحنی نرمال نبودند و نرمال بودن شرط اولیه ورود به معادلات رگرسیون است، این متغیرها توسط نرم افزار Minitab به نرمال تبدیل شدند به همین دلیل در برخی جداول رگرسیون مجموع مجذورات بدست آمده، ارقام نسبتاً بزرگی هستند.

#### ابزار

بجز مقیاس توانایی‌ها و مشکلات کودک که قبلاً به فارسی ترجمه و در نمونه کودکان ایرانی مورد بررسی قرار گرفته بود سایر آزمونهای بکار رفته (مقیاس‌های سلامت، ایمنی هیجانی و خلق کودک) که برای اولین بار در ایران در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته‌اند، ابتدا توسط یک روانشناس مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی به زبان فارسی و پس از آن توسط روانشناس دیگری که مسلط به هر دو زبان بود به انگلیسی ترجمه شدند و دو ترجمه انگلیسی با هم مطابقت داده شده<sup>۱</sup> و اشکالات ترجمه فارسی برطرف شدند. پس از آماده شدن ترجمه نهایی پرسشنامه‌ها، یک پایلوت یا بررسی مقدماتی نیز بر روی ۹۰ کودک و مادران و



شکل ۲- دیاگرام مسیر برای مدل متغیر تعدیل کننده (اقتباس از بارون و کنی، ۱۹۸۶)

به این ترتیب و به منظور بررسی نقش خلق کودک و ایمنی هیجانی در خانواده به عنوان عوامل خطر و محافظ فردی و خانوادگی، فرضیه‌های این پژوهش به این ترتیب مطرح شدند:

۱- ایمنی هیجانی در خانواده و راهکارهای مقابله هیجان مدار کودک با نایمینی پیش بینی کننده نشانه‌های آسیب شناختی و سلامت کودک هستند، ۲- خلق مثبت و منفی کودک پیش بینی کننده نشانه‌های آسیب شناختی و سلامت کودک است، ۳- ایمنی هیجانی و راهکارهای مقابله هیجان مدار کودک با نایمینی در خانواده با خلق کودک رابطه معنادار دارند، ۴- خلق کودک واسطه رابطه بین ایمنی هیجانی و مقابله هیجانی کودک با نشانه‌های آسیب شناختی و سلامت کودک است و ۵- خلق و ایمنی هیجانی در تعامل با هم پیش بینی کننده نشانه‌های عاطفی-رفتاری و سلامت کودک هستند.

#### روش

##### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

برای جمع آوری داده‌ها از شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی استفاده شد که در آن دانش آموزان سه منطقه ۴ و ۸ و ۱۷ آموزش و پرورش تهران مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این تحقیق، شامل ۹۳۰۷۸ دانش آموز پایه پنجم ابتدایی تهران با میانگین سنی ۱۰/۸۱ سال است که از میان آنها ۴۱۳ دانش آموز (۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر انتخاب شدند). علت انتخاب این جامعه شواهدی است مبنی بر اینکه اواخر کودکی و اوایل نوجوانی، مرحله آسیب‌پذیری

1. back translation



می‌باشد. درجات پاسخ و نمره گذاری آن شامل کاملاً موافق (۴)، موافق (۳)، مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱) و دامنه نظری نمرات آن از ۲۲ تا ۸۸ نمره است. در هر سه مقیاس نمره بالاتر نشانه ایمنی، مشغله ذهنی و کناره گیری بیشتر است. در تحقیق کامینگز و همکاران (۲۰۰۶) نمرات آلفای کرونباخ ایمنی ۰/۷۱، مشغله ذهنی ۰/۷۷ و کناره گیری ۰/۸۴ برای این مقیاس گزارش شده است. در تحقیق حاضر، از دو مقیاس ایمنی و مجموع مقیاس‌های مشغله ذهنی و کناره گیری برای کاهش تعداد معادلات رگرسیون استفاده شد که نمره آلفای کرونباخ برای مقیاس ایمنی ۰/۶۵ و مجموع دو مقیاس ناایمنی یا راهکارهای مقابله هیجان مدار کودک ۰/۷۴ بدست آمد.

**مقیاس خلق نوجوانی اولیه<sup>۴</sup> (EATQ-R):** مقیاس خلق نوجوانی اولیه (پوتنام، الیس و روتبارت، ۲۰۰۱) یک فرم برای کودکان ۱۱ تا ۱۴ سال و یک فرم والدین دارد که در این تحقیق از فرم والدین استفاده شده است. ۱۱ بعد خلق را می‌سنجد و ۶۲ سوال دارد که شامل پنج درجه پاسخ و نمره گذاری از همیشه نادرست (۱) تا همیشه درست (۵) است. نمره بیشتر در هر مقیاس آن نشان دهنده بیشتر بودن آن ویژگی خلقی است. مقیاس‌های آن عبارتند از: توانایی کنترل فعالیت<sup>۵</sup> یا توانایی انجام یک عمل وقتی تمایل قوی برای اجتناب از آن وجود دارد، شامل ۷ سوال، پیوند جویی<sup>۶</sup> یعنی تمایل به گرمی و صمیمیت با دیگران که متمایز از خجالت و برونگرایی است، شامل ۶ سوال، توجه یا توانایی متمرکز کردن<sup>۷</sup> و تغییر دادن توجه<sup>۸</sup>، شامل ۶ سوال، ترس یا لذت نبردن به دلیل پیش بینی استرس، شامل ۶ سوال، ناکامی<sup>۹</sup> یا احساس ناتوانی در انجام تکالیف فعلی یا اهداف آینده، شامل ۶ سوال، لذت جویی بالا<sup>۱۰</sup> یا لذت ناشی از تازگی و چالش، شامل ۹ سوال، توانایی بازداری<sup>۱۱</sup> یا توانایی برنامه

معلمانی آنها انجام شد و همسانی درونی پرسشنامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و سوالاتی که در کاهش این همسانی نقش داشتند مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند تا درک آنها برای پاسخ دهندگان آسانتر باشد. در نهایت نیز تنها نمرات زیر مقیاس‌هایی مورد استفاده در تحلیل‌های رگرسیون قرار گرفتند که از نمره آلفای کرونباخ قابل قبولی برخوردار بودند. لازم به ذکر است که محققان مطالعه حاضر، تحلیل عاملی، روایی و ویژگی‌های روانسنجی کلیه مقیاس‌های این پژوهش را استخراج کردند و نتایج نشان دادند که بخصوص مقیاس‌های خلق و سلامت کودک از ویژگی‌های روانسنجی برجسته و مناسبی برای تحقیق و تشخیص برخوردارند. نتایج این بررسیها بصورت مقاله‌های دیگری متعاقباً ارائه خواهند شد تا مورد استفاده محققان حوزه کودکان قرار بگیرند.

**مقیاس ایمنی در سیستم خانواده<sup>۱</sup> (SIFS):** این مقیاس مبتنی بر ارزیابی کودک از خانواده به عنوان منبع ایمنی و ناایمنی است. فورمن و دیویس (۲۰۰۵) توانستند بر مبنای نظریه ایمنی هیجانی و به کمک تحلیل عاملی به سه بعد (ایمنی، مشغله ذهنی<sup>۲</sup> و کناره گیری<sup>۳</sup>) معتبر و روا از سازه ایمنی هیجانی برسند. ایمنی (شامل ۷ سوال)، عبارت است از اعتماد کودک به واحد خانواده به عنوان منبع حمایت و امنیت، مشغله ذهنی نگرانی‌های کودک در مورد آینده و بهزیستی خود و خانواده (شامل ۸ سوال) و کناره گیری به معنای تلاش کودک برای رهاشدن از تعارضات خانواده و کوچک شمردن آنها (شامل ۷ سوال) نیز دو بعد ناایمنی هیجانی در خانواده و راهکارهای مقابله کودک برای تغییر دادن بازنمایی‌های او از ناایمنی هیجانی در خانواده هستند و بخشی از مکانیسم نگهداری ایمنی را می‌سازند (فورمن و دیویس، ۲۰۰۵). مقیاس SIFS برای سنجش ارزیابی کودکان ۱۰ تا ۱۵ ساله از ایمنی در خانواده به عنوان یک سیستم و پایه حمایت و امنیت طراحی شده است و شامل ۲۲ سوال

4. Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R)  
5. activation control  
6. affiliation  
7. attentional focusing  
8. attentional shifting  
9. frustration  
10. high intensity pleasure  
11. inhibitory control

1. back translation  
2. Security in the Family System (SIFS) Scale  
3. disengagement



(۱۳۸۵) روایی و اعتبار یابی شده است، بطوریکه نمره آلفای کرونباخ  $0/84$  برای مشکلات کودک و اعتبار درونی کل مقیاس  $r=0/43$  و  $P < 0/05$  بدست آمده بود. علاوه بر این تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۵) به بررسی روایی و نقاط برش فرم والدین و معلمان این مقیاس در یک نمونه ۶۰۰ نفری از کودکان ۶ تا ۱۲ ساله ایرانی پرداختند و نشان دادند که نسخه فارسی این مقیاس از مشخصات روانسنجی خوبی برخوردار بوده و می‌تواند برای یافتن مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان ایرانی ابزار غربالگری مناسبی باشد. این پرسشنامه شامل ۵ مقیاس است: مشکلات سلوکی، نشانه‌های عاطفی، بیش‌فعالی - کمبود توجه، مشکلات با همسالان و رفتار نوع دوستی. مقیاس SDQ با استفاده از ۲۵ سوال، ۲۵ ویژگی را می‌سنجد که ۱۰ تا به عنوان توانایی‌ها و ۱۴ تا به عنوان مشکلات و یکی هم خنثی است. هر مقیاس ۵ سوال دارد که بر اساس سه حالت درست نیست: (۰) کمی درست است (۱) و حتما درست است (۲) پاسخ داده و نمره گذاری می‌شود. نمره رفتار نوع دوستی، نمره توانایی‌ها و جمع نمرات بقیه آیتمها نمره مشکلات است. در تحقیق حاضر از مجموع مقیاس‌های بیش‌فعالی، مشکلات سلوکی، مشکلات با همسالان و نشانه‌های عاطفی یعنی مجموع کل نشانه‌های آسیب‌شناختی کودک که از داده‌های مادران بدست آمد استفاده شد و از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار بود ( $\alpha = \pm 0/77$ ). مقایسه نمره مشکلات حاصل از ارزیابی‌های مادران و معلمان نیز نشانگر همبستگی قابل قبولی ( $r = 0/44$ ) بوده است.

**پرسشنامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سوالی والدین<sup>۴</sup> (CHQ):** این مقیاس که توسط لندگراف و همکاران (۱۹۹۶) طراحی شده است، 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 گزارشات والدین می‌سنجد و برای دختران و پسران سنین

ریزی و سرکوب کردن پاسخ‌های نامناسب، شامل ۵ سوال، خجالت یا بازداری رفتاری نسبت به تازگی و چالش اجتماعی، شامل ۵ سوال، خلق پرخاشگر<sup>۱</sup> یا رفتار پرخاشگرانه نسبت به اشیاء و اشخاص، شامل ۷ سوال، خلق افسرده<sup>۲</sup> یا عدم لذت و افت خلق و کاهش علاقه به فعالیتها، شامل ۵ سوال. فرم تجدید نظر شده آن که در این تحقیق بکاررفته شامل ۹ مقیاس است که برای سنین ۱۰ تا ۱۶ سال بکار می‌رود. در این مطالعه برای کاهش تعداد معادلات رگرسیون از دو مقیاس کلی خلق مثبت که شامل جمع مقیاس‌های توجه، پیوند جویی، لذت جویی بالا، توانایی بازداری و توانایی کنترل فعالیت است ( $\alpha = 0/62$ ) و خلق منفی که شامل جمع مقیاس‌های ترس، ناکامی، خجالت، خلق پرخاشگر و خلق افسرده است ( $\alpha = 0/66$ ) استفاده شد.

**پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات<sup>۳</sup> (SDQ):** این پرسشنامه برای سنجش و غربالگری اختلالات روان پزشکی کودکان در جامعه کودکان ۴ تا ۱۶ ساله انگلیسی، توسط گودمن (۱۹۹۷) طراحی شد که توسط معلمان، والدین و خود کودکان قابل استفاده می‌باشد. این مقیاس توانسته در یک جمعیت ۷۹۸۴ نفری از کودکان ۵ تا ۱۵ سال در بریتانیا، کودکان واجد تشخیص روانپزشکی را با دقت  $96/6\%$  و حساسیت  $63/3\%$  تشخیص دهد و توانسته بیش از  $70\%$  از کودکان دچار اختلالات سلوکی، بیش‌فعالی و اختلالات افسردگی را تشخیص دهد (گودمن و همکاران، ۲۰۰۰). از مزیت‌های آن این است که شکلی فشرده و کوتاه دارد، فرم واحدی برای معلمان و مادران و کودکان دارد، هم بر مشکلات تمرکز دارد و هم بر توانایی‌ها. این مقیاس به بررسی و تفکیک کودکان در معرض خطر بالاتر برای مشکلات سلامت روانی کمک می‌کند و همبستگی خوبی از لحاظ اعتبار تشخیصی با DSM-IV و ICD-10 دارد (گودمن، ۱۹۹۷) و قبلا هم در ایران توسط وفایی و روشن

4. Child Health Questionnaire - Parent Report Form (CHQ-PF28)

1. aggressor  
2. depressive mood  
3. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)



گرفتند که نمرات آلفای کرونباخ این دو بعد در این تحقیق عبارت بودند از: سلامت جسمی ۰/۷۰ و سلامت روانی-اجتماعی ۰/۸۵.

#### یافته‌های پژوهش

جدول ۱ ماتریس همبستگی کل متغیرهای پژوهش و جدول ۲ ویژگی‌های روانسنجی این متغیرها را نشان می‌دهند.

در بررسی فرضیه اول، از آنجائیکه ایمنی هیجانی طبق نتایج جدول ۱ هیچگونه همبستگی معناداری با سلامت کودک ندارد، بنابراین رابطه ایمنی هیجانی تنها با نشانه‌های آسیب شناختی کودک مورد بررسی قرار گرفت و نتایج تحلیل رگرسیون استاندارد نشان دهنده نقش پیش بینی کننده معکوس احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده با نشانه‌های مشکلات عاطفی-رفتاری کودک ( $\beta = -0.16$  و  $P < 0.05$ ) بود. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون استاندارد نشان دهنده نقش پیش بینی کننده مقابله هیجان مدار کودک با نایمنی در خانواده در افزایش نشانه‌های عاطفی-رفتاری ( $\beta = 0.26$  و  $P < 0.001$ ) و کاهش سلامت جسمی ( $\beta = -0.15$  و  $P < 0.05$ ) و کاهش سلامت روانی-اجتماعی کودک ( $\beta = -0.23$  و  $P < 0.05$ )

مختلف و والدین با سطح تحصیلات متنوع و شرایط کاری و زناشویی مختلف قابل استفاده است (دروتار و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعات روایی یابی آن (رات و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که CHQ می‌تواند بین کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قابل 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<sup>۱</sup> و ۵ مقیاس محدودیت‌های اجتماعی-عاطفی- رفتاری، عزت نفس، سلامت ذهنی، رفتار و مشکلات خانواده (شامل تاثیر عاطفی و زمانی والدین و فعالیت‌های خانواده از مشکلات سلامت و رفتار کودک و همچنین انسجام خانوادگی) در بعد سلامت روانی-اجتماعی<sup>۲</sup> قرار می‌گیرند. تمام سوالات معکوس در ۵ درجه و سوالات 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 سوال دارد که بر مبنای مقیاس لیکرت درجه بندی شده‌اند و نمرات پایینتر نشان دهنده کیفیت پایینتر آن ویژگی هستند. در این تحقیق برای کاهش تعداد تحلیل‌های رگرسیون دو بعد کلی آن مورد استفاده قرار

متغیر	ایمنی هیجانی	مقابله هیجان مدار	خلق منفی	خلق مثبت	سلامت روانی-اجتماعی	سلامت جسمی	نشانه‌های آسیب شناختی
ایمنی هیجانی	۱						
مقابله هیجان مدار	-۰/۴۱**	۱					
خلق منفی	-۰/۱۷**	۰/۲۴**	۱				
خلق مثبت	۰/۱۰*	-۰/۱۳*	-۰/۴۰**	۱			
سلامت روانی-اجتماعی	۰/۰۸	-۰/۲۳**	-۰/۵۱**	۰/۴۶**	۱		
سلامت جسمی	۰/۰۰۹	-۰/۱۵*	-۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۵۲**	۱	
نشانه‌های آسیب شناختی	-۰/۱۶*	۰/۲۶**	۰/۴۷**	-۰/۴۶**	-۰/۵۴**	-۰/۲۷**	۱

P<۰/۰۱ \*\* P<۰/۰۵\*

جدول ۱- ماتریس همبستگی در متغیرهای پژوهش

1. physical health
2. psychosocial health



شاخصهای توصیفی متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
ایمنی هیجانی	۲۳/۸۰	۲/۸۵	۱۱/۰۰	۲۸/۰۰
مقابلهی هیجان مدار	۲۹/۵۰	۷/۵۵	۱۵/۰۰	۷۲/۰۰
خلق منفی	۷۱/۹۸	۱۲/۵۲	۳۶/۷۴	۱۰۶/۷۴
خلق مثبت	۱۱۲/۸۱	۱۴/۲۰	۶۶/۰۰	۱۵۲/۰۰
سلامت روانی- اجتماعی	۷۹/۹۶	۹/۲۱	۴۳/۰۰	۹۶/۰۰
سلامت جسمی	۳۱/۶۹	۴/۵۵	۱۳/۰۰	۳۹/۰۰
نشانه های آسیب شناختی	۱۱/۶۴	۳/۶۳	۴/۰۰	۲۲/۵۵

جدول ۲- شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در کل نمونه

احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده با خلق مثبت کودک ( $\beta = 0.10$  و  $P < 0.05$ ) و رابطه معنادار معکوس ایمنی هیجانی با خلق منفی کودک ( $\beta = -0.17$  و  $P < 0.001$ ) و همچنین رابطه معنادار معکوس مقابلهی هیجان مدار کودک با خلق مثبت ( $\beta = -0.12$  و  $P < 0.05$ ) و رابطه معنادار مستقیم مقابلهی هیجانی با خلق منفی کودک ( $\beta = 0.24$  و  $P < 0.001$ ) است و فرضیه سوم نیز مورد تایید قرار می گیرد. با توجه به تایید شدن شرایط لازم برای انجام آزمون واسطگی، با اجرای آزمون رگرسیون سلسله مراتبی، نقش واسطه ای خلق کودک در رابطه بین ایمنی و مقابلهی هیجانی با برون داده های کودک مورد بررسی قرار گرفتند و دو مکانیسم واسطه ای بدست آمد. جدول ۳ (الف و ب) نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مربوط به نقش واسطه ای خلق منفی کودک را در رابطه بین ایمنی هیجانی در خانواده با نشانه های آسیب شناختی کودک نشان می دهد.

( $P < 0.001$ ) بوده و فرضیه اول این پژوهش مورد تایید قرار گرفت. در بررسی فرضیه دوم، نتایج تحلیل رگرسیون استاندارد نشان دهنده نقش خلق مثبت کودک در پیش بینی معکوس نشانه های آسیب شناختی ( $\beta = -0.46$  و  $P < 0.001$ ) و پیش بینی مستقیم سلامت جسمی ( $\beta = 0.27$  و  $P < 0.001$ ) و سلامت روانی- اجتماعی کودک ( $\beta = 0.46$  و  $P < 0.001$ ) بودند. همچنین نقش خلق منفی کودک در پیش بینی مستقیم نشانه های عاطفی- رفتاری ( $\beta = 0.47$  و  $P < 0.001$ ) و پیش بینی معکوس سلامت جسمی ( $\beta = -0.26$  و  $P < 0.001$ ) و سلامت روانی- اجتماعی ( $\beta = -0.51$  و  $P < 0.001$ ) کودک مورد تایید قرار گرفت. به این ترتیب فرضیه دوم این پژوهش نیز تایید شد. بررسی فرضیه سوم این پژوهش با اجرای معادله رگرسیون استاندارد نیز نشان دهنده رابطه معنادار مثبت

شاخص	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R	R <sup>2</sup>	خطای برآورد
رگرسیون ۱	۱۲۱۶/۵۷	۱	۱۲۱۶/۵۷	۱۱۸/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۰/۲۲	۳/۲۰
رگرسیون ۲	۱۲۴۹/۴۸	۲	۶۲۴/۷۴	۶۱/۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۲۳	۳/۱۹

۱- متغیر پیش بین: خلق منفی

۲- متغیرهای پیش بین: خلق منفی، ایمنی هیجانی

متغیر ملاک: نشانه های عاطفی- رفتاری

جدول ۳- الف: شاخص های آماری و نتایج معناداری رگرسیون مربوط به نقش واسطه ای خلق منفی کودک در رابطه بین ایمنی هیجانی در خانواده با نشانه های عاطفی- رفتاری کودک





شاخص رگرسیون	ضریب B ضریب بتا	t	سطح معناداری	خطای معیار
۱ خلق منفی	۰/۱۳	۱۰/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۰۱
۲ خلق منفی	۰/۱۳	۱۰/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۰۱
ایمنی هیجانی	-۰/۰۰۱	-۱/۷۹	۰/۰۷۳	۰/۰۵

جدول ۳- ب: شاخص‌های آماری و ضرایب مربوط به نقش واسطه‌ای خلق منفی کودک در رابطه بین ایمنی هیجانی با نشانه‌های عاطفی-رفتاری کودک

کردن خلق منفی در رابطه بین مقابله هیجان مدار با سلامت جسمی کودک، این رابطه معناداری خود را از دست می‌دهد در حالیکه رابطه خلق منفی با کاهش سلامت کودک همچنان معنادار است و نقش واسطه‌ای خلق منفی مورد تایید قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که مقابله هیجان مدار کودک با نایمنی در خانواده از طریق خلق منفی کودک منجر به کاهش سلامت جسمی کودک می‌شود و استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مشغله ذهنی و کناره‌گیری در کودکانی که واجد خلق منفی هستند می‌تواند مشکلات سلامت جسمی را به دنبال داشته باشد. نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به نقش واسطه‌ای خلق مثبت و همچنین نقش تعاملی خلق کودک و ایمنی هیجانی معنادار نبوده و گزارش نشدند.

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این تحقیق، بررسی نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کننده خلق کودک در رابطه بین احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده با نشانه‌های عاطفی-رفتاری و سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک است. به عبارت

همانطور که نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهند، برای سنجش نقش واسطه‌ای، طبق دستورالعمل بارون و کنی (۱۹۸۶) در مرتبه اول متغیر واسطه‌ای مفروض خلق منفی و در گام دوم متغیر پیش بین ایمنی هیجانی وارد معادله رگرسیون می‌شوند تا بدین وسیله اثر خلق منفی کودک در رابطه ایمنی هیجانی با نشانه‌های آسیب‌شناختی کنترل شود. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با وارد کردن خلق منفی به رابطه بین ایمنی هیجانی با نشانه‌های آسیب‌شناختی کودک، این رابطه معناداری خود را از دست می‌دهد در حالیکه رابطه خلق منفی با مشکلات کودک همچنان معنادار است و نقش واسطه‌ای خلق منفی مورد تایید قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، خلق منفی کودک می‌تواند اثر ایمنی هیجانی در کاهش نشانه‌های خطر آسیب‌شناختی کودک را از بین ببرد.

جدول ۴ (الف و ب) نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مربوط به نقش واسطه‌ای خلق منفی کودک را در رابطه بین مقابله هیجانی با سلامت جسمی کودک نشان می‌دهد.

همانطور که نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهند، با وارد

شاخص رگرسیون	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	R	R <sup>2</sup> ضریب تعیین	خطای برآورد
رگرسیون ۱	۶۹۲/۷۳	۱	۶۹۲/۷۳	۳۰/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۲۶	۰/۰۶	۴/۷۵
رگرسیون ۲	۷۷۴/۹۱	۲	۳۸۷/۴۵	۱۷/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۲۷	۰/۰۷	۴/۷۳

۱- متغیر پیش بین : خلق منفی

۲- متغیرهای پیش بین : خلق منفی ، مقابله هیجان مدار

متغیر ملاک : سلامت جسمی کودک

جدول ۴- الف: شاخص‌های آماری و نتایج معناداری رگرسیون مربوط به نقش واسطه‌ای خلق منفی کودک در رابطه بین مقابله هیجان مدار با سلامت جسمی کودک



شاخص	ضریب B	ضریب بتا	t	سطح معناداری	خطای معیار
۱ خلق منفی	-۰/۱۰	-۰/۲۶	-۵/۵۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱
۲ خلق منفی	-۰/۰۹	-۰/۲۴	-۴/۹۳	۰/۰۰۰	۰/۰۱
مقابلۀ هیجان مدار	-۰/۰۶	-۰/۰۹	-۱/۹۱	۰/۰۵۶	۰/۰۳

جدول ۴-ب: شاخص‌های آماری و ضرایب مربوط به نقش واسطه‌ای خلق منفی کودک در رابطه بین مقابلۀ هیجان مدار با سلامت جسمی کودک

بر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناسازگارانه کودک در واکنش به کاهش ایمنی هیجانی در کل خانواده تاکید می‌کند. در این نظریه فرض می‌شود که کاهش احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده، کودک را برای اکتساب یا حفظ ایمنی از طریق راهکارهای مقابلۀ ای ناکارآمدی همچون مشغله ذهنی با مشکلات خانواده و یا کناره‌گیری از آن برای کم کردن استرس ناشی از آن برمی‌انگیزد و این تلاش، هر چند که در کوتاه مدت مفید باشد، در نهایت خطر افزایش مشکلات روانشناختی را در کودک به دنبال دارد. دیویس و همکاران (۲۰۰۷) در نظریه ایمنی هیجانی عنوان می‌کنند که افزایش پاسخ کودک به نایمنی در خانواده، می‌تواند منجر به افزایش پاسخ‌های زیستی کودک به منظور اکتساب و حفظ ایمنی هیجانی شود. استرس، برانگیختگی و هوشیاری، در نتیجه واکنش‌پذیری هیجانی کودکان، آنها را برای تهدید احتمالی در خانواده‌هایی با تعارض بالا آماده می‌کند و به منابع جسمی و روانشناختی آنها انرژی می‌دهد. اگرچه کناره‌گیری از تعارض خانواده از طریق کوچک شمردن اضطراب، می‌تواند کودکان را در برابر رشد برخی از مشکلات روانشناختی حفظ کند، ولی بدست آوردن و حفظ ایمنی به این ترتیب و با سرکوب کردن استرس درونی، نیاز به انرژی قابل توجه جسمی و روانشناختی دارد که می‌تواند منابع لازم برای سایر نیازهای تحولی (مثل استقلال و خودکفایی) را به شدت محدود کند. علاوه بر این، آبرز و همکاران (۱۹۹۶) در بررسی نقش راهکارهای مقابلۀ ای کودکان با مشکلات سازگاری، به این نتیجه رسیدند که بکار بردن راهکارهای حل مسئله توسط کودک در ارتباط با

دیگر، این مطالعه به بررسی همزمان و مستقل نقش محافظ و خطر خلق فردی کودک و ایمنی هیجانی خانواده در بروز مشکلات روانشناختی و سلامت کودکان می‌پردازد. به این منظور چندین فرضیه مطرح شدند که هر یک بطور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرند.

یافته اول این تحقیق یعنی نقش احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده و راهکارهای مقابلۀ هیجان مدار کودک با نایمنی به دو صورت مشغله ذهنی و کناره‌گیری در خطر اختلالات عاطفی-رفتاری و مشکلات سلامت کودک، همسوسو با نتایج تحقیقات دیگر در این زمینه است. برای مثال، الشیخ و همکاران (۲۰۰۸) توانستند نقش نایمنی هیجانی در خانواده را در پیش بینی مشکلات درونی سازی (عاطفی) و برونی سازی (رفتاری) و اختلال استرس پس از سانحه در کودک مورد تایید قرار دهند. همچنین کامینگز و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که کاهش ایمنی هیجانی در خانواده، در واکنش‌های عاطفی و رفتاری کودکان بصورت مشکلات افسردگی و اضطراب و بزهکاری آشکار می‌شود. کامینگز و همکاران (۲۰۰۶) به رابطه بین نایمنی هیجانی در خانواده با مشکلات عاطفی و رفتاری، هم در کودکان و هم در نوجوانان دست یافتند. الشیخ و همکاران (۲۰۰۷) نیز به این نتیجه رسیدند که نایمنی هیجانی در خانواده، در رابطه با کاهش مقدار و کیفیت خواب در کودکان است که به نوبه خود اختلال در کارکردهای شناختی مثل عملکرد تحصیلی ضعیف و ناسازگاری‌های هیجانی و اجتماعی را به دنبال دارد. بنابراین یافته اول این مطالعه، با این فرضیه نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۶) مطابقت دارد که



و همکاران، ۱۹۹۳). در یک تحقیق طولی کوچانسکا و ناک (۲۰۰۳) نشان دادند که کودکانی که از توانایی کنترل بالاتری برخوردار بودند ۷۳ ماه بعد مشکلات رفتاری کمتری نشان دادند. همچنین، تحقیق دیگری نشان داده است که کودکانی که قادر به بکارگیری موثر توجه برای تنظیم رفتار هستند بهتر می‌توانند پاسخهای نامناسب مثل دادزدن یا دزدی کردن را بازدارند کنند، به عبارت دیگر بیشتر به تاثیر رفتارشان بر دیگران توجه میکنند و این امر، درونی سازی هنجارها را برای رفتار نوع دوستی تسهیل میکند (روتبارت و همکاران، ۲۰۰۰). علاوه بر این، توانایی کنترل بالا و ترس و پرخاشگری پایین پیش بینی کننده مشکلات عاطفی و رفتاری کمتر در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله است به نحوی که توانایی کنترل بالا در ارتباط با صفت همدلی (روتبارت و همکاران، ۱۹۹۴) و پیش گویی کننده سطوح پایین مشکلات سازگاری کودک بوده است (لنگوا، ۲۰۰۳). این یافته با الگوی آسیب پذیری<sup>۴</sup> (کلارک و همکاران، ۱۹۹۴) که خلق را زمینه ای برای آسیب پذیری فرد به اختلالات روانی می‌داند کاملاً مطابقت و هماهنگی دارد.

هر چند تحقیق حاضر نتوانست به هیچگونه نقش تعاملی برای خلق و ایمنی هیجانی در پیش بینی نشانه‌های اختلال و کاهش سلامت کودک دست یابد اما دو مکانیسم واسطه ای را در این رابطه مورد تایید قرار داد و نشان داد که خلق منفی کودک به عنوان یک عامل خطر فردی می‌تواند اثر محافظ ایمنی هیجانی خانواده را بر خطر بروز اختلالات عاطفی-رفتاری خنثی کند. همچنین بررسی حاضر نشان داد که مقابله هیجان مدار با ناایمنی در خانواده به دو صورت مشغله ذهنی و کناره گیری در کودکانی که واجد ویژگیهای خلقی منفی هستند می‌تواند منجر به کاهش سلامت جسمی آنها شود. به عبارت دیگر، داشتن زمینه‌های خلقی منفی به همراه محیط ناایمن عاطفی در خانواده یکی از مکانیسم‌هایی است که در بروز مشکلات سلامت جسمی

کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری کودک 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 در برخورد با عوامل استرس زا استفاده می‌کنند. مطالعه حاضر در راستای توسعه و بسط تئوری ایمنی هیجانی نشان داد که احساس ناایمنی هیجانی کودک در خانواده پیش بینی کننده افزایش خطر مشکلات عاطفی-رفتاری و کاهش هم سلامت جسمی و هم سلامت روانی-اجتماعی کودک است.

یافته دوم این تحقیق تایید نقش خلق منفی کودک در پیش بینی افزایش نشانه‌های آسیب شناختی و کاهش سلامت جسمی و روانی-اجتماعی کودک است. بیشتر الگوهای مربوط به خلق و تحقیقات در مورد آن به نقش خلق در سازگاری روانی کودکان پرداخته‌اند (برای مثال، پرپور، ۱۹۹۲) و معتقدند خلق می‌تواند فرد را در خطر بیشتر آسیب‌های روانی قرار دهد و قادر است شکل یک اختلال و سیر تحول آن را تحت تاثیر قرار دهد. کلارک و همکاران (۱۹۹۴) خلق را زمینه ای برای آسیب پذیری فرد به اختلالات روانی می‌دانند. شواهدی مبنی بر سهم واکنش پذیری منفی<sup>۱</sup> و خودگردانی<sup>۲</sup> در رشد مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان وجود دارد (روتبارت و بیتس، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۱). محققان نشان داده‌اند که بین خلق دشوار در نواپایی و مشکلات رفتاری فعلی و بعدی کودکان رابطه وجود دارد (برای مثال، بیتس و همکاران، ۱۹۹۸). در چارچوب رویکرد سیستمی در آسیب شناسی تحولی نیز، زمینه‌های خلقی (مازید و همکاران، ۱۹۹۰) به عنوان یکی از عوامل خطری مطرح شده‌اند که می‌توانند منجر به وقوع یا تسریع اختلالات سازگاری شده یا سلامت فرد را به خطر بیندازند و یا اینکه به عنوان عوامل محافظ مانع از وقوع یک اختلال و یا مانع از عمل عوامل خطر شوند (برای مثال، کوی

3. effortfull control  
4. vulnerability model

1. negative affectivity  
2. self regulation



محدودیت‌های دیگر این بررسی استفاده از مقیاس‌های سنجش کودکان است که برای کودکان ایرانی طراحی نشده‌اند و ساخت و هنجاریابی مقیاس‌های سنجش خلق، سلامت و مشکلات کودک که مختص کودکان جامعه ایرانی باشد به محققان پیشنهاد می‌شود. شناخت هر چه بیشتر عوامل خطر و محافظ فردی و خانوادگی و مکانیسم اثر آنها، می‌تواند در برنامه ریزی‌های مداخله‌ای، به منظور ارتقای سلامت کودکان یا محافظت از آنها در برابر عوامل خطر فردی و خانوادگی مورد استفاده قرار بگیرد.

در پایان از کلیه مدیران، معلمان، مادران و دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش همکاری نموده‌اند سپاسگزاری می‌کنیم.

#### فهرست منابع

- تهرانی دوست، م.، شهرپور، ز.، پاکباز، ب.، رضایی، آ.، و احدی، ف. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات (SDQ). تازه‌های علوم شناختی، ۸(۴)، ۳۹-۳۳.
- وفایی، م.، و روشن، م. (۱۳۸۵). بررسی رابطه عوامل پیش‌بینی‌کننده خطر و محافظ خانواده با توانمندی‌ها و اختلال‌های عاطفی- رفتاری نوجوانان. روانشناسی معاصر، ۱(۲)، ۱۷-۴.
- 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.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1, Attachment. Harmondsworth, Penguin.
- 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.
- Carson, D. K., Council, J. R., & Graveley, J. E. (1991). Temperament and family characteristics predictors of children's reactions to hospitalization. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 12, 141-147.

کودکان نقش دارد. این یافته‌ها دقیقاً مطابق با فرضیه راتر (۱۹۹۷) در مورد نقش متقابل عوامل خطر و محافظ در رشد اختلالات کودکان است. همچنین کارسون و همکاران (۱۹۹۱) عنوان می‌کنند، تفاوت‌های کودکان در ویژگی‌های خلقی پیش‌بینی‌کننده پاسخ‌های کودکان به استرس در محیط است. به عبارت دیگر، کودکان به دلیل برخی ویژگی‌های خلقی، ممکن است نسبت به استرس زاهای محیطی حساستر باشند و بیشتر تحت تاثیر قرار بگیرند.

تحقیقات قبلی از این فرضیه حمایت کرده‌اند، برای مثال پائولی-پات و بکمن (۲۰۰۷) در یک مطالعه طولی بر روی ۶۴ خانواده نشان دادند که تعارض بین والدین پیش‌بینی‌کننده هیجان‌پذیری منفی کودکان نوبا است و هر دو بطور مستقل در رابطه با بازداری رفتاری بعدی کودک هستند، همچنین هیجان‌پذیری منفی کودک تعدیل‌کننده رابطه تعارض والدین با مشکلات رفتاری بعدی کودک است، بطوریکه کودکانی که هیجان‌پذیری منفی بالاتری دارند و شاهد تعارضات خانوادگی هستند مشکلات رفتاری جدیتری در مقایسه با کودکان واجد هیجان‌پذیری منفی کم نشان می‌دهند. علی‌رغم یافته‌های این تحقیق، یکی از محدودیت‌های بررسی حاضر استفاده از یک گروه سنی خاص است که نتایج آن را تنها برای همان گروه سنی قابل تعمیم می‌گرداند و انجام این پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی و مقایسه نتایج این گروه‌ها با هم در تحقیقات بعدی پیشنهاد می‌شود. محدودیت دیگر این تحقیق این است که اگرچه این مطالعه از فرایندهایی حمایت می‌کند که در تاثیر ویژگی‌های کودک و خانواده بر سازگاری کودکان نقش دارند، ولی به منظور درک بهتر روابط بین این متغیرها و توسعه الگوهای نظری، به تحقیقات بیشتر در این زمینه و کشف عوامل خطر و محافظ و فرایندهای واسطه‌ای دیگری در این روابط (همچون ارزیابی‌های کودک، رابطه والد-کودک و رفتارهای فرزندپروری والدین) نیاز می‌باشد که می‌توانند موضوع تحقیقات دیگر قرار بگیرند. از



- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Coon, H., Carey, G., Corley, R., & Fulker, D. W. (1992). Identifying children in the Colorado adoption Project at risk for conduct disorder. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 503-511.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Marlman, 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.
- 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.
- Cummings, E. M., Kouros, C. D., & Papp, L. M. (2007). Marital aggression and children's responses to everyday interparental conflict. *European Psychologist*, 12(1), 17-28.
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey M. C., & Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: Prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 77(1), 132-152.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Davies, P. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (2007). The role of child adrenocortical functioning in pathways between interparental conflict and child maladjustment. *Developmental Psychology*, 43(4), 918-930.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 3. Risk, Disorder, and Adaptation* (2nd ed., pp. 86-128). New York; Wiley.
- 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.
- 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.
- 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., Buckhalt, J. A., Keller, P. S., Cummings, E. M., & Acebo, C. (2007). Child emotional insecurity and academic achievement: The role of sleep disruptions. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 29-38.
- El-Sheikh, M., Cummings, E. M., Kouros, C. D., Elmore-Statone, L., & Buchhalt, J. (2008). Marital psychological and physical aggression and children's mental and physical health: Direct, Mediated, and moderated effects. *J of Consul and Clinic Psych*, 70(1), 138-148.
- Forman, E. M., & Davies, P. T. (2005). Assessing children's appraisals of security in the family system. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 900-916.
- 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.
- Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., et al. (1987). Roundtable: What is temperament? 4 approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *J of Child Psychology and Psychiatry* 38(5), 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., & Gatward, R. (2000). Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Hayden, L. C., Schiller, M., Dickstein, S., Seifer, R., Sameroff, A. J., Miller, I., Keitner, G& Rasmussen, S. (1998). Levels of family assessment I: Family, marital, and parent-child interaction. *J of Family Psychology*, 12, 7-22.
- 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.

Kochanska, G. & Knaack, A. (2003). Effortful control as a personality characteristic of young children: Antecedent, correlates, and consequences. *Journal of Personality*, 71(6), 1087-1112.

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.

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.

Maziade, M., Caron, C., Cote, R., Merette, C., Berniaer, H., Laplante, B. et al. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperament at age 7. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1531-1536.

Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*, 41, 405-434.

Mrazek, P. B., Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*: Natl Academy Press.

Muris, D., Meesters, C. & Rompelberg, L. (2007). Attention control in middle childhood: Relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behavior Research and Therapy*, 45(5), 997-1010.

Olson, D. H. (1999). Empirical approaches to family assessment. *Journal of Family Therapy*, 9, 171-180.

Pauli-Pott, U., & Beckmann, D. (2007). On the association of interparental conflict with developing behavioral inhibition and behavior problems in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 529- 532.

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. Prior, M. (1992). Childhood temperament. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 249-279.

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 Epidemiology Community Health*, 59, 75-82.

Rae-Grant, N., Thomas, H., Offord, D. R., Boyle, M. H. (1989). Risk and protective factors and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescent. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 262- 268.

Resnick, M. D., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Youth violence perception: What protects? What predicts? Findings from a National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 242.

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* (5th ed., 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., & Evans, D. A. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.

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.

Seifer, R., Sameroff, A. J., Baldwin, C. P., Baldwin, A. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 31, 893- 903.

Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, 71, 145-152.