

تعارض زناشویی و نقش مزاج کودک

Marital Conflict and the Role of Child Temperament

Fatemeh Gharehbaghy

M. A. in Psychology

Maria A. Vafaie, PhD

Tarbiat Modarres University

دکتر ماریا آگیلار وفايي

دانشيار دانشگاه تربيت مدرس

فاطمه قره‌باغي

کارشناس ارشد روان‌شناسی

Abstract

This study examined the mediating and moderating role of child temperament in the relationship between marital conflict and the child's affective-behavioral symptoms, physical and psychosocial health. 220 female and 193 male elementary school students (fifth grade) were selected using stratified random sampling. Their mother were administered the O'Leary-Porter Overt Hostility Scale (Porter & O'Leary, 1980), the Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (Putnam, Ellis & Rothbart, 2001), and the Child Health Questionnaire-Parent Form (Landgraf & Abetz, 1996). In addition, mothers and teachers of the students completed the Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997). Regression analysis of data indicated that marital conflict and child temperament were predictors of child psychopathological symptoms and health. Marital conflict was positively correlated with negative temperament, and negatively correlated with positive temperament. The moderating role of child's positive temperament and effortful control in marital conflict and child health was posited, as well as the mediating effect of child temperament in the relation between marital conflict and child behavioral symptoms. The implications based on the research findings are discussed.

Key words: marital conflict, child temperament, psychopathological symptoms, health.

Contact information : fagh_1977@yahoo.com

چکیده

هدف از اجرای این تحقیق، بررسی نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کنندگی مزاج کودک در رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های عاطفی - رفتاری، سلامت جسمانی و روانی-اجتماعی کودک بود. ۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر از جامعه دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی شهر تهران با روش نمونه‌برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و مادران آنها به مقیاس خصومت آشکار اولری-پورتر (OPS: پورتر و اولری، ۱۹۸۰)، پرسشنامه بازنگری شده مزاج اوایل نوجوانی (EATQ-R؛ پوتنام، الیس و روتبارت، ۲۰۰۱) و پرسشنامه سلامت کودک-فرم والدین (CHQ-PF-28؛ لندگراف و آبتز، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. مادران و معلمان نیز پرسشنامه تواناییها و مشکلات (SDQ؛ گودمن، ۱۹۹۷) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان دادند که تعارض زناشویی و مزاج کودک پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و سلامت کودک بودند. همبستگی مثبت بین تعارض زناشویی با مزاج منفی و همبستگی منفی بین تعارض زناشویی با مزاج مثبت کودک به دست آمد. نقش تعدیل‌کننده مزاج مثبت و توانایی مهار بالای کودک بر تعارض زناشویی و سلامت کودک و نقش واسطه‌ای مزاج کودک در رابطه بین تعارض زناشویی و نشانه‌های رفتاری کودک تأیید شد. استدلالمهای حاصل از نتایج پژوهش مورد بحث قرار گرفتند.

واژه‌های کلیدی : تعارض زناشویی، مزاج کودک، نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی، سلامت.

received : 21 Jun 2008

دریافت : ۸۷/۴/۱

accepted : 25 Jan 2009

پذیرش : ۸۷/۱۱/۶

مقدمه

تعارض بین‌والدینی^۱، یکی از مشکلاتی است که کودکان سراسر دنیا با آن مواجه هستند و تقریباً همه کودکان حدی از تعارض بین والدین را تجربه و آن را به عنوان منبع تنیدگی^۲ معرفی می‌کنند (کامینگز، کوروس و پاپ، ۲۰۰۷). آثار تعارض زناشویی در قلمروهای مختلف مانند کنشهای شناختی^۳، اجتماعی، تحصیلی و روان‌شناختی کودک (الیس و گاربر، ۲۰۰۰)، رابطه با همسالان (دان و دیویس، ۲۰۰۱) و کنشهای خانواده مانند فرزندپروری (کاکس، پالی و هارتر، ۲۰۰۱) مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال، پژوهشها نشان داده‌اند که بین تعارض والدین و مشکلات عاطفی (افسردگی و اضطراب) و رفتاری (پرخاشگری و بزهکاری) کودکان رابطه معنادار وجود دارد (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴). بررسیهای معدودی که به مطالعه فعالیت زیستی در الگوهای تعارض بین والدینی پرداخته‌اند، تنها بر فعالیت قلبی-عروقی به عنوان کنش سمپاتیک-آدرنال - بصل‌النخاعی متمرکز شده‌اند (ال‌شیخ، کامینگز، کوروس، المور-استاتون و باکالت، ۲۰۰۱). دیویس، هارولد، گوک-موری و کامینگز (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کنش آدرنو-کورتیکال^۴ در کودک می‌تواند رابطه بین تعارض والدین و مشکلات عاطفی-رفتاری کودک را تبیین کند. برحسب الگوهای تحولی، مواجهه با خصومت خانوادگی، عملکرد سیستمهای عصب-زیستی کودک را دچار اختلال می‌کند و منجر به مشکلات سلامت می‌شود (ساسمن، ۲۰۰۶). سیستمهای عصب - زیستی نقش مهمی در حفظ انسجام جسمانی و روانی کودک در بافت تنیدگی‌زای^۵ خانواده‌های با تعارض بالا دارند. پژوهشگران نشان داده‌اند که مواجهه با محرکهای تنیدگی‌زا با تغییر پاسخهای عصب - زیست-شناختی در برابر تنیدگیهای بعدی کنشهای رفتاری و مغزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاهیل و مک گاف، ۱۹۹۸). همچنین فرض بر آن است که یکی از عوامل تعیین-

کننده اثر رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، مزاج^۶ فرد است. مزاج به عنوان بنیاد زیستی انگیزش، عاطفه و شخصیت (گولدسمیت، باس، پلامین، روتبارت، توماس و چس، ۱۹۸۷)، یا به منزله اساس زیستی که به وسیله محیط و تجربه‌های اجتماعی شدن تغییر می‌کند (روتبارت و بیتس، ۱۹۹۸)، تعریف می‌شود. برخی از پژوهشگران (مانند پریور، ۱۹۹۲) معتقدند که مزاج نقش مهمی در تحول اجتماعی، شخصیت و سازش‌یافتگی روانی کودکان ایفا می‌کند و می‌تواند به شیوه‌های متفاوت مانند ایجاد تفاوت‌های فردی، تحریک‌پذیری، تحریف پردازش اطلاعات مربوط به خود و محیط، پدیدایی یک اختلال، سیر تحول، عود و فرود آن، تشدید پاسخدهی به رویدادهای محیطی، ایجاد مانع در برابر عوامل خطرآفرین و تنیدگی‌زا، ایجاد مسیرهای تحولی متفاوت و افزایش یا کاهش اختلال در نتیجه تعامل مزاج با محیط مراقبت‌کننده کودک به سازش‌یافتگی یا اختلال در فرد منتهی می‌شود (روتبارت و پوسنر، ۱۹۹۵). مزاج می‌تواند آثار تجربه‌های تنیدگی‌زا بر کودکان را تعدیل کند (گارمزی و ماستن، ۱۹۹۰). به‌رغم توجه پژوهشهای گذشته به نقش مزاج در مشکلات آسیب‌شناختی کودکان (موریس، میسترز و رومپلگرگ، ۲۰۰۷) نقش آن در ابعاد مختلف سلامت کودک تاکنون نامشخص مانده است.

راتر (۱۹۹۷) نیز در چهارچوب دیدگاه سیستمی^۷ در آسیب‌شناسی تحولی، عنوان کرده است که عوامل محافظت-کننده و خطرآفرین می‌توانند آثار یکدیگر را خنثی کنند و یا از طریق چندین منبع درونی و برونی به‌طور همزمان بر فرد اثر گذارند. رگه‌های شخصیتی منفی (کون، کاری، کورلی و فالکر، ۱۹۹۲) و زمینه‌های مزاجی (مازید، کارون، کوت، مرت، برنیر و لاپلانته، ۱۹۹۰) به عنوان عوامل خطرآفرین روان‌شناختی شناخته شده‌اند. تنیدگی مزمن در خانواده در نتیجه فقر، طلاق، تعارض آشکار خانوادگی و روابط خانوادگی سرد، غیرحمایت‌گرانه و توأم با سهل-انگاری (رسنیک، آیلند و بوروسکی، ۲۰۰۴) نیز به عنوان عوامل خطر اجتماعی مطرح شده‌اند. عوامل حمایت‌کننده

1. interparental conflict
2. stress
3. cognitive functions

4. adrenocortical function
5. stressor
6. temperament

7. systems perspective

روش

آزمودنیها شامل ۴۱۳ دانش‌آموز (۲۲۰ دختر و ۱۹۰ پسر) با میانگین سنی ۱۰/۸ سال بودند که از بین جامعه ۹۳۰۷۸ نفری دانش‌آموزان پایه پنجم ابتدایی تهران به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای از سه منطقه آموزش و پرورش (مناطق ۴، ۸ و ۱۷) انتخاب شدند. علت انتخاب این جامعه شواهدی است مبنی بر اینکه اواخر کودکی و اوایل نوجوانی، مرحله آسیب‌پذیری خاص به رویدادهای تنیدگی‌زای خانواده است (کامینگز و دیویس، ۱۹۹۶). برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

● **مقیاس خصومت آشکار اولری - پورتر^۴ (OPS):** پورتر و اولری، (۱۹۸۰) این مقیاس، ادراک هر یک از والدین را از تکرار وقوع تعامل‌های مثبت و منفی که زوجین در حضور کودک نسبت به هم ابراز می‌کنند می‌سنجد. ماده‌های آن شامل تفاوت بازخورد زوجین در مسائل انضباطی کودک، شکایت از یکدیگر، سوءاستفاده کلامی یا جسمانی و ابراز عاطفه زوجین نسبت به یکدیگر است. این ابزار با ۱۰ سؤال، برای سنجش میزان مشاجره آشکار والدین در حضور فرزندشان طراحی شده است. ۹ سؤال اول به‌طور مثبت و سؤال ۱۰ (ابراز عاطفه زوجین نسبت به یکدیگر در حضور کودک)، به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشانه تعارض کمتر است. در این بررسی به منظور تسهیل تحلیل داده‌ها، نمره‌های تعارض نهایی به دست آمده معکوس شدند تا نمره بیشتر نشان‌دهنده تعارض زناشویی بیشتر باشد. گریچ، سید و فینچام (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۶ بعد از دو هفته را گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

● **پرسشنامه بازنگری‌شده مزاج اوایل نوجوانی^۵ (EATQ-R):** که توسط پوتنام و دیگران (۲۰۰۱) ساخته شده، یک فرم کودکان (۱۱ تا ۱۴ سال) و یک فرم والدین دارد. در این پژوهش از فرم والدین که ۱۱ بُعد خلقی را با ۶۲ سؤال می‌سنجد استفاده شد و مقیاسهای آن عبارتند از: توانایی

می‌توانند مانع وقوع یک اختلال شوند، در حالی که عوامل خطرآفرین می‌توانند وقوع یک اختلال یا سیر تحول آن را تسریع کنند (کوی و دیگران، ۱۹۹۳). دیدگاه سیستمی در آسیب‌شناسی کودک (راتر، ۱۹۹۷) یک دیدگاه فرایند مدار^۱ است که بر نقش مکانیزم‌های واسطه‌ای^۲ و تعدیل‌کننده^۳ در تبیین چگونگی اثر عوامل تنیدگی‌زا بر عملکرد کودکان و اهمیت الگوهای واسطه‌ای، تعیین روابط خاص علی و زمانی بین یک متغیر پیش‌بینی‌کننده، متغیر واسطه و متغیر برونشد تأکید می‌کند (بارون و کنی، ۱۹۸۶؛ هولمبک، ۱۹۹۷). در پژوهش‌های علوم رفتاری، برای پیش‌بینی رفتار از طریق متغیرهای خلقی، از الگوی ترکیبی استفاده می‌شود، بدین معنا که نقش یک متغیر (مانند مزاج) به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده و واسطه‌ای بر یک رفتار خاص مورد مطالعه قرار می‌گیرد. به عقیده روتبارت، احدی و ایوانز (۲۰۰۰)، بررسی مزاج می‌تواند منجر به ساخت الگوهای فرایندمداری شود که براساس مکانیزم‌های واسطه‌ای شکل می‌گیرند و اغلب نظریه‌های شخصیت فاقد آن هستند. این الگوها می‌توانند ارتباط بین تفاوت‌های فردی و پایه‌های زیستی و روان‌شناختی آن را توضیح دهند. با توجه به آنچه گفته شد، در این مطالعه نقش واسطه‌ای و تعدیل‌کنندگی مزاج کودک در رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های خطر عاطفی - رفتاری و سلامت کودک بررسی می‌شود. بدین منظور فرضیه‌های زیر تدوین شده‌اند:

- ۱- تعارض زناشویی پیش‌بینی‌کننده مزاج، نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و سلامت کودک است.
- ۲- مزاج کودک پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و سلامت کودک است.
- ۳- مزاج کودک تعدیل‌کننده رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های آسیب‌شناختی و سلامت کودک است.
- ۴- مزاج کودک واسطه رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های آسیب‌شناختی و سلامت کودک است.

1. procedural perspective
2. mediator mechanisms
3. moderator mechanisms

4. Overt Hostility / O'Leary - Porter Scale (OPS)
5. Early Adolescent Temperament Questionnaire Revised (EATQ-R)

والدین با سطوح تحصیلی و شرایط کاری مختلف قابل استفاده است (دروتار، شوارتز، پارمو و برانت، ۲۰۰۶). مطالعات روانسازی آن (رات، باترویک، لندگریو و هوگوین، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند که پرسشنامه CHQ می‌تواند بین کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قابل شود و با سایر مقیاسهای سلامت و کیفیت زندگی همبستگی دارد. سه زیرمقیاس مشکلات و محدودیتهای جسمانی، سلامت عمومی و درد بدنی، بُعد سلامت جسمانی^{۱۳} و پنج زیر-مقیاس محدودیتهای اجتماعی-عاطفی - رفتاری، حرمت خود^{۱۴}، سلامت ذهنی، رفتار، مشکلات خانواده (شامل تأثیرپذیری عاطفی و زمانی والدین و فعالیتهای کل خانواده از مشکلات سلامت کودک و همچنین انسجام خانوادگی) بُعد سلامت روانی - اجتماعی^{۱۵} را می‌سنجند. پرسشنامه CHQ تاکنون به ۲۵ زبان در ۳۲ کشور ترجمه شده است، به‌ویژه برای کودکان طراحی شده و اثرات سلامت کودک را بر کنش خانواده نیز تعیین می‌کند. فرم کوتاه آن ۲۸ سؤال دارد که بر مبنای مقیاس لیکرت درجه‌بندی شده‌اند و نمره‌های پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت پایین‌تر هستند. در این تحقیق از دو مقیاس سلامت جسمانی و سلامت روانی - اجتماعی آن استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ آنها به ترتیب برابر با ۰/۷۰ و ۰/۸۵ بودند.

● **پرسشنامه تواناییها و مشکلات^{۱۶} (SDQ؛ گودمن، ۱۹۷۱)** برای سنجش و غربالگری اختلالهای روان‌شناختی کودکان در جامعه کودکان ۴ تا ۱۶ ساله انگلیسی طراحی شده و برای معلمان، والدین و کودکان قابل استفاده است. این پرسشنامه توانسته در یک جمعیت ۷۹۸۴ نفری از کودکان ۵ تا ۱۵ سال در بریتانیا، کودکان واجد تشخیص روان-پزشکی را با دقت ۹۶/۶ درصد و حساسیت ۶۳/۳ درصد تشخیص دهد و بیش از ۷۰ درصد از کودکان دچار اختلالهای رفتار هنجاری^{۱۷}، بیش‌فعالی و افسردگی را

مهار فعال‌سازی^۱ یا توانایی انجام یک عمل وقتی تمایل قوی برای اجتناب از آن وجود دارد (۷ سؤال)، پیوند-جویی^۲ یعنی تمایل به گرمی و صمیمیت با دیگران که متمایز از خجالت و برون‌گردی است (۶ سؤال)، توجه یا توانایی تمرکز^۳ و تغییر توجه^۴ (۶ سؤال)، ترس^۵ یا فقدان لذت به دلیل پیش‌بینی تنیدگی (۶ سؤال)، ناکامی^۶ یا احساس ناتوانی در انجام تکالیف فعلی یا اهداف آینده (۶ سؤال)، تشدید زیاد لذت^۷ یا لذت ناشی از تازگی و چالش (۹ سؤال)، مهار بازدارنده^۸ یا توانایی برنامه‌ریزی و سرکوب کردن پاسخهای نامناسب (۵ سؤال)، کمرویی^۹ یا بازداری رفتاری نسبت به تازگی و چالش اجتماعی (۵ سؤال)، پرخاشگری^{۱۰} یا رفتار پرخاشگرانه نسبت به اشیا و اشخاص (۷ سؤال)، خلق افسرده^{۱۱} یا عدم لذت و افت خلق و کاهش علاقه به فعالیتهای (۵ سؤال). فرم تجدیدنظر شده آن که در این تحقیق به کار رفته شامل ۹ مقیاس است که برای سنین ۱۰ تا ۱۶ سال به کار می‌رود. در این پژوهش سه بُعد توانایی مهار بالا که شامل مجموع مقیاسهای توجه، مهار فعال‌سازی و مهار بازدارنده (α = ۰/۸۲)، مزاج مثبت که شامل مجموع مقیاسهای توجه، پیوندجویی، لذت‌جویی بالا، مهار بازدارنده و مهار فعال‌سازی است (α = ۰/۶۵) و مزاج منفی که شامل مجموع مقیاسهای ترس، ناکامی، کمرویی، پرخاشگری و خلق افسرده است (α = ۰/۶۶) مورد استفاده قرار گرفتند. الیس و روتبارت (۲۰۰۱) ضرایب آلفای کرونباخ زیر-مقیاسهای آن را بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۱ و همبستگی بین ارزیابیهای کودکان و مادران را در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار گزارش کرده‌اند.

● **پرسشنامه سلامت کودک - فرم والدین^{۱۲} (CHQ-PF-28)** که توسط لندگراف و آبتز (۱۹۹۶) طراحی شده، سلامت و کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان را بر پایه گزارشهای والدین می‌سنجد و برای دختران و پسران سنین مختلف و

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. Child Health Questionnaire – Parent Form (CHQ-PF-28)

13. physical health
14. self-esteem
15. psychosocial health
16. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
17. conduct problems

درست نیست (۰)، کمی درست است (۱) و حتماً درست است (۲) نمره‌گذاری می‌شود. در تحقیق حاضر از دو زیرمقیاس نشانه‌های رفتاری شامل مجموع زیرمقیاس‌های فزون‌کنشی، مشکلات رفتاری و مشکلات با همسالان با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و نشانه‌های عاطفی شامل مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی و اضطراب در کودک با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ استفاده شد. بین ارزیابی‌های مادران و معلمان از کل نشانه‌های آسیب‌شناختی کودک همبستگی قابل قبولی ($r=0/44, P<0/01$) به دست آمد. نتایج با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ مشخصه‌های آماری و ضرایب همبستگی متغیرهای این پژوهش را نشان می‌دهد.

تشخیص دهد (گودمن، فورد، سیمونز، گاتوارد و ملترز، ۲۰۰۰). این پرسشنامه به بررسی و تفکیک کودکان در معرض خطر بالای مشکلات سلامت روانی کمک می‌کند و به گزارش گودمن و دیگران (۲۰۰۰) روایی تشخیصی هر یک از زیرمقیاس‌های آن با چهارمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV) و دهمین ویراست طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالها^۲ (ICD-10) مناسب بوده است. مقیاس SDQ در ایران نیز رواسازی و اعتبار-یابی شده است (وفایی و روشن، ۱۳۸۵؛ تهرانی‌دوست، شهریور، پاکباز، رضایی و احدی، ۱۳۸۵). وفایی و روشن (۱۳۸۵) همسانی درونی بالا (۰/۶۶ تا ۰/۸۴) و روایی مطلوبی (همبستگی بین ارزیابی‌های مادران و معلمان = ۰/۴۳، $P<0/01$) برای آن گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه با ۲۵ سؤال شامل ۵ زیرمقیاس است: مشکلات رفتاری، نشانه‌های عاطفی، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، مشکلات با همسالان و رفتار دیگر دوستانه ۵ سؤال دارد که براساس سه مقوله

جدول ۱.

مشخصه‌های آماری و ضرایب همبستگی کل متغیرهای پژوهش (N = ۴۱۳)

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. تعارض زناشویی	۱۲/۴۰	۶/۲۰	—							
۲. مزاج مثبت	۱۱۲/۸۱	۱۴/۲۰	-۰/۳۰**	—						
۳. مزاج منفی	۷۱/۹۸	۱۲/۵۲	۰/۳۷**	-۰/۴۴**	—					
۴. توانایی مهار بالا	۵۸/۵۳	۱۱/۱۳	-۰/۳۲**	۰/۸۵**	-۰/۵۰**	—				
۵. سلامت جسمانی	۳۱/۶۹	۴/۵۵	-۰/۲۲**	۰/۲۷**	-۰/۲۴**	۰/۲۸**	—			
۶. سلامت روانی - اجتماعی	۷۹/۹۶	۹/۲۱	-۰/۴۲**	۰/۴۵**	-۰/۵۲**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	—		
۷. نشانه‌های عاطفی	۱/۴۵	۰/۲۹	۰/۳۶**	-۰/۲۶**	۰/۵۵**	-۰/۳۱**	-۰/۲۷**	-۰/۴۳**	—	
۸. نشانه‌های رفتاری	۱۳/۱۶	۱/۷۵	۰/۱۶**	-۰/۲۷**	۰/۲۳**	-۰/۳۳**	-۰/۲۲**	-۰/۳۶**	۰/۱۴**	—

** $P<0/01$.

نتایج تحلیل رگرسیون مربوط به فرضیه دوم (جدول ۳) نشان می‌دهند که نقش مزاج و توانایی مهار بالای کودک در پیش‌بینی نشانه‌های عاطفی-رفتاری و سلامت کودک تأیید می‌شود. در تأیید فرضیه سوم، دو مکانیزم تعدیل‌کنندگی به

همانطور که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۲ نشان می‌دهد، فرضیه اول این پژوهش تأیید می‌شود، یعنی تعارض زناشویی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مستقیم نشانه‌های عاطفی-رفتاری و مزاج منفی و پیش‌بینی‌کننده معکوس سلامت، مزاج مثبت و توانایی مهار بالای کودک باشد.

دست آمد که نتایج مربوط به هر دو در جدول ۴ خلاصه شده است (متغیر ملاک در معادله اول، سلامت روانی - اجتماعی و در معادله دوم سلامت جسمانی است).

جدول ۲.

خلاصه تحلیل رگرسیون نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های رفتاری، سلامت جسمانی، سلامت روانی - اجتماعی، مزاج مثبت، مزاج منفی و توانایی مهار بالای کودک براساس تعارض زناشویی

\underline{B}	β	\underline{R}^2	\underline{R}	
۰/۱۲	۰/۳۶**	۰/۱۳	۰/۳۶	نشانه‌های عاطفی
۰/۰۷	۰/۱۵**	۰/۰۲	۰/۱۵	نشانه‌های رفتاری
-۱/۱۸	-۰/۲۱**	۰/۰۴	۰/۲۱	سلامت جسمانی
-۴/۲۹	-۰/۴۳**	۰/۱۸	۰/۴۳	سلامت روانی - اجتماعی
-۴/۹۰	-۰/۳۰**	۰/۰۹	۰/۳۰	مزاج مثبت
۵/۲۴	۰/۳۷**	۰/۱۴	۰/۳۷	مزاج منفی
-۴/۲۲	-۰/۳۳**	۰/۱۱	۰/۳۳	توانایی مهار بالا

** $P < ۰/۰۱$.

جدول ۳.

خلاصه تحلیل رگرسیون نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های رفتاری، سلامت جسمانی و سلامت روانی - اجتماعی کودک بر پایه میزان مزاج مثبت، منفی و توانایی مهار بالا

\underline{B}	β	\underline{R}^2	\underline{R}	
مزاج مثبت				
-۱۳/۵۷	-۰/۲۸**	۰/۰۸	۰/۲۸	نشانه‌های عاطفی
-۶/۸۶	-۰/۲۱**	۰/۲۱	۰/۰۴	نشانه‌های رفتاری
۰/۷۸	۰/۲۷**	۰/۰۷	۰/۲۷	سلامت جسمانی
۰/۷۳	۰/۴۵**	۰/۲۱	۰/۴۵	سلامت روانی - اجتماعی
مزاج منفی				
۲۳/۱۲	۰/۵۴**	۰/۳۰	۰/۵۴	نشانه‌های عاطفی
۰/۰۰۸	۰/۲۱**	۰/۰۴	۰/۲۱	نشانه‌های رفتاری
-۰/۱۰	-۰/۲۶**	۰/۰۶	۰/۲۶	سلامت جسمانی
-۰/۳۶	-۰/۵۱**	۰/۲۶	۰/۵۱	سلامت روانی - اجتماعی
توانایی مهار بالا				
-۰/۰۰۹	-۰/۳۲**	۰/۱۰	۰/۳۲	نشانه‌های عاطفی
-۰/۰۱	-۰/۲۶**	۰/۰۷	۰/۲۶	نشانه‌های رفتاری
۰/۱۲	۰/۲۸**	۰/۰۸	۰/۲۸	سلامت جسمانی
۰/۴۲	۰/۵۲**	۰/۲۸	۰/۵۲	سلامت روانی - اجتماعی

** $P < ۰/۰۱$.

دیگر، مزاج می‌تواند جهت رابطه بین تعارض زناشویی با سلامت کودک را به‌طور معنادار (با توجه به مشخصه‌های F و ΔF و β) تغییر دهد. از طرف دیگر، توانایی مهار بالای

همانطور که نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهند، مزاج مثبت کودک می‌تواند رابطه بین تعارض زناشویی با سلامت روانی-اجتماعی کودک را تعدیل کند. به عبارت

جدول ۴.

خلاصه تحلیل رگرسیون نقش تعدیل‌کننده مزاج مثبت و توانایی مهار بالای کودک در رابطه بین تعارض زناشویی با سلامت روانی - اجتماعی و جسمانی کودک

متغیر	F	ΔF	R ^۲	ΔR ^۲	β	B
(۱)	۸۹/۲۱		۰/۳۰			
تعارض زناشویی					-۱/۱۸**	-۱۱/۷۶
مزاج مثبت کودک					-۰/۰۴	-۰/۰۲
تعارض زناشویی × مزاج مثبت	۶۲/۶۹	۷/۰۳	۰/۳۱	۰/۰۱	۰/۸۳**	۰/۰۷
(۲)						
تعارض زناشویی	۲۱/۵۵**		۰/۰۹		-۰/۶۸**	-۳/۷۶
توانایی مهار بالا					-۰/۱۵	-۰/۰۶
تعارض × مهار بالا	۱۶/۴۲**	۵/۶۶*	۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۵۶*	۰/۰۵

*P < ۰/۰۵. **P < ۰/۰۱.

رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های رفتاری کودک نشان می‌دهد (دو مکانیزم واسطه‌ای که معنادار بودند گزارش شده‌اند).

کودک نیز می‌تواند جهت رابطه بین تعارض زناشویی با سلامت جسمانی کودک را به صورت معنادار عوض کند. جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مربوط به تأیید فرضیه چهارم یا نقش واسطه‌ای مزاج را در

جدول ۵.

خلاصه تحلیل رگرسیون مربوط به نقش واسطه‌ای مزاج مثبت و منفی کودک در رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های رفتاری کودک

متغیر	F	ΔF	R ^۲	ΔR ^۲	β	B
(۱)	۲۰/۷۴**		۰/۰۴			
مزاج مثبت					-۰/۲۱**	-۰/۰۰۷
(۲)						
مزاج مثبت	۳/۳۷		۰/۰۵	۰/۰۰۸	-۰/۱۹**	-۰/۰۰۶
تعارض زناشویی					۰/۰۹	۰/۰۴
(۱)	۱۹/۸۸**		۰/۰۴			
مزاج منفی					۰/۲۱**	۰/۰۰۸
(۲)						
مزاج منفی	۲/۵۳	۰/۰۵	۰/۰۰۶		۰/۱۸**	۰/۰۰۷
تعارض زناشویی					۰/۰۸	۰/۰۴

**P < ۰/۰۱.

شواهدی مبنی بر سهم عاطفه منفی^۱ و خودنظم‌جویی^۲ در گسترش مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان وجود دارد (روتبارت و بیتس، ۱۹۹۸؛ آیزنبرگ، پیدادا و لیو، ۲۰۰۱). پژوهش حاضر امکان تأیید الگوهای نظری درباره نقش مزاج و ویژگیهای خلقی در سازش‌یافتگی روانی کودکان را نیز فراهم کرد.

نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مزاج کودک در رابطه بین تعارض زناشویی با سلامت و نشانه‌های رفتاری کودک برجسته شد. این یافته با نتایج تحقیقهای قبلی در این زمینه همسو هستند (کارسون، کانسیل و گریولی، ۱۹۹۱). بدین ترتیب، پژوهش حاضر نشان داد که مزاج مثبت کودک به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده درونی می‌تواند اثر تعارض زناشویی را بر کاهش سلامت و افزایش خطر نشانه‌های رفتاری کودک خنثی کند و مزاج مثبت و توانایی مهار بالا نیز تأثیر تعارض زناشویی بر کاهش سلامت جسمانی و افزایش خطر نشانه‌های رفتاری کودک را از بین می‌برند. همچنین مزاج منفی می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر درونی مکانیزمی باشد که از آن طریق تعارض زناشویی منجر به مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود. بنابراین، مزاج کودک یکی از دلایل دامنه پاسخهای متفاوت کودکان به تنیدگی در خانواده است.

در این پژوهش نیز مانند هر پژوهش دیگر، محدودیتهایی وجود دارند که ارائه پیشنهادهایی برای انجام پژوهشها در آینده را الزامی می‌سازند: استفاده از یک گروه سنی خاص، نتایج را تنها برای همان گروه سنی قابل تعمیم می‌کند و انجام این پژوهش در مورد سایر گروههای سنی و مقایسه نتایج این گروهها با یکدیگر را ضروری می‌سازد.

- اگر چه در این پژوهش از فرایندهایی حمایت می‌شود که در تأثیر تعارض والدین بر سازش‌یافتگی کودکان نقش دارند، ولی برای درک بهتر روابط بین این متغیرها و توسعه الگوهای نظری بررسیهای بیشتری در قلمرو کشف عوامل زمینه‌ساز و حمایت‌کننده نیاز است.

- عدم امکان حضور مادران در مدارس جهت پاسخ به

همانطور که نتایج در جدول ۵ نشان می‌دهند، با وارد شدن متغیرهای واسطه‌ای مفروض مزاج مثبت و منفی به معادله رگرسیون در مرتبه اول و وارد شدن متغیر پیش-بین تعارض زناشویی در مرتبه دوم، معناداری رابطه بین تعارض و نشانه‌های رفتاری از بین می‌رود، در حالی که رابطه بین مزاج با مشکلات رفتاری کودک همچنان معنادار باقی می‌ماند. بنابراین می‌توان گفت که مزاج منفی مکانیزمی است که از طریق آن تعارض زناشویی می‌تواند منجر به افزایش نشانه‌های رفتاری در کودک شود، در حالی که مزاج مثبت به‌عنوان یک عامل حمایت-کننده درونی می‌تواند رابطه بین تعارض زناشویی با نشانه‌های رفتاری کودک را خنثی کند.

بحث و تفسیر

در پژوهش حاضر به یافته‌هایی که در پی می‌آیند دست یافته شد:

در وهله نخست، همسو با نتایج پژوهشهای دیگر (مانند کامینز و دیویس، ۲۰۰۲؛ نیکولوتی، ال‌شیخ و ویتسون، ۲۰۰۳) تأثیر منفی تعارض زناشویی بر مزاج و سلامت کودکان مورد تأیید قرار گرفت و نشان داده شد که مواجهه با تعارضهای شدید و مداوم والدین، می‌تواند مشکلات رفتاری و کاهش سطح سلامت جسمانی کودکان را به دنبال داشته باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر مبین اهمیت نقش مزاج مثبت در پیش‌بینی مستقیم سلامت و پیش‌بینی معکوس نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و نقش مزاج منفی در پیش‌بینی کاهش سلامت و افزایش خطر نشانه‌های عاطفی - رفتاری کودک است. بیشتر الگوهای مربوط به مزاج و پژوهشهای انجام شده در مورد آن، نقش این متغیر را در سازش روانی کودکان برجسته ساخته و نشان داده‌اند که مزاج می‌تواند فرد را در معرض خطر ابتلای بیشتر به آسیبهای روانی قرار دهد (برای مثال، پریور، ۱۹۹۲). کلارک، واتسون و منیه‌کا (۱۹۹۴) مزاج فرد را زمینه‌ای برای آسیب‌پذیری به اختلالهای روانی می‌دانند.

ral Pediatrics, 12, 141-147.

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., 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.

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.

Cox, M. J., Paley, B., & Harter, K. (2001).

Interparental conflict and parent-child relationships. In J. Grych & F. Fincham (Eds.), *Child development and interparental conflict* (pp. 249-272). New York: Cambridge University Press.

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.

Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002).

Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 31-63.

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.

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994).

پرسشنامه‌ها و قرار گرفتن مقیاسها توسط دانش‌آموزان در اختیار مادران از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود که پاسخ‌گویی به پرسشنامه تعارض زناشویی، در شرایط عدم حضور همسران می‌تواند آن را مرتفع کند.

پژوهش حاضر نشان داد که چگونه مزاج و زمینه‌های خلقی کودک به‌عنوان عوامل خطر و حمایت‌کننده درونی می‌توانند رابطه بین تعارض زناشویی، به‌عنوان یک عامل تنیدگی‌زای محیطی را با نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی و سلامت کودک تحت تأثیر قرار دهند. افزون بر آن، نتایج نشان دادند که شناخت هر چه بیشتر عوامل خطر و حمایت‌کننده فردی و خانوادگی و مکانیزم اثر آنها می‌تواند در برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سلامت کودکان مفید واقع شود.

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

منابع

تهرانی‌دوست، م.، شهریور، ز.، پاکباز، ب.، رضایی، آ. و احدی، ف. (۱۳۸۵). روایی نسخه فارسی پرسشنامه تواناییها و مشکلات (SDQ). *بازدهای 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.

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.

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 Behavior-*

- K., Thomas, A., & Chess, S. (1987).** Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development, 58*, 505-529.
- Goodman, R. (1997).** The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 8*, 581-586.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Maziade, M., Caron, C., Cote, R., Merette, C., Berniaer, H., & Laplante, B. (1990).** Psychiatric status of adolescents who had extreme temperament at age 7. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1531-1536.
- Muris, D., Meesters, C., & Rompelger, L. (2007).** Attention control in middle childhood: Relations conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin, 116*, 387-411.
- 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*, 1-104.
- Drotar, D., Schwartz, L., Palermo, T. M., & Burant, C. (2006).** Factor structure of the Child Health Questionnaire-Parent Form in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 127-138.
- Dunn, J., & Davies, L. (2001).** Sibling relationships and interparental conflict. In J. Grych & F. Fincham (Eds.), *Child development and interparental conflict* (pp. 273-290). New York: Cambridge University Press.
- 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.
- Ellis, B. J., & Garber, J. (2000).** Psychological antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress. *Child Development, 71*, 485-501.
- 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.
- Garmezy, 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.**

- 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., 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., & 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. In D. Cicchetti (Ed.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Wiley.
- Rutter, M. (1997).** Protect factors: Independent or interactive? Letter to the editor. *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry, 30*, 151-155.
- Susman, E. J. (2006).** Psychobiology of persistent antisocial behavior: Stress, early vulnerabilities, and the attenuation hypothesis. *Neuroscience and Behavioral Reviews, 30*, 376-389.
- to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behavior Research and Therapy, 45* (5), 997-1010.
- 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.
- Porter, B., & O'Leary, K. D. (1980).** Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 8*, 287-295.
- 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., & Hoogveen, 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.