

نقش تعارض زناشویی و ایمنی هیجانی خانواده در سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی کودک

فاطمه قره‌باغی^۱، دکتر مریم آگیلار - وفايي^۲

The Role of Marital Conflict and Family Emotional Security in Children's Physical and Psychosocial Health

Fateme Gharehbaghy*, Maryam Aguilar-Vafaie^a

Abstract

Objectives: This research investigated the role of marital conflict and family emotional security in children's physical and psychosocial health. **Method:** 413 fifth-grade school children in the city of Tehran (220 girls and 193 boys) with a mean age of 10.81, were selected using relative stratified random sampling. Mothers responded to the Overt Hostility/O'Leary-Porter Scale (OPS) and the Child Health Questionnaire-Parent Form (CHQ-PF-28) and children responded to the Security In the Family System (SIFS) scales. **Results:** The findings indicated that marital conflict and family emotional insecurity have inverse relationship with children's physical and psychosocial health. Also, marital conflict was a predictor (inversely) of children emotional security. **Conclusion:** Marital conflict leads to an insecure attachment of children to parents.

Key words: marital conflict; emotional; health; psychosocial aspects

[Received: 19 April 2009; Accepted: 27 July 2009]

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش تعارض زناشویی و ایمنی هیجانی خانواده در سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی کودک بود. **روش:** ۴۱۳ نفر (۲۲۰ دختر و ۱۹۳ پسر) از کودکان پایه پنجم مدرسه‌های شهر تهران با میانگین سنی ۱۰/۸۱ سال، با روش نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. مادران این دانش‌آموزان به مقیاس خصومت آشکار اولری - پورتر و پرسش‌نامه سلامت کودک - فرم ۲۸ سؤالی پدر و مادر و کودکان به مقیاس ایمنی در سیستم خانواده پاسخ دادند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان‌گر رابطه معکوس تعارض زناشویی و نالایمی هیجانی با سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی کودک و همچنین نقش پیش‌بینی‌کننده (به صورت معکوس) تعارض زناشویی در ایمنی هیجانی کودک بود. **نتیجه‌گیری:** تعارض زناشویی به دل بستگی نالایم کودک به پدر و مادر می‌انجامد.

کلیدواژه‌ها: تعارض زناشویی؛ ایمنی هیجانی؛ سلامت جسمانی؛ سلامت روانی - اجتماعی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱/۳۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۵]

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، بزرگراه جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دورنگار: ۰۲۱-۶۶۹۷۳۵۰ (نویسنده مسئول).

^۲ E-mail: fagh_1977@yahoo.com؛ دکترای علوم بوم‌شناختی انسان، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

* Corresponding author: MS. in Psychology, Tarbiat Modares University, Jalale Ale Ahmad Exp, way., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66973500. E-mail: fagh_1977@yahoo.com; ^a PhD. in Human Environmental Sciences, Associate Prof. of Tarbiat Modares University.

مقدمه

خشم یا ارتباطات پرخاشگرانه پدر و مادر، استرس بیشتری نشان می‌دهند (کامینگز، دیویس و کمپبل^{۲۶}، ۲۰۰۰) و میزان این استرس با رویارویی پی‌درپی با خشم و پرخاشگری، افزایش می‌یابد (کامینگز، زان-وکسلر^{۲۷} و رادک-یارو^{۲۸}، ۱۹۸۱). حسن^{۲۹} و پاور^{۳۰} (۲۰۰۴) برای سرند درجه تهدید رویدادهای استرس‌زا، جدولی از خودگزارش‌دهی ۲۲۹ کودک ۱۲ تا ۱۷ ساله ارائه کردند. رویدادهایی که از دید کودکان بیشترین میزان استرس را در پنج‌ماه گذشته در آنها ایجاد کرده بود، عبارت بودند از: عملکرد تحصیلی و مسایل مربوط به آن، مرگ یا بیماری تهدیدکننده در خانواده، درگیری‌های کلامی با دیگر کودکان، جدایی از یک عضو خانواده، بیماری یا تصادف خود فرد، مشکلات رفتاری در مدرسه، درگیری‌های فیزیکی با دیگر کودکان، تعارض با پدر و مادر، مشاهده تعارضات در خانواده و بیماری یا تصادف دیگر اعضای خانواده.

خانواده نخستین و بادوام‌ترین بستر رشد بوده، اختصاص ویژه نظام به خانواده به ارتباط پاسخ‌های همه افراد خانواده به یکدیگر اشاره دارد (برک^{۳۱}، ۱۳۸۱). در نظریه نظام‌های خانواده^{۳۲} (اولسون^{۳۳}، ۱۹۹۹) منظور از نظام خانواده یک کل سازمان‌یافته با بخش‌های وابسته به یکدیگر است. یکی از اصول این نظریه، اصل کل‌گرایی^{۳۴} است که بر پایه آن تأثیر روابط پدر و مادر بر عملکرد کودک، زمانی به‌طور کامل درک می‌شود که در بافت تجربه‌های جمعی خانواده به‌عنوان یک کل در نظر گرفته شود (هایدن^{۳۵} و همکاران، ۱۹۹۸؛ میکلینسر^{۳۶}، فلورین^{۳۷}، کووان^{۳۸} و کووان، ۲۰۰۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند تعارض پدر و مادر، کودکان را به استرس، ترس و خشم دچار می‌سازد و تجربه پی‌درپی تعارض پدر و مادر به مشکلات رفتاری (کامینگز^۱ و دیویس^۲، ۲۰۰۲) و جسمانی کودک (الشیخ^۳، هارگر^۴ و ویتسون^۵، ۲۰۰۱) می‌انجامد. استرس درازمدت تأثیر معکوس بر سلامت دارد (برنارد^۶ و کراپات^۷، ۱۹۹۴). تأثیر تعارض زناشویی بر بیشتر حوزه‌ها از جمله کارکرد شناختی، اجتماعی، تحصیلی و روانشناختی (الیس^۸ و گاربر^۹، ۲۰۰۰) و رابطه کودک با همسالان (دان^{۱۰} و دیویس، ۲۰۰۱)، هم‌چنین بر عملکرد خانواده مانند فرزندپروری (کاکس^{۱۱}، پالی^{۱۲}، وهارتر^{۱۳}، ۲۰۰۱) بررسی شده است. بر پایه الگوهای تحولی، رویارویی با خصومت خانوادگی، در عملکرد سامانه‌های عصب-زیستی کودک نارسایی به‌وجود آورده، به مشکلات سلامت می‌انجامد (ساسمن^{۱۴}، ۲۰۰۶). سامانه‌های عصب-زیستی در حفظ انسجام و یکپارچگی جسمانی و روانی کودک در بافت پر استرس خانواده، نقش مهمی بر عهده دارند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند رویارویی کودکان با محرک‌های استرس‌زا پاسخ‌های عصب-زیستی به استرس بعدی را تغییر داده، بر کارکرد رفتاری و مغزی تأثیر می‌گذارد (کاهیل^{۱۵} و مک‌گاف^{۱۶}، ۱۹۹۸). برای نمونه، بر پایه فرضیه بیش‌کورتیزولی^{۱۷}، رویارویی مزمن با ناملایمات محیطی، مغز را به عوامل استرس‌زای بعدی حساس می‌کند (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۶). در حمایت از این فرضیه نشان داده شده است بی‌تفاوتی پدر و مادر، استرس و برخی اشکال بدرفتاری مانند سوءاستفاده جسمی و جنسی با سطوح بالای کورتیزول مرتبط هستند (سیکتی^{۱۸} و راگوش^{۱۹}، ۲۰۰۱).

پژوهشگران بر این باورند که رویدادهای استرس‌زای زندگی برای رشد سالم کودکان و نوجوانان تهدیدی بالقوه هستند (سیکتی و توث^{۲۰}، ۱۹۹۱). یک بررسی طولی توانست سطوح بالای مشکلات رفتاری را یک تا سه سال بعد از تعارضات پدر و مادر پیش‌بینی کند (نیبرز^{۲۱}، فورهند^{۲۲} و باو^{۲۳}، ۱۹۹۷). بر پایه گزارش کودکان، مشاهده کشمکش‌های میان پدر و مادر یک استرس‌زای نیرومند است (لویس^{۲۴}، سیگل^{۲۵} و لویس، ۱۹۸۴). بررسی‌های مشاهده‌ای نیز نشان داده‌اند کودکان هنگام رویارویی با

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1- Cummings | 2- Davies |
| 3- El-Sheikh | 4- Harger |
| 5- Whitson | 6- Bernard |
| 7- Krupat | 8- Ellis |
| 9- Garber | 10- Dunn |
| 11- Cox | 12- Paley |
| 13- Harter | 14- Susman |
| 15- Cahill | 16- McGaugh |
| 17- hypercortisolism | 18- Cicchetti |
| 19- Rogosch | 20- Toth |
| 21- Neighbors | 22- Forhand |
| 23- Bau | 24- Lewis |
| 25- Siegel | 26- Campbell |
| 27- Zahn-Waxler | 28- Radke-Yarrow |
| 29- Hasan | 30- Power |
| 31- Berk | 32- family systems theory |
| 33- Olson | 34- principle of holism |
| 35- Hayden | 36- Mikulincer |
| 37- Florian | 38- Cowan |

آموزش و پرورش شهر تهران مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری این پژوهش متشکل از ۹۳۰۷۸ دانش آموز پایه پنجم ابتدایی شهر تهران با میانگین سنی ۱۰/۸۱ سال بود. علت انتخاب کودکان این گروه سنی شواهدی است مبنی بر این که کودکان سنین اواخر کودکی و اوایل نوجوانی آسیب‌پذیری خاصی به رویدادهای استرس‌زای خانواده دارند (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴). نخست به کمک فهرست مدارس ابتدایی آموزش و پرورش از هر منطقه، چند مدرسه ابتدایی به تصادف انتخاب و پس از آن با بهره‌گیری از فهرست کلاسی از میان کلاس‌های پایه پنجم این مدارس، ۴۱۳ دانش آموز به‌طور تصادفی انتخاب شدند. پس از به‌دست آوردن مجوزهای لازم از اداره آموزش و پرورش کل تهران و مناطق مربوط، هم‌چنین جلب رضایت مدیران و آموزگاران و کسب اجازه از مادران دانش‌آموزان، به کمک پرسش‌نامه‌های زیر، داده‌ها گردآوری شدند. گفتنی است هیچ پژوهش منتشرشده‌ای که از این پرسش‌نامه‌ها روی نمونه مادران و کودکان ایرانی استفاده کرده باشد، یافت نشد.

مقیاس خصومت آشکار اولری- پورتر^۱ (OPS) (پورتر و اولری، ۱۹۸۰) ادراک پدر و مادر را از میزان تعاملات مثبت و منفی آنها نسبت به یکدیگر در حضور کودک می‌سنجد. ده پرسش این مقیاس شامل تفاوت‌های انضباطی، شکایت از یکدیگر، سوء استفاده کلامی یا جسمی و ابراز عاطفه زوجین به یکدیگر است که با پنج گزینه هرگز (۰) تا تقریباً همیشه (۴)، نمره‌گذاری می‌شود. نُه پرسش نخست به‌طور مثبت و پرسش دهم به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر در این مقیاس نشانه تعارض کمتر است، اما برای آسان کردن تحلیل نتایج رگرسیون، از نمره معکوس تعارض استفاده شد؛ یعنی در پژوهش حاضر، نمره بیشتر نشانگر تعارض زناشویی بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب و کوتاه‌بودن این مقیاس، آن را به ابزار مناسبی برای پژوهش تبدیل کرده است. گریچ^۱، سید^{۱۱} و فینچام^{۱۲} (۱۹۹۲) نمره آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و پایایی بازآزمایی^{۱۳} ($r=0/96$) را با فاصله دو هفته، گزارش

تعارض زناشویی در این نظریه، به‌عنوان نقطه عطف واحد خانواده مفهوم‌سازی می‌شود که می‌تواند تعادل^۱، خودگردانی^۲ و خودسازمان‌دهی^۳ را به‌طور موقت مختل و واکنش‌های مقابله‌ای را برای بازگرداندن آنها تحریک کند.

نظریه ایمنی هیجانی^۴ (EST) (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴، ۲۰۰۶) با الهام از نظریه نظام‌های خانواده (اولسون، ۱۹۹۹) و نظریه دلبستگی^۵ (بالبی^۶، ۱۹۶۹) شکل گرفت. ایمنی هیجانی ارزیابی این موضوع است که آیا اعضای خانواده می‌توانند در زمان رخداد رویداد استرس‌زا، از نظر هیجانی و عاطفی در دسترس و پاسخ‌گو باشند. تهدید هماهنگی و ثبات روابط خانواده، از احساس ایمنی هیجانی کودک می‌کاهد و به مشکلاتی در تنظیم هیجان، بازنمایی‌های منفی از روابط پدر و مادر و راهکارهای نامناسب برای مقابله با تعارض پدر و مادر می‌انجامد. به‌این ترتیب تعارض زناشویی ایمنی کل نظام خانواده را به خطر می‌اندازد. هم‌چنین، انرژی به‌کاررفته برای کسب دوباره ایمنی هیجانی، منابع جسمانی لازم برای ادامه نیازهای تحولی را محدود می‌کند (دیویس، هارولد^۷، گوئک-موری^۸ و کامینگز، ۲۰۰۲) و یا به دلیل چالش پیوسته با نایمنی، کودک را نسبت به استرس میان‌فردی حساس می‌کند، که برآمد آن بی‌نظمی هیجانی و ناپایداری رفتاری است (همان‌جا).

با وجود این که در مورد نقش تعارض زناشویی و نایمنی هیجانی کودک در خانواده و آسیب‌شناسی هیجانی و رفتاری کودکان بررسی‌های بسیاری انجام شده است، نقش این دو عامل در ابعاد گوناگون سلامت کودکان کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

بنابراین، فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:
۱- تعارض زناشویی پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی و روانی- اجتماعی کودک است، ۲- احساس نایمنی هیجانی کودک در خانواده (یا مقابله هیجان‌مدار کودک با نایمنی در خانواده) پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمانی و روانی- اجتماعی کودک است و ۳- تعارض زناشویی پیش‌بینی‌کننده احساس نایمنی هیجانی کودک در خانواده (یا مقابله هیجان‌مدار کودک) است.

روش

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی- طبقه‌ای بهره‌گرفته شد و دانش‌آموزان سه منطقه (۴، ۸ و ۱۷)

- | | |
|---|------------------------------|
| 1- balance | 2- self-regulation |
| 3- self-organization | 4- emotional security theory |
| 5- attachment | 6- Bowlby |
| 7- Harold | 8- Goeke-Morey |
| 9- Overt Hostility/O'Leary-Porter Scale | |
| 10- Grych | 11- Seid |
| 12- Fincham | 13- test-retest reliability |

کرده‌اند. در پژوهش حاضر، نمره آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس ایمنی در سیستم خانواده^۱ (SIFS) (فورمن^۲ و دیویس، ۲۰۰۵) این مقیاس بر ارزیابی کودکان ۱۰ تا ۱۵ سال از خانواده به عنوان منبع ایمنی یا نایمنی متکی است. فورمن و دیویس (همان‌جا) توانستند بر پایه نظریه ایمنی هیجانی و روش تحلیل عاملی، به سه بُعد معتبر و روا از سازه ایمنی هیجانی برسند (ابعاد ایمنی^۳، مشغله ذهنی^۴ و کناره‌گیری^۵). ایمنی (هفت‌گویه) عبارت است از اعتماد کودک به واحد خانواده به عنوان منبع حمایت و امنیت، مشغله ذهنی (هشت‌گویه) عبارت است از نگرانی‌های کودک درباره آینده و بهزیستی خود و خانواده و کناره‌گیری (هفت‌گویه) به معنای تلاش کودک برای رهاشدن از کشمکش‌های خانواده و کوچک جلوه‌دادن آنها است (همان‌جا). ۲۲ پرسش این مقیاس با چهار گزینه از کاملاً موافق (۴) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات آن از ۲۲ تا ۸۸ و در هر سه زیرمقیاس نمره بالاتر نشانه ایمنی، مشغله ذهنی و کناره‌گیری بیشتر است. در پژوهش کامینگز، اسکرمرهورن^۶، دیویس، گوئک-موری و کامینگز (۲۰۰۶) نمرات آلفای کرونباخ ایمنی ۰/۷۱، مشغله ذهنی ۰/۷۷ و کناره‌گیری ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، زیرمقیاس ایمنی و مجموع دو زیرمقیاس نایمنی (برای کاهش شمار معادلات رگرسیون) به کار برده شد. نمره آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس ایمنی ۰/۶۵ و مجموع دو زیرمقیاس نایمنی ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت کودک- فرم گزارش پدر و مادر^۷ (CHQ-PF-28) (لندگراف^۸ و ابتر^۹، ۱۹۹۶) نسخه ۲۸ پرسشی این پرسش‌نامه یکی از پرکاربردترین مقیاس‌ها در زمینه سلامت و کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان است که حوزه‌های برجسته کارکرد و سلامت کودک را بر پایه گزارش پدر و مادر می‌سنجد و برای دختران و پسران سنین مختلف و سطح‌های متفاوت تحصیلی و انواع شرایط شغلی و زناشویی پدر و مادر کاربرد دارد (دروتار^{۱۰}، شوارتز^{۱۱}، پالمو^{۱۲} و برانت^{۱۳}، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها (رات^{۱۴}، باتروک^{۱۵}، لندگریو^{۱۶} و هوگوین^{۱۷}، ۲۰۰۵) نشان داده‌اند CHQ می‌تواند میان کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قابل شود و با دیگر مقیاس‌های سلامت و کیفیت زندگی همبستگی دارد. سه زیرمقیاس کارکرد یا مشکلات و محدودیت‌های جسمی،

سلامت عمومی و درد بدنی در بُعد سلامت جسمی^{۱۸} و پنج زیرمقیاس محدودیت‌های اجتماعی-عاطفی-رفتاری، عزت نفس، رفتار، سلامت ذهنی و مشکلات خانواده (شامل تأثیرپذیری عاطفی و زمانی پدر و مادر و فعالیت‌های خانواده از مشکلات سلامت و رفتار کودک و هم‌چنین یکپارچگی خانوادگی) در بعد سلامت روانی-اجتماعی^{۱۹} قرار می‌گیرند. گویه‌های معکوس روی مقیاس پنج‌گزینه‌ای و گویه‌های مستقیم روی مقیاس چهارگزینه‌ای پاسخ داده و نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کمتر نشان‌دهنده کیفیت پایین‌تر آن ویژگی است. مقیاس CHQ تا کنون به ۲۵ زبان در ۳۲ کشور برگردان شده است. در این پژوهش برای کاهش شمار تحلیل‌های رگرسیون دو بُعد مهم مقیاس یعنی سلامت جسمی و سلامت روانی-اجتماعی به کار گرفته شد که آلفای کرونباخ آنها به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۸۵ بود.

یافته‌ها

جدول ۱ اطلاعات توصیفی و ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بالاترین میزان همبستگی مربوط به همبستگی میان سلامتی جسمانی و سلامتی روانی-اجتماعی است.

همان‌گونه که **جدول ۲** نشان می‌دهد، میزان بیشتر تعارض زناشویی و نایمنی هیجانی پیش‌بینی‌کننده میزان کمتر سلامت جسمانی و سلامت روانی-اجتماعی کودک است، بنابراین فرضیه اول و دوم پژوهش تأیید می‌شوند. هم‌چنین تعارض زناشویی بیشتر، پیش‌بینی‌کننده احساس نایمنی هیجانی بیشتر کودک در خانواده - و به بیان دیگر استفاده بیشتر کودک از راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار (مشغله ذهنی و کناره‌گیری) در مواجهه با نایمنی در خانواده- است. بنابراین فرضیه سوم نیز تأیید می‌شود.

1- Security In the Family System Scale	
2- Forman	3- security
4- preoccupation	5- disengagement
6- Schermerhorn	
7- Child Health Questionnaire-Parent Report Form-28	
8- Landgraf	9- Abetz
10- Drotar	11- Schwartz
12- Palermo	13- Burant
14- Raat	15- Botterweck
16- Landgrave	17- Hoogeveen
18- physical health	19- psychosocial health

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی میان متغیرها (N=۴۱۳) در مقیاس خصومت آشکار اولری- پورتو، مقیاس ایمنی در سیستم خانواده و پرسش‌نامه سلامت کودک- فرم گزارش پدر و مادر

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعارض زناشویی	ایمنی هیجانی	ناایمنی هیجانی	سلامت جسمانی	سلامت روانی- اجتماعی
تعارض زناشویی	۲۷/۶۷	۶/۲۳	۱	-	-	-	-
ایمنی هیجانی	۲۳/۸۰	۲/۸۵	-۰/۱۶**	۱	-	-	-
ناایمنی هیجانی	۲۹/۵۰	۷/۵۵	۰/۲۷**	-۰/۴۱**	۱	-	-
سلامت جسمانی	۳۱/۶۹	۴/۵۵	-۰/۲۲**	۰/۰۳	-۰/۱۵**	۱	-
سلامت روانی- اجتماعی	۷۹/۹۶	۹/۲۱	-۰/۴۴**	۰/۱۰*	-۰/۲۳**	۰/۵۲**	۱

* $p < 0/05$; ** $p < 0/01$

جدول ۲- نتایج تحلیل‌های رگرسیون متغیرهای تعارض زناشویی و ناایمنی هیجانی در پیش‌بینی سلامت جسمانی و سلامت روانی- اجتماعی کودک

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	F	سطح معنی‌داری	R ²	خطای برآورد	B	بتا	t	سطح معنی‌داری
تعارض زناشویی									
	سلامت جسمانی	۲۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۴/۸۰	-۰/۰۱	-۰/۲۳	-۴/۸۴	۰/۰۰۱
	سلامت روانی- اجتماعی	۹۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۸/۰۴	-۰/۰۱	-۰/۴۳	-۹/۷۱	۰/۰۰۱
	ناایمنی هیجانی	۲۹/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۷/۳۰	۰/۰۶	۰/۲۵	۵/۴۳	۰/۰۰۱
ناایمنی هیجانی									
	سلامت جسمانی	۸/۰۶	۰/۰۰۵	۰/۰۱	۱۱/۷۷	-۴/۱۴	-۰/۱۳	-۲/۸۴	۰/۰۰۵
	سلامت روانی- اجتماعی	۲۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۸/۶۷	-۰/۲۷	-۰/۲۳	-۴/۷۸	۰/۰۰۱

جدول ۳- نتایج رگرسیون هم‌زمان متغیرهای تعارض زناشویی و ناایمنی هیجانی در پیش‌بینی سلامت روانی- اجتماعی کودک

متغیرهای پیش‌بین	F	سطح معنی‌داری	R ²	خطای برآورد	B	بتا	t	سطح معنی‌داری
تعارض زناشویی	۵۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۷/۹۷	-۰/۰۱	-۰/۳۹	-۸/۷۳	۰/۰۰۱
ناایمنی هیجانی					-۰/۱۴	-۰/۱۲	-۲/۷۶	۰/۰۰۶

نفس، سلامت ذهنی، رفتار و مشکلات خانواده) کودک را به‌صورت معکوس پیش‌بینی کند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هم‌خوان است. برای نمونه الشیخ و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که تعارض زناشویی به‌عنوان یک عامل استرس‌زا به مشکلات سلامت جسمانی کودکان می‌انجامد. هم‌چنین نیکولوتی^۱، الشیخ و ویتسون (۲۰۰۳) با بررسی کودکان هشت تا ۱۱ ساله، نشان دادند که کشمکش‌های زناشویی پیش‌بینی‌کننده مشکلات عزت‌نفس و سلامت در دختران و پسران است. الشیخ، کامینگر، کوروس^۳، المور- استاتون^۴ و بوک‌خالت^۵ (۲۰۰۸) نیز نشان

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، نقش هم‌زمان یا هم‌پوشی دو متغیر تعارض زناشویی و ناایمنی هیجانی در پیش‌بینی سلامت کودک تأیید می‌شود، به‌گونه‌ای که این دو متغیر هم‌زمان ۲۰٪ از واریانس سلامت کودک را به‌صورت معکوس پیش‌بینی می‌کنند. از سوی دیگر دخیل‌بودن متغیر پیش‌بین دیگری افزون بر متغیر تعارض زناشویی در پیش‌بینی سلامت کودک، نشان‌گر روایی افزایشی^۱ پژوهش بود.

بحث

یافته نخست این پژوهش نشان داد که تعارض زناشویی می‌تواند سلامت جسمانی (مشکلات و محدودیت‌های جسمی، سلامت عمومی و درد بدنی) و سلامت روانی- اجتماعی (محدودیت‌های اجتماعی- هیجانی- رفتاری، عزت

1- incremental validity

2- Nicolotti

3- Kouros

4- Elmore-Statone

5- Buchkhalt

کودکان و نوجوانان نشان داده شد. افزون بر این آیرز^۶، ساندلر^۷، وست^۸ و رزا^۹ (۱۹۹۶) در بررسی نقش راهکارهای مقابله‌ای دریافتند که به کاربردن راهکارهای حل مسأله توسط کودک با کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری او در ارتباط است. کامپس^{۱۰}، مالکارن^{۱۱} و فانداکارو^{۱۲} (۱۹۹۶) نیز نشان دادند سطوح بالای مشکلات رفتاری، افسردگی و اضطراب، بیشتر در کودکانی دیده می‌شود که از راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. بررسی حاضر با هدف گسترش نظریه ایمنی هیجانی نشان داد احساس ناایمنی هیجانی کودک در خانواده به‌عنوان یک عامل خطر سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی کودک را تهدید می‌کند.

یافته سوم این پژوهش نقش پیش‌بینی‌کننده تعارض زناشویی در کاهش احساس ایمنی هیجانی کودک در خانواده بود که با برخی یافته‌ها و الگوهای نظری هماهنگی دارد. دیویس و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند ناایمنی هیجانی کودک به‌دنبال کشمکش‌های زناشویی، به‌صورت سه بُعد بی‌نظمی رفتاری^{۱۳}، درگیرشدن در تعارض^{۱۴} و واکنش هیجانی منفی^{۱۵} نمایان می‌شود. یک بررسی طولی (کامینگز و همکاران، ۲۰۰۷) نشان داد رابطه تعارض زناشویی و ناایمنی هیجانی با رسیدن کودک به سن نوجوانی افزایش می‌یابد. الشیخ و همکاران (۲۰۰۸) با بررسی کودکان هشت ساله خانواده‌های آفریقایی‌تبار و اروپایی‌تبار نشان دادند پرخاشگری زناشویی پیش‌بینی‌کننده ناایمنی هیجانی کودک در خانواده است. دیویس و همکاران (۲۰۰۷) نیز به این نتیجه رسیدند که تعارض زناشویی در افزایش نگرانی‌های کودکان تأثیر کلیدی دارد. بررسی حاضر بر روی نمونه کودکان ایرانی با تأیید نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۶) نشان داد تعارض زناشویی از در دسترس بودن عاطفی پدر و مادر برای کودکان جلوگیری می‌کند و اعتماد کودک را به خانواده به‌عنوان منبع ایمنی کاهش می‌دهد. به بیان دیگر، تعارض زناشویی به دلستگی ناایمن کودک به پدر و مادر می‌انجامد. هم‌چنین، کاهش ایمنی هیجانی در خانواده در نتیجه تعارض زناشویی، هماهنگ با اصل کل‌گرایی در نظریه

دادند تعارض زناشویی پرخاشگرانه، پیش‌بینی‌کننده مشکلات عاطفی و رفتاری و اختلال استرس پس از ضربه^۱ (PTSD) در کودکان با میانگین سنی ۸/۲۳ سال است. تأیید این فرضیه، هم‌چنین نشان‌گر نقش تعارض زناشویی به‌عنوان یک عامل خطر محیطی در کاهش سلامت کودک و هم‌خوان با ایده راتر^۲ (۱۹۹۷) است. از میان پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، یک پژوهش (اسلامبولچی، ۱۳۷۰) در پی بررسی علل ناسازگاری دانش‌آموزان دوره ابتدایی، نشان داد که رابطه پدر و مادر با یکدیگر در میزان ناسازگاری دانش‌آموزان (رفتارهای ضداجتماعی) نقش دارد. پژوهش حاضر با هدف گسترش بررسی‌های پیشین که تنها تأثیر تعارض زناشویی را بر یک بُعد (سلامت جسمانی یا مشکلات عاطفی و رفتاری کودک) بررسی کرده بودند، نشان داد تعارض زناشویی به‌عنوان یک عامل استرس‌زا ابعاد گوناگون سلامت بدنی و روانی - اجتماعی کودک را با خطر روبه‌رو می‌کند.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که احساس ناایمنی هیجانی کودک در خانواده پیش‌بینی‌کننده معکوس سلامت جسمانی و روانی - اجتماعی کودک است. نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و همکاران، ۲۰۰۲) بیان می‌کند افزایش رویارویی کودک با تعارض در خانواده به افزایش پاسخ‌های زیستی برای اکتساب و حفظ ایمنی هیجانی می‌انجامد. استرس، برانگیختگی و هوشیاری، که پیامد واکنش‌پذیری هیجانی کودکان است، آنها را برای مقابله با تهدید احتمالی در خانواده‌هایی با تعارض بالا آماده می‌کند و در کوتاه‌مدت افزایش انرژی منابع جسمی و روانشناختی آنها را به‌دنبال دارد. اگرچه کناره‌گیری از تعارض خانواده با کوچک شمردن اضطراب، می‌تواند کودکان را از برخی مشکلات روانشناختی حفظ کند، به‌دست آوردن و حفظ ایمنی به‌این ترتیب و با سرکوب کردن استرس درونی، به انرژی قابل توجه جسمانی و روانشناختی نیاز دارد که منابع لازم برای سایر نیازهای تحولی (مانند استقلال و خودکفایی) را به‌شدت محدود می‌کند. الشیخ و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی نقش ناایمنی هیجانی در خانواده را در پیش‌بینی مشکلات درونی‌سازی^۳ و برونی‌سازی^۴ PTSD در کودک نشان دادند. کامینگز، کوروس و پاپ^۵ (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که تأثیر کاهش ایمنی هیجانی در خانواده، در واکنش‌های هیجانی و رفتاری کودکان به‌صورت افسردگی، اضطراب و بزهکاری آشکار می‌شود. در پژوهش دیگری (کامینگز و همکاران، ۲۰۰۶) رابطه ناایمنی هیجانی در خانواده و مشکلات عاطفی و رفتاری

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1- posttraumatic stress disorder | 3- internalization |
| 2- Rutter | 5- Papp |
| 4- externalization | 7- Sandler |
| 6- Ayers | 9- Roosa |
| 8- West | 11- Malcarne |
| 10- Compass | 13- behavioral dysregulation |
| 12- Fondacaro | 15- negative emotionality |
| 14- involvement in conflict | |

- اسلامبولجی، مقدم (۱۳۷۰). *بررسی علل ناسازگاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 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.
- Bernard, L. C., & Krupat, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Harmondsworth: Penguin.
- 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.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 13, 677-693.
- 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.
- 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. (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., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Cummings, E. M., Kouros, C. D., & Papp, L. M. (2007). Marital aggression and children's responses to everyday interparental conflict. *European Psychologist*, 12, 17-28.

نظام‌های خانواده (اولسون، ۱۹۹۹) بیان می‌کند که خانواده مجموعه‌ای از سیستم‌های مرتبط با یکدیگر است و تعارض در هر سیستم از خانواده به سایر سیستم‌ها و کل واحد خانواده منتقل می‌شود. به این ترتیب، بررسی حاضر با نمونه کودکان ایرانی، این فرضیه را تأیید کرد که مشکلات میان پدر و مادرها تهدیدی برای یکپارچگی کل خانواده است.

بررسی یک گروه سنی خاص یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود که یافته‌ها را تنها برای همان گروه سنی قابل تعمیم می‌کند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی سایر گروه‌های سنی نیز انجام شود تا بتوان یافته‌های گروه‌های سنی گوناگون را با یکدیگر مقایسه کرد.

محدودیت دیگر پژوهش حاضر، به کارگیری مقیاس‌هایی بود که برای جامعه و فرهنگ‌های غیر ایرانی طراحی شده بودند و بنابراین هنجاریابی و یا ساخت آزمون‌هایی هماهنگ با فرهنگ ایرانی در پژوهش‌های آینده ضروری به نظر می‌رسد. یافته‌های این پژوهش به خوبی با دیدگاه‌های گوناگون هم‌خوان بوده و می‌تواند در ساخت الگوهای نظری برای بررسی‌های پیش‌رو سودمند باشد. شناخت هر چه بیشتر عوامل خطر خانوادگی و سازوکار اثر آنها می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای برای کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی کودکان یا محافظت از آنها در برابر عوامل خطر خانوادگی مفید باشد.

هم‌چنین از آن‌جا که دو پرسش‌نامه خصومت آشکار اولری - پورتر و سلامت کودک را پدر و مادر پر کردند، نگرش مثبت یا منفی آنها می‌تواند در چگونگی پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها تأثیر داشته باشد و بنابراین نتواند رابطه را به درستی نشان دهد.

سپاسگزاری

از همه مدیران مدارس، معلمان، مادران و دانش‌آموزان عزیزی که در این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- برک، ل. ادوارد (۱۳۸۱). *روانشناسی رشد از نوجوانی تا پایان زندگی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. جلد اول، تهران: انتشارات ارسباران.

- 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*, 132-152.
- Cummings, E. M., Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1981). Young children's responses to expressions of anger and affection by others in the family. *Child Development, 52*, 1274-1282.
- 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, Oxford: Blackwell Publishers*.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital 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. (2007). Children's emotional security and interparental conflict. *Monographs of Society for Research in Child Development, 67* (3, Serial No. 270).
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Interparental discord, family process, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd. ed., pp. 86-128). New York: Wiley.
- Drotar, D., Schwartz, L., Palermo, T. M., & Burant, C. (2005). Factor structure of the Child Health Questionnaire-Parent Form in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 127-138.
- 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.
- 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.
- 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 138-148.
- 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 Scale (SIFS). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 900-916.
- 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.
- Hasan, N., & Power, T. G. (2004). Children's appraisal of major life events. *American Journal of Orthopsychiatry, 74*, 26-32.
- 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. *Journal of Family Psychology, 12*, 7-22.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, 315-326.
- Olson, D. H. (1999). Empirical approaches to family assessment. *Journal of Family Therapy*, 9, 171-180.
- Porter, B., & O'Leary, K. D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287-295.
- 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-PF-28) in large random school based and general population samples. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 75-82.
- 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.