



ارائه مدل ساختاری دردهای شکمی سایکو سوماتیک کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال بر اساس رابطه والد کودک و ذهنی سازی با میانجگری تنظیم هیجانی

سمیه معینی نسب: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
مجتبی انصاری شهیدی: استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (* نویسنده مسئول)

mojtaba.ansari@phu.iaun.ac.ir

حمیدرضا نیکیار: استادیار، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

حسین صانعیان: استادیار، مرکز تحقیقات رشد و نمو کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درد شکم،
رابطه کودک و والدین،
ذهنیت،
تنظیم هیجانی،
کودکان،
روان تنی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۸

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۶/۲۸

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن مانند دردهای عملکردی شکم در کودک علاوه بر علائم جسمی، تغییرات روانی را در بیماران ایجاد می‌کند که می‌تواند آسیب‌های ناشی از این بیماری را برای افراد و جامعه افزایش دهد. بنابراین ضرورت تحقیق در زمینه بررسی عوامل روانشناختی این بیماران به منظور افزایش سلامت روان آن‌ها قابل توجه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجانی در تبیین رابطه بین رابطه والدین- فرزند و ذهنیت در درد عملکردی شکم کودکان ۱۰-۱۲ ساله انجام شد.

روش کار: روش تحقیق حاضر توصیفی و از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال درد عملکردی شکم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۱۷۹ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس از کلینیک‌های تخصصی اختلالات گوارشی شهر اصفهان بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های رابطه والد-کودکی (بیانتا، ۲۰۱۱)، نظریه ذهن زیگلن (۱۹۹۹)، پرسش‌نامه تنظیم هیجانی گولن و تاف (۲۰۱۲)، و واکر و آل (۲۰۱۲) شاخص تجدیدنظر شده درد شکم (۲۰۱۲) بود. برای آزمون فرضیه‌ها از روش آماری معادلات ساختاری در نرم افزار SMART PLS-4 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که راهبرد تنظیم هیجانی سرکوب می‌تواند به‌طور غیرمستقیم و به‌طور معناداری رابطه بین والدین کودک و درد شکم کودکان را میانجی‌گری کند ($P < .0/05$) و راهبرد ارزیابی مجدد نیز به‌طور غیرمستقیم و معناداری بر رابطه ذهنی‌سازی با دردهای شکمی کودکان تاثیر گذار بوده و نقش میانجی‌گری ایفا کرده است ($p < .0/05$).

نتیجه‌گیری: پژوهش می‌تواند به والدین کودک مبتلا به اختلال درد شکمی عملکردی کمک کند تا با استفاده از راهبرد روان‌شناختی، به راهکارهای مؤثری برای مقابله با اختلال درد شکمی عملکردی کودکان دست یابند و به پیامد روان‌شناختی مفیدی دست یابند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Moini nasab S, Ansari Shahidi M, Nikyar H, Saneian H. Presenting the Structural Model of Abdominal Pain of Children Aged 10-12 Years Based on the Relationship between Parent-Child and Metallization with Emotional Regulation Mediation. Razi J Med Sci. 2024(18 Sep);31.111.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



Original Article

Presenting the Structural Model of Abdominal Pain of Children Aged 10-12 Years Based on the Relationship between Parent-Child and Metallization with Emotional Regulation Mediation

Somayeh Moini nasab: PhD Student, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Mojtaba Ansari Shahidi: Assistant Professor, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (* Corresponding Author) mojtaba.ansari@phu.iaun.ac.ir

Hamidreza Nikyar: Assistant Professor, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Hosein Saneian: Assistant Professor, Children's Growth and Development Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Iran

Abstract

Background & Aims: Children are the most vulnerable human population and are highly vulnerable to life-threatening conditions including diseases (1). The majority of abdominal chronic pain (FAP) is functional in children and adolescents and has no objective evidence for organic pathology. Meanwhile, psychological pain in children is a common disease that affects both psychological and physiological aspects. This disease is characterized by frequent symptoms such as abdominal pain, headache, chest pain, and musculoskeletal pain (3). Functional abdominal pain syndrome is characterized by frequent or continuous abdominal pain along with the degree of loss of daily activity in the absence of a change in bowel habits (5).

These pains create various physical and psychological stresses such as lack of health, continuous pain, sensory deprivation, and a different degree of psychological reactions such as despair, fatigue, and fear, leading to feelings of worthlessness and loss of confidence in the patient and consequently, inability to perform everyday tasks (6). Therefore, psychological distress appearing through physical symptoms is common among children and treatment can be challenging (7). Children are facing significant changes in understanding other people's minds. The study of how and when children grow up to be aware of beliefs, their mental states, and that of others, leads to better understanding and better predictions of their behaviors, which have been discussed as theories of children's minds (13). The theory of mind or mind-building in terms of phonetics and Batman in terms of the ability to think and understand other people's state of mind to understand what they feel and why those feelings are caused (14). Foonagy and Concrete proposed that the children's experiences are perceived by caregivers and given feedback to them about the experience, which makes them a useful model for children. also mental ability is a key determinant in self-organization and the growth of emotion regulation ability (16). Early childhood environments can significantly affect the physical and psychological problems of children (8). The interaction between parent-child relationships is how the child-parent relationship affects the emotional and psychological relationships. The quality of this relationship affects behavior, emotional growth, educational performance, and social growth (10). Inappropriate interactions can cause emotional and behavioral disturbances and eliminate many children's intellectual and emotional talents. Emotion regulation is significantly associated with mental pain in children. Children with more emotional, positive, and negative instabilities experience higher pain intensity. Pain intensity also changes when positive and negative emotions are higher or lower than the normal level of the child (17). Furthermore, pain intensity is less when negative and positive emotions are successfully adjusted or recovered to adaptive levels (18).

Chronic abdominal pain can negatively affect the quality of life of a child and lead to a decrease in educational and social performance in children. The lack of research background and research gap in the literature and presenting the abdominal pain model, led to this study to attempt to provide the structure model of abdominal PSD based on the relationship between parent-child and mind-making with emotion regulation in children aged 10-12 years.

Methods: The present research method was descriptive and correlation and structural equations type. The statistical population of the study included all children aged 10 to 12 years with functional abdominal pain disorders in Isfahan city in 1402. 179 children were selected by available sampling

Keywords

Abdominal Pain,

Child-Parent

Relationship,

Mentalization,

Emotional Regulation,

Children,

Psychosomatic

Received: 27/04/2024

Published: 18/09/2024

method from specialized gastrointestinal disorders clinics of Isfahan city based on inclusion criteria. Data collection tools included Parent-Child Relationship Questionnaires (Pianta, 2011), Ziegelman Theory of Mind (1999), Gulen and Toff Emotion Regulation Questionnaire (2012), and Walker&al (2012) Revised Index of Abdominal Pain (2012). To test the hypotheses, the structural equation statistical method was used in SMART PLS-4 software.

Results: To present the structural model of functional abdominal pain based on the relationship between the child's parent and the child's emotional regulation for 10-12 years, the research data are analyzed both descriptive and inferential. In the descriptive statistics section, the average indicators and standard deviation were used to describe the research data. In terms of the demographic variable of children's age; The mean and standard deviation of the age of participation in this study were 11.45 and 13.1, respectively and the mean and standard deviation of the age of parents were 42.00 and 50.7, respectively. The results of the research revealed that, the direct regression paths of the parent-child relationship to abdominal pain are -0.25 and the parent-child relation to suppression is -0.28, which is significant at 0.01 levels. Also, there are paths direct of mentalization to re-evaluate 0.21, mentalization to abdominal pain -0.24, and mentalization to suppression strategies -0.17. These coefficients are significant ($p < 0.05$). The results showed that of four indirect paths with mediating the role of emotional regulation strategy, only two indirect paths are the parent-child relation \rightarrow suppression \rightarrow abdominal pain with the amount of modified relationship equal to -0.042 and $t = 2/8 - 0.042$ and mentalization \rightarrow stomach aches are significantly related to the level of $05/0p < 0.040$ and $t = 1/99 - 0.040$, which is statistically significant. That is, the repression strategy has indirectly and significantly affected the child's parent's relationship with the children's abdominal pain and reevaluation strategy ($p < 0.05$).

Conclusion: Study called Psychological Factors in Children's Abdominal Pain Disorder, states that attachment is an emotional bond between parent and child and that it creates normal behaviors in children, especially when they feel uncomfortable or threatened. Pain is a threatening experience that drives attachment behaviors in children. In pain, children look to their parents for comfort and help. However, if children cannot trust their parents to provide comfort (insecure attachment), they may not benefit from learning opportunities that parents can provide about the best way to cope with pain. Mark 2012 and Robert 2013 have stated in their research that emotion regulation has been significantly associated with psychological pain in children. Children with more emotional, positive, and negative instabilities experience higher pain intensity. Pain intensity also changes when positive and negative emotions are higher or lower than the normal level of the child (17). A review of articles from 2013 to 2023 shows mental pain and emotion regulation can play a role in predicting abdominal pain in children aged 10 to 12 years. During their research over the years, the authors have found out that children with chronic abdominal pain are mentally sensitive to pain and can perform more negative motor therapy than healthy children. They also had more difficulty adjusting their emotions (38-40). Therefore, it is recommended to perform more research in other geographical regions to increase the generalization of the findings. The study population is limited to the patients referring to the specialized children's digestive clinic. Meanwhile, a sample of this study is available and generalization of results to all children with functional abdominal pain disorder in Isfahan city and other areas of the country should be collected with caution. It is necessary that in future studies, a larger sample size is investigated. On the other hand, considering the special conditions of social quarantine, it is not possible to hold a follow-up period. It is recommended that others should consider the tracking stage to evaluate the persistence of medical results and of course the research limitations in this area.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Moini nasab S, Ansari Shahidi M, Nikyar H, Saneian H. Presenting the Structural Model of Abdominal Pain of Children Aged 10-12 Years Based on the Relationship between Parent-Child and Metallization with Emotional Regulation Mediation. *Razi J Med Sci.* 2024;(18 Sep);31:111.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

درد شکمی عملکردی مشکل رایجی در کودکان است. طبق اعلام انجمن گوارش، کبد و تغذیه کودکان اروپایی، وقتی درد شکمی تکرار شونده با هیچ مشکل یا آسیب‌شناسی آشکاری همراه نیست، این وضعیت پزشکی سندرم درد شکمی عملکردی نامیده می‌شود (۱ و ۲). اگرچه مطالعات دهه ۱۹۹۵ میلادی، شیوع درد شکمی مزمن در کودکان ۵ تا ۱۴ ساله را ۱۰ درصد اعلام نموده‌اند (۱)، ولی مطالعات سال‌های اخیر نشان می‌دهند که بین ۴ تا ۲۵ درصد از کودکان سنین مدرسه در برخی از درد شکمی تکرار شونده رنج می‌برند (۳) و نیز براساس نظر پزشکان متخصص اطفال تخمین زده شده که ۱۵ تا ۳۰ درصد کودکان با وجود دردهای معمول درد مزمن دارند. به این دلیل که درد شکمی با علائم دیگر، از جمله سردرد، درد مکرر اندام و استفراغ نیز همراه است (۳ و ۵). ملاک‌های اصلی تشخیص این اختلال سایکوسوماتیکی، درد شکمی تکرار شونده در سه دوره یا بیشتر است که بیش از حداقل ۳ ماه ادامه دارد و آن قدر شدید است که مانع فعالیت‌های معمول کودک مانند حضور در مدرسه، فعالیت‌های اجتماعی و شرکت در فعالیت‌های ورزشی و فوق برنامه می‌شود (۲، ۳، ۵، ۶). اگرچه درد شکمی تکرار شونده یک اختلال عملکردی است نه بیماری جسمی (۲)، ولی به علت ترس از بیماری‌های جدی باعث ایجاد اضطراب قابل توجهی در والدین و مراقبین کودک می‌شود. همین امر موجب احساس درماندگی به دلیل ناتوانی در تسکین درد کودک می‌شود (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل مختلف فردی، ذهنی و خانوادگی می‌توانند باعث بروز آن و یا بر تشدید و تداوم آن تاثیر بگذارند که می‌توان به رابطه والد با کودک، ذهنی سازی و از همه مهم‌تر تنظیم هیجان یا اختلالات هیجانی در کودک را اشاره کرد (۳ و ۴).

در واقع محیط‌های مربوط به تربیت فرزند در اوایل کودکی می‌توانند به میزان قابل توجهی بر بروز مشکلات جسمانی و روانی کودکان تاثیر بگذارند (۸) و وجود چنین مشکلاتی در کودکان، به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنان با فرزندان ارتباط تنگاتنگی دارد (۹). تعامل در رابطه والد-کودک به

چگونگی روابط هیجانی و روانشناختی والد با کودک اطلاق می‌شود که کیفیت این ارتباط، بر روی رفتار، رشد هیجانی، عملکرد تحصیلی و رشد اجتماعی اثرگذار است (۱۰). این رابطه، نقش مهمی در آسیب‌پذیر شدن یا منعطف شدن کودکان دارد و در نگاهی وسیع‌تر، تحت تاثیر خصوصیات کودکان مانند سن و جنس، خلق و خو، وضعیت زیست‌شناختی کودک قرار می‌گیرد و در کنار خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، می‌تواند تحول کودک را پیش‌بینی کند (۱۱). تعاملات نامناسب می‌تواند اختلالات هیجانی-رفتاری و بیماری‌های روان-تنی ایجاد کند و بسیاری از استعدادهای فکری و هیجانی کودکان را از بین ببرد. بنابراین روابط مثبت والد-کودک به پیامدهای سلامت اجتماعی، عاطفی، شناختی، عصبی-زیستی کودکان کمک می‌کند (۱۲). یکی از مهم‌ترین ویژگی‌ها در کودکان، که می‌تواند بر رابطه آن با والد تاثیر بگذارد، تنظیم هیجان است چراکه در صورت تنظیم هیجان در کودک و حتی والد می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روانی در رابطه بین کودک و والد شود (۱۳). نتایج پژوهش‌های نشان از تاثیر عوامل خانوادگی از جمله رابطه والد-کودک بر بیماری‌های روان‌تنی است که پژوهش‌های لی، جیانگ، ایکس، زانگ (۱۴)، گالوویچست، ویمر، اسچوایل (۱۵)، لارد و همکاران (۱۶) و نوتن، اسکاشیم، پاتل، چیتکارا، تیلبرگ (۱۷) می‌باشد.

همچنین از دیگر ویژگی‌های کودکان که می‌تواند بر میزان علائم و بروز بیماری‌های سایکوسوماتیک تاثیر بگذارد، ذهنی سازی یا نظریه ذهن است (۱۸). بررسی این موضوع که کودکان چگونه و در چه زمانی از دوران رشد بر باورها، تمایلات و مجموعاً حالات ذهنی خود و دیگران آگاهی یافته‌اند است، موجب درک و پیش‌بینی بهتر و بیشتر رفتارهای آن‌ها شده که تحت عنوان نظریه‌های ذهن کودکان مورد بحث قرار گرفته است (۱۹). نظریه ذهن یا ذهنی‌سازی از نظر فونانگی و بتمن به توانایی تفکر و درک حالت ذهنی دیگران به منظور فهمیدن آنچه آن‌ها احساس می‌کنند و چرایی آن احساسات می‌باشد (۲۰). فونانگی و بتنی مطرح کردند که درک خردمندانه تجربه‌های کودکان توسط مراقبین به همراه بازخورد دادن به آن کودکان درباره آن تجربه، مدل مفیدی برای کودکان ایجاد می‌کند. این مدل در

ویژگی‌های افراد مبتلا به بیماری‌های روان تنی از جمله اختلالات هیجانی، سبب می‌شود تا فرد در موقعیت‌های هیجانی قادر نباشد اطلاعات هیجانی ناشی از آن رویداد را به درستی پردازش و ادراک کند (۳۳)، در نتیجه برای محافظت خود در مقابل عواطف نگران کننده به ارزیابی‌های ناهشیار و ادراک تحریف شده روی می‌آورد (۳۴). همچنین تنظیم هیجان به طور قابل توجهی با درد روانی در کودکان ارتباط دارد. کودکان با ناپایداری عاطفی بیشتر، مثبت و منفی، شدت درد بالاتری را تجربه می‌کنند. شدت درد همچنین در لحظاتی که احساسات مثبت و منفی بالاتر یا پایین‌تر از سطح معمول کودک هستند، تغییر می‌کند (۳۵). علاوه بر این، شدت درد زمانی کمتر است که احساسات منفی و مثبت با موفقیت تنظیم شوند یا به سطوح تطبیقی بازایی شوند (۳۶).

تنظیم هیجان به فرایند مدیریت و کنترل احساسات فرد اشاره دارد. این شامل استراتژی‌ها و تکنیک‌هایی است که افراد از آن‌ها برای تأثیرگذاری بر شدت، مدت زمان و بیان احساسات خود استفاده می‌کنند (۳۷). در واقع تنظیم هیجانی به راهبردهایی برای تأثیر گذاشتن، تجربه کردن، تعدیل هیجان‌ات اشاره می‌کند و ممکن است شامل رفتارهایی مانند فرونشانی یا بازرزایی شناختی از موقعیت استرس‌آور باشد (۳۸). نشان داده شده است که استراتژی‌های تنظیم هیجان، مانند ارزیابی مجدد شناختی و پذیرش، در کاهش تجربه درد و افزایش تحمل درد موثر هستند (۳۹). درد مزمن بر فرآیندهای تنظیم هیجان تأثیر می‌گذارد و احساسات دردناک ممکن است علاوه بر سیگنال‌های جسمی توسط واکنش‌های درد پیش‌بینی کننده ایجاد شود (۴۰). روش‌های موثر تنظیم هیجان می‌توانند بهزیستی عاطفی را بهبود بخشند، خطرات ایمنی بالقوه را کاهش دهند و سلامت کلی را بهبود بخشند (۴۱).

بر اساس اهمیت نقش تنظیم هیجان، رابطه والد-کودک و ذهنی سازی از یک سو و شیوع دردهای شکمی در کودکان به دلیل اینکه علت درد مزمن شکم در کودکان اغلب ناشناخته است و هیچ علت شناخته شده‌ای در ۵۱ درصد موارد شناسایی نشده است (۴۲) و

نهایت باعث می‌شود که کودکان یاد بگیرند درباره حالت ذهنی خودشان فکر و آن را درک کند. در واقع پیشرفت از توانایی مشاهده خود به کمک دیگران و از سوی دیگر توانایی مشاهده خود به صورت مستقل به تعامل هیجانی بین کودکان و مراقبین بستگی دارند (۲۱). همچنین فونانگی و همکاران برای توانایی ذهنی‌سازی اهمیت زیادی قائل هستند و معتقدند که توانایی ذهنی‌سازی یک تعیین کننده کلیدی در سازمان‌دهی به خود و رشد توانایی تنظیم هیجان است (۲۲). ذهنی سازی در افراد باعث کاهش درد و استرس بالا و بهبود نشانه‌های بالینی اختلالات می‌شود که در صورت نبود چنین ذهنی سازی باعث افزایش علائم جسمی و روانی اختلالات می‌گردد (۲۳). نتایج پژوهش‌ها از جمله فونانگی (۲۴)، مارک (۲۵) و رابرت (۲۶)، الکساندر و همکاران (۲۷)، نشان از تأثیر ذهنی سازی بر بیماری‌های روان تنی است.

بر اساس مطالب مطرح شده اگرچه بررسی نقش متغیرهای روانشناختی از جمله رابطه والد-کودک و ذهنی سازی، در پیش بینی علائم دردهای شکمی سایکوسوماتیک در کودکان، می‌تواند در شناخت عوامل تشدید کننده و زمینه ساز بیماری‌های روان تنی موثر واقع شود، اما برای شناخت بهتر روابط بین متغیرها، بررسی نقش میانجی‌گر تنظیم هیجان می‌تواند کمک کننده باشد. همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلالات هیجانی از شایع ترین علائم روانشناختی در بیماران سایکو سوماتیک بوده که به میزان قابل توجهی به ناتوانی‌ها و وضعیت نامناسب زندگی در این بیماران مربوط می‌شود و مکانیسم‌های اختلال در تنظیم هیجان با حضور بیماری‌های روان تنی از جمله سردرد (۲۸)، بیماری التهاب روده (۲۹)، اختلالات گوارشی عملکردی (۳۰) و بیماری‌های پوستی (۳۱) مرتبط هستند. تنظیم هیجان به عنوان فرایند‌هایی که از راه آن‌ها افراد هیجان‌های شان را برای پاسخ به توقعات محیطی هشیارانه و ناهشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود و شکلی ویژه از خودتنظیمی است. روی هم رفته، تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهم در سازگاری با وقایع زندگی ایفا می‌کند (۳۲). با توجه به اینکه برخی

همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ ، جهت تعیین حداقل حجم نمونه استفاده می شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیر و خرده متغیر مستقل (پیش بین) است. در این مطالعه ۹ متغیر و خرده متغیر (رابطه والد-کودک، ذهنی سازی، تنظیم هیجان) وجود دارد که طبق فرمول فوق، حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۱۲۲ نفر می باشد که جهت جلوگیری از ریزش حجم نمونه ۱۷۹ کودک به روش نمونه گیری در دسترس از کلینیک های تخصصی اختلالات گوارش کودک و نوجوان شهر اصفهان انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیماری دردهای شکمی سایکو سوماتیکی در کودک توسط متخصص در زمینه اختلالات گوارشی و روانپزشک کودک و نوجوان، بازه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال، گذشت یک سال از تشخیص بیماری در کودک، تمایل به شرکت در پژوهش از طریق رضایت آگاهانه از والد و ملاک های خروجی شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و عدم تکمیل پرسش نامه و یا ناقص پر کردن پرسش نامه می باشند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس رابطه والد-کودک (CPRS-complex regional pain syndrome)

این مقیاس توسط پیازتا (۱۹۹۲) ساخته شد و دارای ۳۳ ماده است که شامل حوزه های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده)، و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه ها) می باشد. شیوه نمره گذاری مقیاس براساس مقیاس یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (نمره ۵ برای قطعاً صدق می کند و نمره ۱ برای قطعاً صدق نمی کند) صورت می پذیرد (۴۴). برای به دست آوردن نمره ی رابطه مثبت کلی در این مقیاس، می بایست نمرات سوالات حوزه های تعارض و وابستگی معکوس شوند. نمره ی بالا در هر یک از خرده مقیاس ها نشانگر وجود بیشتر مولفه های یاد شده است. دریسکول و پیاننا (۲۰۱۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسش نامه را در هر یک از مولفه های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹، و ۰/۸۰ گزارش کرده اند (۴۵). این پرسش نامه توسط طهما سبان و خرم آبادی

تاثیری که این دردهای مزمن شکمی می تواند به صورت منفی بر کیفیت زندگی کودک داشته باشد و منجر به کاهش عملکرد شخصی و اجتماعی کودکان از سوی دیگر، این پرسش مطرح است که تنظیم هیجان به چه صورت در این کودکان با دردهای شکمی سایکوسوماتیک نمایان است؟ آیا رابطه این کودکان با والد خود متفاوت از کودکان سالم است؟ و این توانمندی ذهنی سازی وقایع توسط این کودکان به چه صورت است که منجر به دردهای شکمی سایکوسوماتیک در آن ها می شود؟ پاسخ به این پرسش ها و روشن شدن آن ها می تواند نقش بسیار موثری در پیشگیری و فرایند بهبود این کودکان فراهم کند. این بیماری هزینه های اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی فراوانی دارند که لازم است برای کاهش آن ها از متغیرهای قابل دستکاری همچون رابطه والد-کودک، توانایی ذهنی سازی و مخصوصاً تنظیم هیجان، کمک گرفت. زیرا تنظیم هیجان یا وجود اختلالات هیجانی ممکن است بر رابطه کودک با والد و قدرت ذهنی سازی آن تاثیر سو و به تبع بر تشدید علائم بیماری های سایکوسوماتیک از جمله دردهای شکمی سایکوسوماتیک تاثیر بگذارد. بنابراین با توجه به کمبود پیشینه پژوهشی و خلأ پژوهشی، هدف برآزش ارائه مدل دردهای شکمی سایکوسوماتیک بر اساس رابطه والد-کودک و ذهنی سازی با میانجگری تنظیم هیجانی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال انجام است و یا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا مدل دردهای شکمی سایکوسوماتیک بر اساس رابطه والد-کودک و ذهنی سازی با میانجگری تنظیم هیجان برآزش دارد؟

روش کار

با توجه به هدف پژوهش، طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی شهر اصفهان می باشد که تعداد آن حدود ۴۳۸ کودک بودند. به منظور تعیین حجم نمونه، از فرمول پیشنهادی تاپاچینگ و فیدل (۴۳) استفاده شد. براساس فرمول پیشنهادی آنان در مطالعات

ضرایب در سطح یک صدم معنادار بوده است. ثبات درونی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل آزمون و هر یک از خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۸۰، ۰/۸۱ محاسبه گردیده است. همچنین در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ پایایی کل پرسشنامه ۰/۹۶ بدست آمده است.

پرسش نامه تنظیم هیجان (ERQ-CA) - Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents

این پرسش نامه در سال ۲۰۱۲ توسط گولن و تاف برای ارزیابی راهبردهای تنظیم هیجان در کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۸ سال ساخته شده است. شامل ۱۰ آیتم است که ۶ آیتم آن به ارزیابی راهبردهای ارزیابی مجدد و ۴ آیتم آن به ارزیابی راهبرد سرکوبی می پردازد. نمره گذاری مقیاس بر مبنای یک طیف لیکرت ۵ درجه ای صورت می گیرد (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم). نمرات بالاتر در هر زیر مقیاس نشان دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد در موقعیت های مختلف می باشد. دامنه آلفای کرونباخ پژوهش گولن و تاف (۲۰۱۲) که بر روی ۸۲۷ کودک و نوجوان ۱۰ تا ۱۸ سال انجام دادند، برای دو مولفه ارزیابی مجدد برابر با ۰/۸۳ و برای سرکوبی برابر با ۰/۷۵ به دست آوردند (۴۹). بررسی ساختار عاملی نیز بر دو عاملی بودن پرسش نامه تاکید داشت که حاکی از تایید روایی سازه مقیاس بود. این پرسش نامه توسط لطفی و همکاران (۵۰) ترجمه شده و هنجاریابی شد که ساختار دو عاملی آن تایید شد و آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه هم ۰/۸۱ و برای دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب مقادیر ۰/۷۹ و ۰/۶۸ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز از طریق آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۱ و برای سرکوبی ۰/۷۵ به دست آمد.

شدت درد شکمی (Abdominal Pain Index-API)

این مقیاس توسط والکر و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شد و ویژگی های درد شکمی را که کودک در ۲ هفته گذشته تجربه کرده است، ارزیابی می کند (۵۱). فراوانی اپیزودهای درد شکم در طول ۲ هفته گذشته در یک مقیاس ۶ درجه ای از اصلاً (۰) تا هر روز (۵) رتبه بندی می شود. فرکانس معمول روزانه اپیزودهای درد شکمی

(۴۶) ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد. در این پژوهش با استفاده از تحلیل عاملی روایی تاییدی قابل قبولی را نشان دادند و همچنین جهت پایایی با ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش داد. در پژوهش حاضر نیز پایایی برای کل پرسش نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

آزمون نظریه ذهن: آزمون نظریه ذهن زیگلن (۱۹۹۹) به منظور سنجش نظریه ذهن در کودکان عادی و مبتلایان به اختلال فراگیر رشد با سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است (۴۷). نسخه اولیه دارای ۷۲ سوال ولی در نسخه هنجاریابی شده ۳۸ سوال دارد. همچنین دارای ۳ خرده مقیاس شامل: خرده مقیاس اول: "نظریه ذهن مقدماتی، اظهار اولیه یک نظریه ذهن واقعی و جنبه های پیشرفته نظریه ذهن یعنی نظریه ذهن سطح اول یا بازشناسی عواطف و وانمود، مشتمل بر ۲۰ سؤال. خرده مقیاس دوم: "اظهار اولیه یک نظریه ذهن واقعی یعنی یک نظریه ذهن سطح دوم یا باور غلط اولیه و درک باور غلط، مشتمل بر ۱۳ سؤال. خرده مقیاس سوم: "جنبه های پیشرفته نظریه ذهن یعنی نظریه ذهن سطح سوم یا درک باور غلط ثانویه یا درک شوخی، مشتمل بر ۵ سؤال.

نحوه نمره گذاری بدین صورت است که به پاسخ های صحیح آزمودنی نمره "۱" و به پاسخ های غلط وی "نمره" صفر" داده می شود و از جمع ۳ خرده مقیاس بالا یک نمره کلی در دامنه بین ۰ تا ۳۸ به دست می آید که هر قدر این نمره بالاتر باشد، نشان دهنده این است که کودک به سطوح بالاتر نظریه ذهن دست یافته است. هنجاریابی این آزمون توسط قمرانی، البرزی و خیر (۴۸) صورت گرفت. آن ها آزمون را بر روی گروهی از دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر و دانش آموزان عادی شهر شیراز آزمون اجرا کردند. ضرایب همبستگی خرده آزمون ها با نمره کل آزمون در تمام موارد معنادار بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ متغیر بوده است. پایایی آزمون به وسیله ۳ روش بازآزمایی، آلفای کرونباخ و ضریب اعتبار نمره گذاران بررسی گردیده است. پایایی بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ متغیر بوده است و کلیه

برابر با ۴۲/۰۰ و ۵۰/۷ می‌باشد. ۵۶ درصد کودکان شرکت کننده در پژوهش را دختران و ۴۳ درصد را پسران تشکیل داده بودند. همچنین نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بدلیل داشتن کشیدگی و کجی کمتر از ۳+ و بیشتر از ۳- است. همچنین نتایج تحلیل عامل تاییدی نمرات متغیرهای درد شکمی سایکوسوماتیک، تنظیم هیجان، رابطه والد-کودک و ذهنی سازی نشان داد که برای هر یک از بارهای عاملی سوالات پرسش نامه بالاتر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ و سطح معناداری به دست آمده کمتر از ۰/۰۵ بود که بیانگر تایید روایی سازه این سه پرسش نامه بود. جدول ۲ نتایج برازش مدل پیشنهادی ارائه شده است. جدول ۲، گویای این مطلب است که شاخص‌های نسبت خی دو به درجه آزادی CMIN/DF برابر با ۲/۷۸، شاخص برازش مطلق RMR کمتر از ۰/۰۵، شاخص‌های برازش تطبیقی CFI و IFI بیشتر از ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش مقتصد PGFI برابر با ۰/۵۸ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۶۶ در سطح قابل قبولی قرار دارند؛ بدین معنی که مدل تحقیق دارای برازش مطلوبی است. در ادامه مدل نقش میانجگر راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین والد-کودک و ذهنی سازی با دردهای شکمی سایکو سوماتیک ارائه شده است (شکل ۱).

در مقیاس ۶ نقطه‌ای از هیچ (۰) تا ثابت در طول روز (۵) ارزیابی می‌شود. مدت زمان معمول دوره‌های درد در یک مقیاس ۹ نقطه‌ای از هیچ (۰) تا تمام روز (۸) رتبه‌بندی می‌شود. شدت معمول درد شکم در ۲ هفته گذشته در یک مقیاس ۱۱ درجه‌ای از بدون درد (۰) تا بیشترین درد ممکن (۱۰) رتبه‌بندی می‌شود. روش امتیازدهی تجدیدنظر شده با استفاده از روشی که قبلاً گزارش شده بود، یک امتیاز ترکیبی خام ایجاد می‌کند. والکر و همکاران (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کودکان مبتلا به دردهای مزمن شکمی ۰/۷۳ و برای کودکان سالم ۰/۸۴ به دست آوردند (۵۲). همچنین در پژوهش نیک نشان و همکاران (۵۲)، ضریب آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسش نامه ۰/۷۵ را گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای فرم کودک برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده؛ در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و در سطح استنباطی نیز از معادلات ساختاری در نرم افزار آماری SMART PLS نسخه ۴ استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج توصیفی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان برابر با ۱۱/۴۵ و ۱۳/۱ و میانگین و انحراف معیار سن والدین

جدول ۱- نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

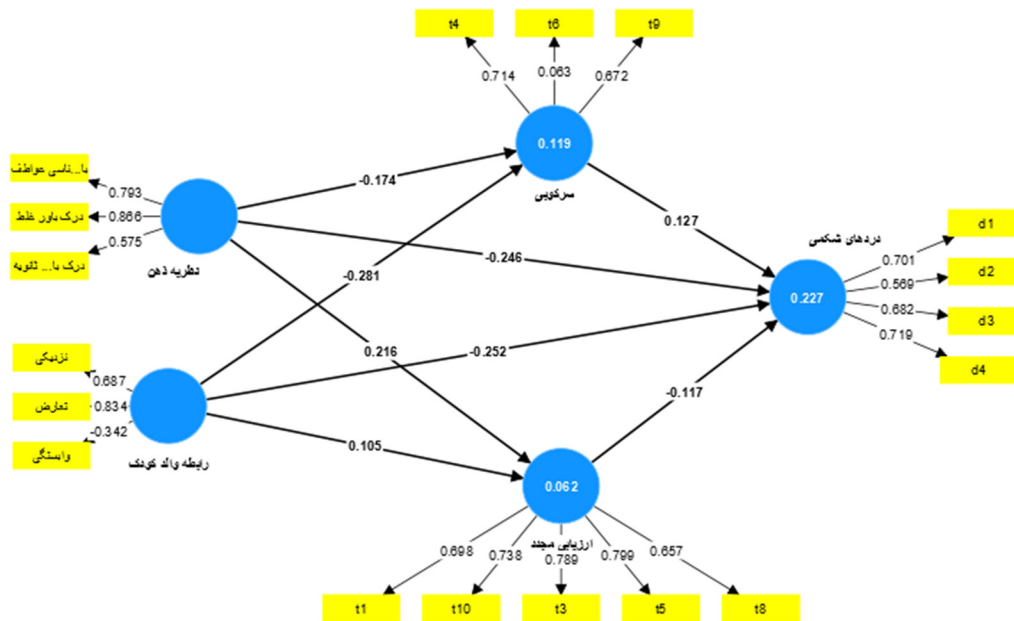
مقیاس‌ها	مولفه‌ها	کشیدگی	چولگی	میانگین	انحراف معیار
رابطه والد کودک	تعارض	-۰/۶۱۱	-۰/۲۱۴	۴۹/۸۶	۱۲/۶۹
	نزدیکی	۰/۴۵۵	-۰/۸۹۱	۳۴/۳۱	۷/۳۴
	وابستگی	-۰/۱۳۰	-۰/۲۲۷	۲۰/۳۳	۳/۸۳
ذهنی سازی	رابطه مثبت کلی	-۰/۲۸۷	-۰/۰۷۸	۱۰۷/۳۶	۱۶/۳۳
	بازشناسی عواطف و وانمود	-۰/۵۷۳	-۰/۲۰۱	۱۱/۶۵	۳/۵۵
	درک باور غلط	-۰/۴۵۷	-۰/۰۵۰	۷/۶۷	۲/۷۵
تنظیم هیجان	درک باور غلط ثانویه	-۰/۵۷۰	-۰/۲۰۳	۳/۰۹	۱/۲۱
	ذهنی سازی	-۰/۲۹۰	-۰/۰۵۸	۲۲/۴۱	۶/۰۰
	سرکوبی/فرونشانی	-۱/۱۷۵	-۰/۴۷۶	۱۱/۸۹	۲/۶۶
دردهای شکمی	ارزیابی مجدد موقعیت	-۰/۴۲۸	-۰/۳۸۱	۱۷/۸۳	۴/۵۳
	---	-۰/۲۹۰	۰/۱۶۲	۱۴/۴۲	۴/۶۷

شکمی برابر با ۰/۲۴- و ذهنی سازی به راهبرد سرکوبی برابر با ۰/۱۷- است که این ضرایب نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. همچنین نتایج جدول ۵ نشان داد که از بین چهار مسیر غیرمستقیم با میانجیگری نقش راهبردهای تنظیم هیجانی، تنها دو مسیر غیرمستقیم رابطه والد کودک -> سرکوبی -> دردهای شکمی با

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، مسیرهای رگرسیون مستقیم رابطه والد- کودک به دردهای شکمی برابر با ۰/۲۵- و رابطه والد- کودک به سرکوبی برابر با ۰/۲۸- می باشد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین مسیرهای رگرسیون مستقیم ذهنی سازی به ارزیابی مجدد برابر با ۰/۲۱، ذهنی سازی به دردهای

جدول ۲- شاخص های برازش مدل رابطه بین رابطه والد-کودک، ذهنی سازی با دردهای شکمی با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان

شاخص	مقدار	مقدار مطلوب	وضعیت
Chi ²	۴۷۲۷/۱۱۴	-	-
RMR	۰/۰۴۴	کمتر از ۰/۰۵	مطلوب
CFI	۰/۹۴	مساوی یا بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
IFI	۰/۹۴	مساوی یا بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
PGFI	۰/۵۸	بزرگتر از ۰/۵۰	مطلوب
RMSEA	۰/۰۶۶	کمتر از ۰/۰۸	مطلوب
CMIN/DF	۲/۷۸	بین ۱ تا ۳	مطلوب



شکل ۱- مدل برازش نقش تنظیم هیجانی در رابطه والد- کودک و ذهنی سازی با دردهای شکمی

جدول ۳- بررسی روابط غیر مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل

۰/۰۴۵	۲/۰۸۹	۰/۰۲۲	-۰/۰۴۲	-۰/۰۴۰	رابطه والد کودک -> سرکوبی -> دردهای شکمی
۰/۰۴۸	۱/۹۹۸	۰/۰۱۹	-۰/۰۴۰	-۰/۰۳۷	ذهنی سازی -> ارزیابی مجدد -> دردهای شکمی
۰/۲۶۶	۰/۸۸۴	۰/۰۱۴	-۰/۰۱۳	-۰/۰۱۳	ذهنی سازی -> سرکوبی -> دردهای شکمی
۰/۳۶۸	۱/۱۱۲	-۰/۰۲۰	-۰/۰۲۴	-۰/۰۲۲	رابطه والد کودک -> ارزیابی مجدد -> دردهای شکمی

میزان رابطه اصلاح شده برابر با $-0/042$ و $t = 2/08$ و ذهنی سازی $-$ ارزیابی مجدد $-$ دردهای شکمی با میزان رابطه اصلاح شده برابر با $-0/040$ و $t = 1/99$ در سطح $p < 0/05$ قرار دارد که از لحاظ آماری معنادار است؛ بدین معنا که راهبرد سرکوبی به طور غیرمستقیم و معناداری بر رابطه والد-کودک با دردهای شکمی کودکان و راهبرد ارزیابی مجدد نیز به طور غیرمستقیم و معناداری بر رابطه ذهنی سازی با دردهای شکمی کودکان تاثیر گذار بوده است ($p < 0/05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری دردهای شکمی سایکو سوماتیک بر اساس رابطه والد-کودک، ذهنی سازی با میانجگری و تنظیم هیجانی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال می باشد. نتایج تحلیل آماری نشان داد که رابطه مستقیم و غیرمستقیم بین والد-کودک و ذهنی سازی با دردهای شکمی سایکوسوماتیک با توجه به نقش راهبرد های هیجانی شامل ارزیابی مجدد و سرکوبی در سطح کمتر از $0/05$ وجود داشت.

در واقع بین رابطه والد-کودک با دردهای شکمی رابطه مستقیم و غیرمستقیم با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان وجود داشت که این نتیجه همسو با یافته های پژوهش لی، جیا نگ، ایکس، زانگ (۱۴)، گالوویچست، ویمر، اسچوایل (۱۵)، لارد و همکاران (۱۶) و نوتن، اسکاشیم، پاتل، چیتکارا، تیلبرگ (۱۷) می باشد. تعاملات نامناسب والدین می تواند اختلالات هیجانی و رفتاری ایجاد کند و بسیاری از استعداد های فکری و هیجانی کودکان را از بین ببرد؛ بنابراین روابط مثبت والد-کودک به پیامدهای سلامت اجتماعی عاطفی، شناختی، عصبی زیستی و سلامت کلی برای کودکان کمک می کند. در حقیقت یکی از مهم ترین عوامل مؤثر بر رشد روانی و اجتماعی، روابط والد-کودک است که در زندگی کودک در حال رشد اهمیت زیادی دارد؛ به طوری که کیفیت این روابط در سال های اولیه کودکی، رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده را پایه گذاری می کند (۱۳). خانواده نقشی بنیادین در سلامت و بیماری افراد دارد و اصلی ترین نهاد در حفظ

سلامت فرد و جامعه است. همچنین، در شکل گیری مفاهیم سلامت و بیماری و الگوهای رفتار بهنجار و نابهنجار تأثیری بسزا دارد (۱۲). سبک های تربیتی ناکارآمد و تعامل نامناسب والد - کودک در طول دوران تحول به ایجاد مشکلات ارتباطی و در نهایت، آسیب پذیری کودکان در برابر اختلالاتی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری و آسیب روان شناختی منجر خواهد شد.

در باب علت شناسی این مشکلات، عوامل زیادی مطرح شده که از مهم ترین آنها می توان به ناتوانی والدین در مدیریت رفتار کودک و تعامل منفی والد - کودک و خودتنظیمی هیجانی نامناسب یا استفاده بیش از اندازه از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی اشاره کرد (۱۴). برخی از متخصصان معتقدند که اکثر مشکلات جسمی (دردهای شکمی سایکو سوماتیکی) و روانی و رفتاری کودکان منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین می باشد. به عبارت دیگر، نشان دهنده روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر و با روش تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنان با فرزندان ارتباط تنگاتنگی دارد. اگر والدین مشارکت خوبی با فرزندان خود نداشته باشند و بر کار آنها به طور مناسب نظارت نکنند، طبیعی است که این ضعف در ایفای نقش و ابعاد والدگری با افزایش مشکلات هیجانی کودکان رابطه مستقیم دارد (۵۳). چراکه بین تعامل والد - کودک با سازگاری عاطفی و هیجانی کودک در اوایل کودکی، اواسط کودکی و نوجوانی رابطه وجود دارد. از کیفیت تعامل و تنظیم هیجانی نامطلوب اغلب به عنوان پیش بینی کننده ای برای مشکلات جسمی (دردهای شکمی سایکوسوماتیکی)، روانی و هیجانی کودکان می توان استفاده کرد (۱۵).

همچنین نتایج تحلیل آماری نشان داد که بین ذهنی سازی با دردهای شکمی رابطه مستقیم و رابطه غیرمستقیم با توجه به نقش میانجی تنظیم هیجان وجود داشت که همسو با یافته های فوناگی (۲۴)، مارک (۲۵) و رابرت (۲۶)، الکساندر و همکاران (۲۷)، می باشد. پژوهشگران برای توانایی ذهنی سازی اهمیت زیادی قائل هستند و معتقدند که توانایی ذهنی سازی یک تعیین

تخصصی گوارش کودکان اشاره کرد، بنابراین جهت افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر مناطق جغرافیایی دیگر نیز انجام شود. ضمن اینکه نمونه‌ی پژوهش حاضر در دسترس بوده و تعمیم نتایج به تمامی کودکان مبتلا اختلال درد شکمی عملکردی شهر اصفهان و سایر مناطق کشور باید با احتیاط صوت بگیرد و ضروری است که در پژوهش‌های آتی حجم بزرگ‌تری از نمونه مورد بررسی قرار بگیرد. از سوی دیگر با لحاظ شرایط ویژه قرنطینه اجتماعی امکان برگزاری دوره‌ی پیگیری فراهم نشد که پیشنهاد می‌شود سایرین به جهت بررسی ماندگاری نتایج درمانی و البته محدودیت‌های پژوهشی در این زمینه مرحله پیگیری را نیز لحاظ نمایند.

نتیجه‌گیری

پژوهش می‌تواند به والدین کودک مبتلا به اختلال درد شکمی عملکردی کمک کند تا با استفاده از راهبرد روان‌شناختی، به راهکارهای مؤثری برای مقابله با اختلال درد شکمی عملکردی کودکان دست یابند و به پیامد روان‌شناختی مفیدی دست یابند.

تقدیر و تشکر

با نهایت سپاس از تمامی افرادی که در اجرای این تحقیق ما را یاری رساندند و ضمناً هیچ تعارض منافی برای کار تحقیقی مورد نظر وجود ندارد و کلیه هزینه‌های اجرایی این مقاله به صورت شخصی و توسط دانشجوی دکتری پرداخت گردید.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.113 مورد تایید دانشگاه آزاد نجف‌آباد می‌باشد. شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

مشارکت نویسندگان

سمیه معینی نسب نگارش مقاله و مجتبی انصاری

کننده کلیدی در سازمان‌دهی به خود و رشد توانایی تنظیم هیجان است (۲۴). تنظیم هیجان به طور قابل توجهی با درد روانی در کودکان ارتباط دارد. کودکان با ناپایداری عاطفی بیشتر، مثبت و منفی، شدت درد بالاتری را تجربه می‌کنند. شدت درد همچنین در لحظاتی که احساسات مثبت و منفی بالاتر یا پایین‌تر از سطح معمول کودک هستند، تغییر می‌کند (۲۵). علاوه بر این، شدت درد زمانی کمتر است که احساسات منفی و مثبت با موفقیت تنظیم شوند یا به سطوح تطبیقی بازبایی شوند (۱۸). یافته‌های نشان داده است که استراتژی‌های تنظیم هیجان، مانند ارزیابی مجدد شناختی و پذیرش، در کاهش تجربه درد و افزایش تحمل درد موثر هستند (۲۱). روش‌های موثر تنظیم هیجان می‌توانند بهزیستی عاطفی را بهبود بخشند، خطرات ایمنی بالقوه را کاهش دهند و سلامت کلی را بهبود بخشند (۲۳). مروری بر مقالات سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۳ نشان می‌دهد ذهنی‌سازی درد و تنظیم هیجان می‌تواند در پیش‌بینی دردهای شکمی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال نقش داشته باشد. محققان در پژوهش‌های خود طی این سال‌ها دریافته‌اند کودکان مبتلا به دردهای شکمی مزمن، ذهنی‌سازی درد را به شیوه‌ای منفی‌تر از کودکان سالم انجام می‌دهند. آن‌ها همچنین در تنظیم هیجان خود مشکل بیشتری داشتند (۲۷). محققان دریافته‌اند که ذهنی‌سازی درد می‌تواند به کاهش دردهای شکمی در کودکان کمک کند. آن‌ها دریافته‌اند که کودکانی که آموزش ذهنی‌سازی درد را دریافت کردند، دردهای شکمی کمتری داشتند و از سلامت روان بهتری برخوردار بودند (۱۹). همچنین ذهنی‌سازی درد و تنظیم هیجان در کودکان مبتلا به درد های شکمی با گذشت زمان تغییر می‌کند. کودکانی که در ابتدا ذهنی‌سازی درد را به شیوه‌ای منفی‌تر انجام می‌دادند، در طول زمان بیشتر در معرض خطر ابتلا به دردهای شکمی بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی درد و تنظیم هیجان ممکن است عوامل خطری برای دردهای شکمی در کودکان باشند (۲۶). از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه‌ی آماری به بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک

11. Haleh S. Clinical Hypnosis in Children. 2011. doi: 10.1007/978-1-4419-0350-1_19

12. Alfvén RGJ. Psychosomatic pain in children: A psychomuscular tension reaction?. *European Journal of Pain*. 2021; 1: 5-14.

13. Riahi F, Golzari M, Mootabi F. The Relationship between Emotion Regulation and Marital Satisfaction using the Actor-Partner Independence Model. *Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020; 26(1): 44-47.

14. Li C, Jiang S, Fan X, Zhang Q. Exploring the impact of marital relationship on the mental health of children: Does parent-child relationship matter?. *Journal of health psychology*, 2020; 25(10-11): 1669-1680.

15. Gulewitsch MD, Weimer K, Enck P, Schwille-Kiuntke J, Hautzinger M, Schlarb AA. Stress reactivity in childhood functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Eur J Pain* 2017; 21:166-77.

16. Laird KT, Preacher KJ, Walker LS. Attachment and adjustment in adolescents and young adults with a history of pediatric functional abdominal pain. *Clin J Pain*. 2015; 31: 152-158.

17. Newton E, Schosheim A, Patel S, Chitkara DK, Tilburg MAL. The role of psychological factors in pediatric functional abdominal pain disorders. *Neurogastroenterol Motil*. 2019; e13538

18. Ljotsson B, Hedman E, Linfors P, Hursti T, Linfors N, Anderson G, Ruck CH., Long-term follow up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behavior research and therapy*. 2011 49: 58-61.

19. Meyre M, Gold S, Klaus Zeltzer L, lockner J. Functional gastrointestinhbal abdominal pain in adolescence biopsychosocial phenomenon. *the journal of pain*. 2008; 9 (11): 984-990.

20. Heydari F, Askary P, Heydari A R, Pasha R, Makvandi B. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological and Rumination Flexibility in Patients with Non-Cardiac Chest Pain. *Disability Studies [Internet]*. 2018; 8. Available from. [Persian]

21. Anna H, Anna H, Amit S, Amit S, Sharon B, Sharon B, Rachel M, Ela K, Keren H, Chane D, Sima D, Esti G. Retreating From Life: The Boy Whose Body Experienced His Pain: *Clinical Case Studies*. 2018. doi: 10.1177/1534650118793969

22. Zernicke KI, Linette LS, Lounsbury J, Zhong L, Blustein PK, Campbell TS, Carlson LE. Mindfulness-Based Stress Reduction Improves Distress in two Different Chronic Illnesses. *Journal Behavior Health*. 2012; 1(3): 201-208

23. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S.

شهیدی بررسی و ویراستاری مقاله را بر عهده داشتند و حمیدرضا نیکبیار و حسین صانعیان داده ها را تجزیه و تحلیل و تفسیر کردند.

References

1. Pasricha PJ, Willis WD, Gebhart GF. Chronic abdominal and visceral pain: theory and practice: Taylor & Francis US; 2006.

2. Brusaferrero A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. The management of paediatric functional abdominal pain disorders: latest evidence. *Pediatric drugs*. 2018; 20(3): 235-47.

3. Abbott RA, Martin AE, Newlove Delgado TV, Bethel A, Thompson Coon J, Whear R, et al. Psycho-social interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017; 1: CD010971.

4. Driscoll K, Pianta R C. Mother's and father's perceptions of conflict and closeness in parent-child relationships during early childhood. *Journal of early childhood and infant psychology* 2011; 7: 1-18.

5. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, et al. Abdominal pain-predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2011; 53(6): p. 659-65.

6. Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. *American family physician*. 2018; 97(12): p. 785-93.

7. Paul SP, Farmer G, Soondrum K, Candy DC. Chronic abdominal wall pain in children may be improved by physiotherapy. *Indian journal of physiotherapy and occupational therapy*. 2013; 7(3): p. 238.

8. Cousins LA, Kalapurakkal S, Cohen LL, Simons LE. Topical review: resilience resources and mechanisms in pediatric chronic pain. *Journal of pediatric psychology*. 2015; 40(9): p. 840-5.

9. Rohani N, Jalali MR, Mosavi AL. The relationship between personality traits, attachment styles, and parenting styles with the physical health of children. *Journal of Child Mental Health*. 2019; 6 (3): 215-227. [Persian]

10. Brett T, Rowland M, Drumm B. An approach to functional abdominal pain in children and adolescents. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012; 62(600): 386-387.

Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(2): 217-37.

24. Fonagy P. *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* Routledge. 2018; 24.

25. Mark C, Kelly K, Anthony MH, Bromberg Lindsey F, Karen M, Gil Laura E, Schanberg. Emotion regulation predicts pain and functioning in children with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 2012; doi: 10.1186/1546-0096-10-S1-A32.

26. Robert T, Muller, N, Angela V, Sheila K, Susan E. Emotion Regulation and Psychopathology in a Sample of Maltreated Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2013; 6, 25–40. doi: 10.1080/19361521.2013.737441

27. Alexander L, Chapman G. *Review of The handbook of emotion regulation (2nd ed.)*. Canadian Psychology, 2015.

28. Iglesias M, Barreiro M, Vazquez I, Nieto L, Martinez I, Seoane M, et al. S1199 Prevalence of Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease: Relationship With Sociodemographic and Clinical Parameters. *Gastroenterology* 2010;138(5):S-202.

29. Zhu C, Ou L, Geng Q, Zhang M, Ye R, Chen J, et al. Association of somatic symptoms with depression and anxiety in clinical patients of general hospitals in Guangzhou, China. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34(2):113-20.

30. Schaarschmidt ML, Schmieder A, Umar N, Terris D, Goebeler M, Goerdts S, et al. Patient preferences for psoriasis treatments: process characteristics can outweigh outcome attributes. *Arch Dermatol* 2011;147(11):1285-94.

31. Burger J. *Personality.* New York: cengage. 2019.

32. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(4):246-56.

33. Ausubel D. *Ego Development and Psychopathology.* New York: Routledge. 2018.

34. Nazimi Harandi Jazayeri S, Sabary H. Prediction of Social Emotional Problems of Children Based on Parenting Styles with Mediating Role of Social Support. *Arak University of Medical Sciences Journal.* 2022; 25 (1): 72-87.

35. Cozzi G, Lucarelli A, Borrometi F. How to recognize and manage psychosomatic pain in the pediatric emergency department. *Ital J Pediatr.* 2021; 47: 74.

36. Hatemifar K, Zare H, Shahryary Ahmadi M. Comparison of the Effectiveness of Positive Parenting Training and Parental Management on Improving Parent-Child Relationship. *Journal of Child Mental Health.* 2020; 7 (3) :25-39. [Persian]

37. Li C, Jiang S, Fan X, Zhang Q. Exploring the impact of marital relationship on the mental health

of children: Does parent-child relationship matter?. *Journal of health psychology*, 2020; 25(10-11): 1669–1680.

38. Khanjani Z, Hadavondakhani F. *Theory of Mind: Evolution and Approaches.* New psychological research (Psychology of Tabriz University), 2019; 4(16), 85-115. [Persian]

39. Landa A, Peterson BS, Fallon BA. Somatoform pain: A developmental theory and translational research review. *Psychosomatic Medicine*, 2012; 74(7), 717–727.

40. Karimi F, Farahbakhsh K, Salimi BH, Motamedi A. The relationship between mindfulness-building and anxiety-related avoidance of attachment in adolescent girls. *Behavioral Sciences Research.* 1397; 16 (4) :539-548. [Persian]

41. Brown R, Chen M, Paoletti J, Dicker E, Wu-Chung E, LeRoy A, Fagundes C. emotion regulation, parasympathetic function, and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 2022; 13.

42. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics (6th ed.)*. Boston, MA: Pearson.

43. Pianta, R.C. (1992). *Child-parent relationship scale.* Unpublished measure, University of Virginia.

44. Driscoll, K., & Pianta, R. C. (2011). *Child-Parent Relationship Scale (CPRS)* [Database record]. APA PsycTests.

45. Tahmasban K, Abarshi Z, Mazahery M. The Effect of Educational Program to Promote Socio-Psychological Development of Children by Improving Mother-Child Interaction on Themselves by Mendi Waldary and Mother Child Relationship Under Three Years Old. *Research in Psychological Health*, 2019; 3(3), 49-57. SID. [Persian]

46. Sigelman CK. *Life-Span Human Development (3rd ed.)* Boston: Brooks/Cole Publishing Company. 1999.

47. Qamarani A, Alborzi S, Khair M. Validity and reliability of the Theory of Mind Test in a group of mentally retarded and ordinary students in Shiraz. *Journal of Psychology*, 2016; 10(2) (38 consecutive), 181-199. [Persian]

48. Gullone E, Taffe J. The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 2012; 24(2), 409–417. doi:10.1037/a0025777

49. Lotfi M, Bahrampuri L, Amini M, Fatemi Tabar R, Birshak B, Tanai M, Shiasi Y. The Adaptation of Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents in Persian. *Mazandaran University of Medical Sciences (University Letter)*, 2019; 29 (175), 117-128.

[Persian]

50. Walker LS, Smith CA, Garber J, Van Slyke DA. Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment*, 1997; 9: 392-405.

51. Walker LS, Sherman AL, Bruehl S, Garber J, Smith CA. Functional abdominal pain patient subtypes in childhood predict functional gastrointestinal disorders with chronic pain and psychiatric comorbidities in adolescence and adulthood. *Pain*, 2012; 153, 1798–1806.

52. Nikneshan S, golparvar M, abedi A, nasri P, famouri F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBT) and Resiliency Based Play Therapy on Sleep Disorder in Children with Functional Abdominal Pain. *IJRN* 2020; 7 (1):75-85. [Persian]

53. Satorian, Seyyed Abbas, Tahmasian, Karine, Ahmadi, Mohammadreza. The role of parenting dimensions and parent-child relationship in children's internalized and externalized behavioral problems. *Family Research*, 2015; 12(4): 683-705. [Persian]