مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۲، شماره پیوسته ۷۸، ۲۱ تیر ۱۴۰۴ https://doi.org/10.47176/rjms.32.78

پژوهشی

# مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با نقش میانجی خودکارآمدی ایمنی کودکان کار

**راضیه معین فر:** گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

**فریبا کیانی:** گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران (* نویسنده مسئول) kiani@yahoo.com

**احمد غضنفری:** گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** مشکلات روان تنی یکی از اختلالات شایع در میان کودکان کار است که بازتابی از عدم سلامت جسمانی و روانشناختی آن ها است. پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری خودکارآمدی ایمنی کودکان کار بود.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع همبستگی و به لحاظ روش از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکانی بودند که به عنوان کودک کار در سازمان بهزیستی شهرستان‌های استان چهار محال و بختیاری در سال ۱۴۰۳ دارای پرونده بودند که از این جامعه تعداد ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مقیاس شکایات روان‌تنی تاکلتا و ساکلتا (۲۰۰۴)، پرسش نامه بدرفتاری مک کورد و همکاران (۲۰۱۸)، پرسش نامه درماندگی کوهن و همکاران (۱۹۸۳) و پرسش نامه خودکارآمدی ایمنی چن و همکاران (۲۰۰۱)، را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزارهای AMOS-24 و SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از برازش مطلوب مدل با داده‌های تجربی بود. اثر ضریب مسیراستاندارد مستقیم بدرفتاری، درماندگی روانشناختی و خودکارآمدی ایمنی با شکایات روان تنی معنادار بود ($p<۰/۰۵$). همچنین اثر غیرمستقیم بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با نقش واسطه‌ی خودکارآمدی ایمنی بر شکایات روان‌تنی نیز معنادار بود ($p>۰/۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان گفت که بدرفتاری، درماندگی روانشناختی و خودکارآمدی ایمنی بر شکایات روان‌تنی کودکان کار نقش داشته‌اند. بنابراین به کلیه متخصصان بهداشت روان توصیه می‌شود به نقش این عوامل به ویژه امنیت روانی در محیط کار این کودکان توجه ویژه داشته باشند.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

**کلیدواژه‌ها**

شکایات روان‌تنی،
بدرفتاری،
درماندگی روانشناختی،
خودکارآمدی ایمنی،
کودکان کار

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۰۴/۲۱

**شیوه استناد به این مقاله:**

Moeinfar R, Kiani F, Ghazanfari A. Modeling Psychosomatic Complaints Based on Abuse and Psychological Distress with the Mediating Role of Child Labor Safety Self-Efficacy. Razi J Med Sci. 2025(12 Jul);32.78.

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.

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

*Razi Journal of Medical Sciences.* 2025(12 Jul);32.78. https://doi.org/10.47176/rjms.32.78

Original

# Modeling Psychosomatic Complaints Based on Abuse and Psychological Distress with the Mediating Role of Child Labor Safety Self-Efficacy

**Raziyeh Moeinfar:** PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

**Fariba Kiani:** Assistant Professor, Department of Psychology, Boroujen Branch, Islamic Azad University, Boroujen, Iran (*Corresponding Author) kiani@yahoo.com

**Ahmad Ghazanfari:** Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

## *Abstract*

**Background & Aims:** Psychosomatic problems are one of the most common psychiatric disorders in working children, affecting both physical and psychological dimensions simultaneously. Psychosomatic complaints can be an expression of mental pain or unresolved traumatic life experiences, serious loss, deep personal injury, or disrespect. Since physical and sexual abuse, parental addiction to alcohol and drugs, lack of social support for the child, unrealistic expectations, and an unhealthy work environment are known to be among the most important risk factors for the occurrence of psychosomatic complaints in children, working children are very vulnerable to this psychiatric disorder. One of the important factors in the development and persistence of psychosomatic complaints in children is maltreatment. Although previous research has often focused on childhood sexual and physical maltreatment, emotional and physical neglect and emotional abuse can also have a destructive effect on the body, brain, and mind. This situation can harm children's sexual and social development and put their safety and health at risk. The poor socio-economic status of child labourers, the possibility of physical and sexual abuse in the unhealthy environments in which they work, can provide the basis for various forms of maltreatment in child labourers, and since the necessary support is not provided to escape from the unhealthy living conditions of these children, they may develop feelings of helplessness.

**Methods:** This study is a quantitative study and in terms of purpose it is a fundamental study, in terms of decision-oriented outcome, in terms of time of research implementation, cross-sectional and in terms of data collection method, the present study was descriptive and the research design was correlational of structural equation modeling. The statistical population of the study included all working children in the age range of 10-17 years in Chaharmahal and Bakhtiari province who had a file in the Welfare Organization of the provinces in 1403. The statistical sample included 300 people of this statistical population who were collected using a purposeful method. Delavar et al. (1401) suggest a minimum sample size of 200 for structural equations and consider 250 as good and 300 as very suitable. Therefore, in order to increase the power of the study and reduce errors, 300 people were selected as the final sample after eliminating incomplete and distorted questionnaires.

**Results:** The information reported by the study sample shows that 96 of these individuals were girls and 204 were boys. Of the study sample, 62 were in the age group of ten to eleven years, 138 in the age group of twelve and thirteen years, 86 in the age group of fourteen and fifteen years, and 14 in the age group of sixteen years or more. Of the sample, 121 were illiterate, 135 in the first primary school, 27 in the second primary school, 13 in the first secondary school, and 4 in the second

**Keywords**

Psychosomatic Complaints, Maltreatment, Psychological Distress, Safety Self-Efficacy, Child Labor

Received: 01/03/2025

Published: 12/07/2025

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

secondary school. Finally, of the study sample, 77 reported that their father had died, 47 in the second secondary school, and 176 reported that both parents were alive. According to the findings reported in Table 2, it can be seen that the adjusted goodness-of-fit indices were 2.316; root mean square error of estimation was 0.066; The parsimonious normalized fit index is 0.813, which, considering the acceptable value of each of the indices presented in the table, all confirm a very good fit of the model. Of the adaptive fit indices, the modified fit index is 0.921; the adaptive fit index with a value of 0.935 indicates a very good fit of the model. Finally, of the absolute fit indices, the goodness of fit index is 0.920 and the modified goodness of fit index is 0.913, indicating a very good fit of the model with the experimental data.

**Conclusion:** The results of this study showed that maltreatment, psychological distress, and safety self-efficacy play a role in the occurrence of psychosomatic complaints in working children. Given these results, all mental health professionals, especially psychiatrists and therapists, should pay special attention to physical symptoms because sometimes physical problems indicate multiple psychological disorders. It is also recommended that the level of mental health of these children be increased by improving self-efficacy. Since these children are exposed to various social harms due to their chaotic family situation and various types of family and job pressures, it is recommended that all health professionals and policymakers seriously consider social support and the provision of mental health services.

Conflicts of interest: None
Funding: None

**Cite this article as**:
Moeinfar R, Kiani F, Ghazanfari A. Modeling Psychosomatic Complaints Based on Abuse and Psychological Distress with the Mediating Role of Child Labor Safety Self-Efficacy. Razi J Med Sci. 2025(12 Jul);32.78.

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.

[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

## مقدمه

پدیده کودکان کار یکی از آسیب‌های اجتماعی است که بروز و گسترش آن، معلولی از عوامل گوناگون و در هم پیچیده اجتماعی و اقتصادی است و از طرف خود، مولد آسیب‌های اجتماعی دیگر نیز به شمار می‌رود. در واقع کار کودکان، جنبه‌های منفی اقتصادی و اجتماعی در خور توجهی را در بر دارد، به طوری که مانع جدی افزایش مهارت‌ها، آموزش و دانش می‌شود و درآمد بیمه‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد؛ در نتیجه صدمه مالی و جانی بالا می‌رود و انواع آسیب‌های اجتماعی شامل مسائل جنسی، اعتیاد، خرده فروشی مواد مخدر و بزهکاری به وجود می‌آید (۱). بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تعداد کودکان کار از ۱۰۰ میلیون کودک در سال ۲۰۰۰ به بیش از ۱۶۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ رسیده است و این آمار در کشور ایران حدود ۲ میلیون کودک را شامل می‌شود (۲). با توجه به اینکه کودکان کار همواره در محیط‌های ناسالم زندگی می‌کنند، در نتیجه به صورت مداوم در معرض انواع مختلف مشکلات جسمانی مانند مشکلات رشد و سوء تغذیه و مشکلات روانشناختی مانند خشونت خانگی و شغلی، افت تحصیلی و اختلالات اضطرابی هستند (۳). مشکلات روان‌تنی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانپزشکی در کودکان کار است که همزمان هر دو بعد جسمانی و روانشناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۴).

شکایات روان‌تنی که به عنوان شکایات جسمانی بدن تعریف می‌شوند که با دلایل بنیادی توضیح‌پذیر نیستند و در اختلالات پزشکی و روانپزشکی رایج‌اند (۵). پژوهش‌های قبلی حکایت از آن دارد که کودکان میزان بالایی از علائم روانی‌تنی را تجربه می‌کنند که اکثر این شکایات در سنین ۱۲-۷ سالگی شروع به ظاهر شدن می‌کنند (۶). شکایات روان‌تنی می‌تواند بیان درد ذهنی یا تجارب آسیب‌زای حل نشده زندگی، فقدان جدی، آسیب دیدگی شخصی عمیق و یا بی احترامی باشد. این علائم طبق دیدگاه روانکاوی، ممکن است نشان دهنده برآورده نشدن خواسته‌های فرد به روش سازگارانه باشد (۷). از آنجا که سوء استفاده‌های جسمی، جنسی، اعتیاد والدین به الکل و مواد مخدر، فقدان حمایت اجتماعی از کودک، انتظارات غیرواقع بینانه و محیط کار ناسالم از جمله مهم‌ترین عوامل خطرآفرین در بروز شکایات روان‌تنی در کودکان شناخته می‌شود، بنابراین کودکان‌کار از آسیب‌پذیری بسیار بالایی در برابر این اختلال روانپزشکی برخوردارند (۸). در نگاهی دیگر شکایات روان‌تنی نتیجه بدرفتاری‌هایی است که کودک در محیط زندگی، تحصیلی و کاری تجربه کرده است (۹).

یکی از عوامل مهم در ایجاد و تداوم شکایات روان‌تنی در کودکان، بدرفتاری است (۱۰). بدرفتاری دوره کودکی (Childhood maltreatment) به صورت آسیب فیزیکی یا روان‌شناختی به کودکان تعریف می‌شود که به وسیله خشونت یا سوءاستفاده توسط والدین یا دیگران انجام می‌شود و شامل پنج بعد مهم سوء استفادهٔ فیزیکی، سوء استفادهٔ هیجانی، سوء استفادهٔ جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی است که این ابعاد اغلب با هم اتفاق می‌افتند (۱۱). مطالعات قبلی پیرامون بدرفتاری دوران کودکی که خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی بزرگسالان را افزایش می‌دهد، اغلب بر تشخیص‌های پزشکی خاص (مانند بیماری قلبی -عروقی) متمرکز بوده است. این شکایات فیزیکی ممکن است با توصیف یک تشخیص، سندرم پزشکی یا بیماری ارگانیک مطابقت داشته یا نداشته باشند، اما اغلب باعث ناراحتی، ناتوانی، بار مالی و یا مراجعه‌های متعدد پزشکی قلبل توجهی می‌شود (۱۲). اگرچه پژوهش‌های قبلی اغلب بر روی بدرفتاری جنسی و جسمی دوران کودکی تمرکز داشته‌اند، اما غفلت عاطفی، فیزیکی و سوء استفاده عاطفی نیز می‌تواند تأثیر مخربی بر بدن، مغز و ذهن کودک داشته باشد (۱۳). این وضعیت می‌تواند به رشد جنسی و اجتماعی کودکان آسیب برساند و ایمنی و سلامت آن ها را به خطر بیندازد. وضعیت ضعیف اجتماعی-اقتصادی کودکان کار، امکان سوء استفاده‌های جسمی و جنسی در محیط‌های ناسالمی که این کودکان مشغول به کار هستند، می‌تواند زمینه بروز انواع مختلف بدرفتاری‌ها را در کودکان کار فراهم کند و از آنجا که حمایت‌های لازم برای رهایی از شرایط ناسالم زندگی این کودکان ارائه نمی‌شود، ممکن است که احساس درماندگی در آن ها شکل گیرد (۱۴).

درماندگی روانشناختی پدیده‌ای چندوجهی و



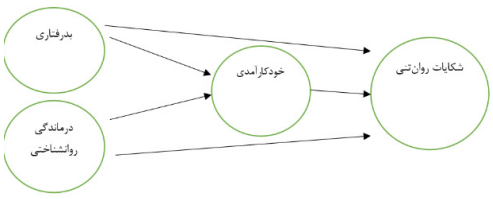
[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

پیچیده است که موجب چالش‌های مختلف سلامت هیجانی و روانشناختی افراد می‌شود (۱۵). درماندگی حالتی از رنج و ناراحتی هیجانی است که می‌تولند به اشکال مختلف مانند اضطراب، افسردگی و احساس کلی ناراحتی ظاهر شود که عوامل متعددی از جمله عوامل استرس‌زای مربوط به کار و تعارضات خانوادگی می‌توانند باعث تجربه درماندگی روانشناختی در کودک شوند (۱۶). درماندگی موضوعی فراگیر است که افراد در هر سن، پیشینه و طبقه اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از مرزهای فرهنگی، جغرافیایی و اجتماعی-اقتصادی فراتر می‌رود. درماندگی روانشناختی می‌تواند پیامدهای عمیق و ماندگاری بر سلامت روانی، عاطفی، جسمی و کیفیت کلی زندگی داشته باشد به ویژه که کودکان به دلیل عدم بلوغ جسمانی و روانشناختی در آسیب‌پذیرترین حالت ممکن هستند (۱۷). این مسئله در کودکان کار به صورت بسیار شدیدتری تجربه شود که مانع رشد کودک شده و امکان بروز استعدادها و خلاقیت‌ها را از کودک می‌گیرد و در نتیجه کودک احساس عدم خودکارآمدی می‌کند (۱۸).

مطابق با نظریه شناخت اجتماعی باورهای خودکارآمدی به عنوان نظرات افراد در مورد توانایی‌های خود برای انجام تکالیف و انجام اهداف در یک شرایط خاص تعریف می‌شود، آن ها بر افکار، انگیزه‌ها، فرآیندهای عاطفی و در نهایت رفتار افراد تأثیر می‌گذارند (۱۹). افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند نسبت به افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، احتمال بیشتری دارد که هنگام مواجهه با چالش‌ها، پشتکار از خود نشان دهند، انگیزه درونی بالایی برای مشارکت و اجرای تکلیف داشته باشند و در صورت شکست، ناامیدی کمتری نشان دهند (۲۰). علی رغم تأثیر بالقوه خودکارآمدی بر عملکرد ایمنی، توجه کمی به این مفهوم در زمینه ایمنی معطوف شده است. خودکارآمدی ایمنی به باور فرد نسبت به توانایی خود برای اطمینان از ایمنی اشاره دارد. خودکارآمدی ایمنی از نظر کیفی با سایر مفاهیم مرتبط مانند آگاهی ایمنی که در ادبیات به منظور توضیح عملکرد ایمنی فردی استفاده شده است، متفاوت است. هوشیاری ایمنی بر آگاهی فرد از مسائل ایمنی و همچنین دانش رفتاری مورد نیاز برای اطمینان از ایمنی تمرکز دارد. از سوی دیگر، خودکارآمدی ایمنی، بر قضاوت فرد در مورد توانایی خود برای اطمینان از ایمنی بیمار متمرکز است (۲۱). با وجود اینکه تحقیقاتی درباره نقش خودکارآمدی ایمنی در کودکان کار انجام نشده است اما به نظر می‌رسد که این کودکان احساس خودکارآمدی ایمنی کمتری به دلیل عوامل آسیب‌زا متعدد تجربه کنند.

اگرچه توجهات به کودکان کار در سراسر دنیا افزایش یافته، اما متاسفانه آمارها نشان دهنده افزایش میزان کودکان کار در کشورهای در حال توسعه مانند ایران است. این کودکان با مشکلات متعددی روبرو هستند که سلامت جسمانی و روانشناختی آن‌ها را تهدید می‌کند. یکی از اختلالات رایج در این کودکان که هر دو بعد جسمانی و روانشناختی را شامل می‌شود و کمتر مورد توجه قرار گرفته است، شکایات روان‌تنی است. شکایات روان‌تنی می‌تواند نشانه عدم سلامت‌روان کودک و محیط زندگی او باشد. بنابراین توجه و تشخیص به موقع آن از اهمیت اساسی برخوردار است. همچنین مطالعات قبلی بیشتر به بررسی نقش مشکلات اقتصادی، تحصیلات و درآمد والدین پرداخته و یا به اختلالات رایج در دوره کودکی متمرکز بوده لند و در این بین تعداد مطالعاتی که به بررسی شکایات روان‌تنی این کودکان پرداخته باشد ناچیز است. از این رو هدف از پژوهش حاضر مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری خودکارآمدی ایمنی کودکان کار است (شکل ۱).




**شکل ۱**- مدل مفهومی پژوهش



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]
[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

## روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات کمی و از نظر هدف از نوع مطالعات بنیادی، برحسب نتیجه تصمیم‌گرا، بر حسب زمان اجرای پژوهش، مقطعی و به لحاظ نحوه‌ی گردآوری داده‌ها پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش، همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری تحقیق شامل تمامی کودکان کار در بازه سنی ۱۷-۱۰ ساله استان چهار محال و بختیاری بود که در سال ۱۴۰۳ دارای پرونده در سازمان بهزیستی شهرستان‌های استان بودند. نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر این جامعه آماری بود که به روش هدفمند جمع‌آوری شدند. دلاور و همکارن حداقل حجم نمونه برای معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر پیشنهاد می‌دهد و ۲۵۰ نفر را خوب و حجم نمونه ۳۰۰ نفر را بسیار مناسب در نظر گرفته است (۲۲). از این رو جهت بالا بردن توان مطالعه و کاهش خطا تعداد ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه نهایی پس از حذف پرسش نامه ناقص و مخدوش، انتخاب شده است.

پس از اخذ کد اخلاق و مجوزهای لازم از دانشگاه و هماهنگ‌های صورت گرفته با سازمان بهزیستی در سطح استان، جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. از جمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به داشتن پرونده به عنوان کودک کار در بهزیستی، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی منجر به بستری (روانپریشی)، سکونت در استان چهارمحال و بختیاری، داشتن حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۷ سال و رضایت آگاهانه جهت شرکت در انجام پژوهش اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، عدم پاسخ‌دهی دقیق و کامل به سوالات پرسش نامه‌ها و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش از جمله مهم‌ترین ملاک‌های خروج از مطالعه بودند. به کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه این اطمینان داده شد که کلیه اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشا اسامی رعایت خواهد شد و شرکت‌کنندگان این حق را دارند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد. با استفاده از نرم‌افزار SPSS، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شد، سپس به منظور بررسی روابط علّی بین متغیرها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به وسیله نرم‌افزار AMOS استفاده شد.

### ابزار پژوهش

***پرسش نامه شکایات روان‌تنی:*** مقیاس شکایات روان‌تنی را تاکاتا و ساکاتا در سال ۲۰۰۴ برای سنجش شکایات روان‌تنی کودکان ژاپنی ساخته‌اند. این مقیاس دارای ساختار تک عاملی است و ۳۰ گویه را شامل می‌شود. این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای طراحی شده و پاسخ دهنده برای هر سؤال می‌تواند از بین گزینهٔ «هرگز»(نمره ۰) تا گزینهٔ «به طور مکرر»(نمره ۳)، پاسخ مورد نظر خود را انتخاب کند. جمع نمرات ۳۰ گویه، نمرهٔ کل را نشان می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره بین ۰ تا ۹۰ است. هرچه نمرهٔ بالاتری در این مقیاس به دست آید، نشانگر میزان بیشتر بروز شکایات روان‌تنی در فرد است. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در ۱۹۹۷ برابر با ۹۳/،در سال ۱۹۹۸ برابر با ۰/۹۱ و در سال ۱۹۹۹ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد (۲۳). پایایی این پرسش نامه با روش آلفای کرانباخ در پژوهش هاشمی محمدآباد و همکاران ۰/۷۸ به دست آمده است که حکایت از ویژگی‌های روانسنجی مناسب این ابزار دارد (۲۴).

***پرسش نامه بدرفتاری:*** این پرسش نامه توسط مک کورد و همکاران (۲۰۲۱) به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی و نژادی در محیط کار ساخته شد و دستورالعمل کلی آن به این نحوه است این موارد را در محیط کار در سال گذشته چقدر تجربه‌کرده‌اید: نظارت توهین‌آمیز، قلدری، تبعیض، آزار و اذیت، فحاشی و بی ادبی و تعارض‌های بین فردی، طرد شدگی از طرف دیگران، پرخاشگری جسمی و پرخاشگری کلامی. این پرسش نامه دارای ۹ سوال بوده که به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای طراحی شده که در دامنه هرگز ( نمره ۰) تا همیشه ( نمره ۴)، قرار دارد که حداقل نمره فرد در این پرسش نامه ۰ و حداکثر ۳۶ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده میزان بالاتر بدرفتاری می‌باشد (۲۵). از مقیاس بدرفتاری در



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

سایر مطالعات تحقیقاتی استفاده شده است و مشخص شده است که این مقیاس معیاری قابل اعتماد و معتبر برای سوءرفتار ادراک شده است. این پژوهشگران پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ را در حد مطلوب ۰/۷۹ گزارش کردند. (۲۶). پایایی این پرسش نامه در مطالعه حاضر نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن حکایت از ویژگی‌های روانسنجی مناسب این ابزار داشت به طوری که میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شد.

***پرسش نامه درماندگی روانشناختی:*** این پرسش نامه توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شده و میزان درماندگی به علت استرسی که شخص طی یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده‌است را می‌سنجد. همچنین این مقیاس عوامل خطرزا را در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این مقیاس ۱۴ ماده دارد و نحوه نمره‌گذاری به این صورت است که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت برای عبارت هرگز نمره ۰ تا برای عبارت بسیاری از اوقات نمره ۴ در نظر گرفته شده است. ۷ ماده به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون حداقل نمره کسب شده توسط آزمودنی ۰ و حداکثر ۵۶ است که نمرات بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده و درماندگی بیشتر است. یلماز و همکاران میزان پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آوردند (۲۷) و در ایران نیز این ابزار دارای ویژگی‌های روانسنجی مناسبی بوده است به طوری که مطالعه اصغری و همکاران نشان داد میزان آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۰ می‌باشد (۲۸).

***پرسش نامه خودکارآمدی ایمنی:*** این پرسش نامه توسط چن و همکاران (۲۰۰۱) ساخته شد و دارای ۸ آیتم است که دانش و خودکارمدی کودکان در مورد ایمنی را می‌سنجد. این مقیاس بر حسب یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی از ۱ (بسیار ناموافقم) تا ۵ (بسیار موافق می‌باشد). نمونه سوالات این پرسش نامه به شرح ذیل است: "من از قوانین برای حفظ محیط کار ایمن پیروی می‌کند." "وقتی اطمینان دارم که شغلم را به طور ایمنی انجام می‌دهم". حداقل نمرات در این پرسش نامه ۸ و حداکثر ۴۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی ایمنی بالاتر است. چن و همکاران پایایی این ابزار را مطلوب و اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۹). آلکوبولوس و آسیماکوپووس پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش کردند (۳۰). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ به دست خواهد آمد. پایایی این مقیاس در مطالعه حاضر نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد که این ابزار از ویژگی‌های روانسنجی مناسبی برخوردار است؛ به طوری که میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ گزارش شد.

## یافته‌ها

اطلاعات گزارش شده توسط نمونه مورد مطالعه نشان می‌دهد که از این افراد ۹۶ نفر دختر و ۲۰۴ پسر بودند. از افراد نمونه مورد مطالعه ۶۲ نفر در گروه سنی ده تا یازده سال، ۱۳۸ نفر در گروه سنی دوازده و سیزده سال ، ۸۶ نفر در گروه سنی چهارده و پانزده سال و ۱۴ نفر نیز در گروه سنی شانزده سال یا بیشتر گزارش شده است. از افراد نمونه ۱۲۱ نفر بی سواد، ۱۳۵ نفر در دوره ابتدایی اول، ۲۷ نفر در دوره ابتدایی دوم، ۱۳ نفر متوسطه اول و ۴ نفر نیز تحصیلات متوسطه دوم را گزارش کرده‌اند. در نهایت از افراد نمونه مورد مطالعه، ۷۷ نفر فوت پدر، ۴۷ نفر فوت مادر

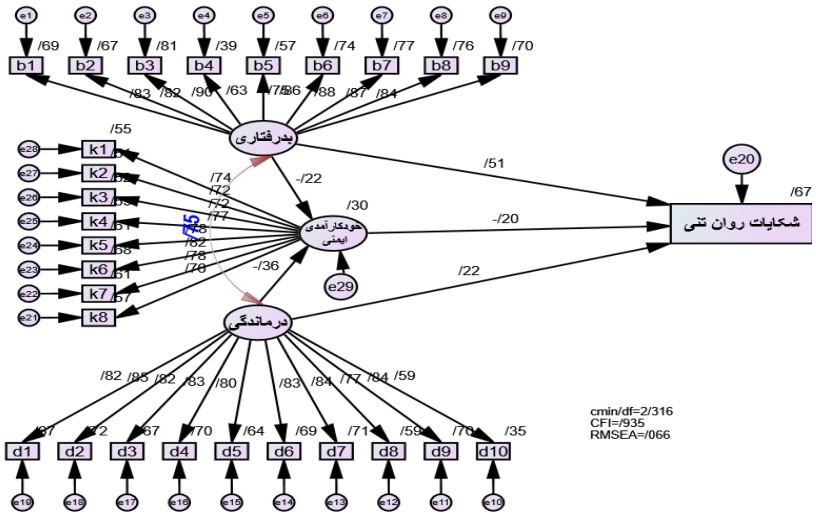
**جدول ۱**- توصیف آماری متغیرهای پژوهش

| | میانگین | انحراف استاندارد | کشیدگی | کجی | ضریب تحمل | تورم واریانس |
|---|---|---|---|---|---|---|
| بدرفتاری | ۶/۱۴ | ۶/۷۵ | ۱/۰۸۴ | ۰/۷۱۷ | ۰/۷۴۳ | ۱/۳۴۶ |
| درماندگی روانشناختی | ۲۲/۱۷ | ۴/۹۰ | ۰/۶۰۲ | -۰/۴۵۸ | ۰/۹۲۲ | ۱/۰۷۱ |
| خودکارآمدی ایمنی | ۲۹/۹۲ | ۵/۸۶ | ۰/۳۳۹ | -۰/۶۰۷ | ۰/۲۰۴ | ۴/۹۰۷ |
| شکایات روان تنی | ۵۲/۷۰ | ۱۵/۶۲ | ۰/۴۲۰ | -۰/۷۰۲ | --- | --- |



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]




**شکل ۲**- مدل ساختاری شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی با میانجیگری خودکارآمدی ایمنی

و ۱۷۶ نفر گزارش کرده‌اند که هر دو والد در قید حیات هستند.

در جدول ۱، توصیف آماری متغیرهای پژوهش ارائه شده است. مطابق با نتایج جدول ۱، ارزش‌های کشیدگی و چولگی هیچ یک از متغیرها از محدوده بین ۲- تا ۲+ خارج نشده است و بر این مبنا انحراف چشمگیری از مفروضه منحنی نرمال صورت نگرفته است. همچنین در ادامه مسئله هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین به عنوان یکی از مفروضات ضروری تحلیل‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. بر همین اساس ضریب تحمل و عامل تورم واریانس (Variance Inflation Factor (VIF)) به عنوان شاخص‌های هم خطی متغیرهای پیش‌بین و میانجی با متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج جدول ۱، عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش نشان داد که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. در ادامه به بررسی الگوی ساختاری پژوهش پرداخته شده است.

بر اساس شکل ۲ می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری خودکارآمدی ایمنی کودکان کار از برازش خوبی برخوردار است و فرضیه کلی تحقیق تایید می‌گردد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل به تفکیک گزارش شده است.

با توجه به یافته‌های گزارش شده در جدول ۲ مشاهده می‌شود که شاخص‌های برازش تعدیل یافته کای اسکویر ۲/۳۱۶؛ ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد ۰/۰۶۶؛ شاخص برازش هنجار شده مقتصد ۰/۸۱۳؛ که با توجه به مقدار قابل قبول هر کدام از شاخص‌ها که در جدول ارائه شده همگی برازش خیلی خوب مدل را تأیید می‌کنند. از شاخص‌های برازش تطبیقی شاخص برازش اصلاح شده ۰/۹۲۱؛ شاخص برازندگی تطبیقی با مقدار ۰/۹۳۵ نشان دهنده برازش خیلی خوب مدل هستند. نهایتاً از شاخص‌های برازش مطلق نیز شاخص نیکویی برازش ۰/۹۲۰ و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده ۰/۹۱۳ حاکی از برازش خیلی خوب مدل با داده‌های تجربی بود.

در جدول ۳ ضریب رگرسیون استاندارد روابط خطی ترسیم شده بین متغیرهای مدل ارائه شده است. بدرفتاری با ۰/۵۰۸ بالاترین ضریب رگرسیون در رابطه با نشانگان روان‌تنی را به خود اختصاص داده است. پس از آن درماندگی رونشناختی با ضریب رگرسیون استاندارد ۰/۲۲۴ و نهایتاً خودکارآمدی ایمنی ضریب



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

**جدول ۲**- شاخص‌های برازش مدل

| | شاخص‌های برازش تعدیل یافته | | | شاخص‌های برازش تطبیقی | | شاخص‌های برازش مطلق | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| مقدار | CMIN/df | RMSEA | PNFI | NFI | CFI | GFI | AGFI |
| مقادیر قابل قبول | <۵ | <۱۰ | ۰/۶۰> | ۰/۹۰> | ۰/۹۰> | ۰/۹۰> | ۰/۸۰> |
| مقادیر به دست آمده | ۲/۳۱۶ | ۰/۰۶۶ | ۰/۸۱۳ | ۰/۹۲۱ | ۰/۹۳۵ | ۰/۹۲۰ | ۰/۹۱۳ |

**جدول ۳**- ضرایب رگرسیون متغیرهای پژوهش

| | | | ضریب بتای استاندارد | خطای برآورد | مقدار بحرانی | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| درماندگی روانشناختی | <--- | خودکارآمدی ایمنی | -۰/۲۱۸ | ۰/۱۳۵ | -۴/۰۰۲ | ۰/۰۱ |
| بدرفتاری | <--- | خودکارآمدی ایمنی | -۰/۳۶۳ | ۰/۰۹۴ | -۲/۵۵- | ۰/۰۱ |
| بدرفتاری | <--- | نشانگان روان تنی | ۰/۵۰۸ | ۲/۲۶۵ | ۸/۵۳۰ | ۰/۰۱ |
| درماندگی روانشناختی | <--- | نشانگان روان تنی | ۰/۲۲۴ | ۳/۱۳۲ | ۳/۶۷۱ | ۰/۰۱ |
| خودکارآمدی ایمنی | <--- | نشانگان روان تنی | ۰/۲۰۲ | ۱/۵۴۵ | -۴/۵۰۸ | ۰/۰۱ |

**جدول ٤**- ضرایب مستقیم و غیر مستقیم مدل پژوهش

| مسیر | اندازه اثر | حدود بوت استرپ | | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|
| | | حد پایین | حد بالا | |
| بدرفتاری ---> شکایات روان تنی | ۰/۳۹۴ | ۰/۴۴۱ | ۰/۶۵۷ | ۰/۰۵ |
| درماندگی ---> شکایات روان تنی | ۰/۰۹۴ | ۰/۱۶۳ | ۰/۴۰۷ | ۰/۰۵ |
| بدرفتاری ---> خودکارآمدی ایمنی---> شکایات روان تنی | ۰/۰۴۴ | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۰۳ | ۰/۰۱ |
| درماندگی ---> خودکارآمدی ایمن---> شکایات روان تنی | ۰/۰۷۳ | ۰/۰۳۱ | ۰/۱۲۴ | ۰/۰۱ |

۰/۲۰۲- را با شکایات روان تنی نشان دادند. ضرایب رگرسیونی متغیرهای برون‌زا با متغیرهای واسطه حاکی از این است که بدرفتاری با ضریب ۰/۳۶۳- ضریب بالاتری را روی خودکارآمدی ایمن داشته است. از سوی دیگر ضریب رگرسیونی درماندگی روانشناختی برار با ۰/۲۱۸- گزارش شده است.

براساس داده‌های تجربی به دست آمده اندازه اثر مستقیم بدرفتاری بر شکایات روان‌تنی ۰/۳۹۴ است. این ضریب مستقیم به این معناست که یک نمره افزایش در بدرفتاری با ۰/۳۹ افزایش در هر نمره شکایات روان تنی همراه است (p<۰/۰۵). اندازه اثر مستقیم درماندگی بر شکایات روان‌تنی ۰/۰۹۴ است(p<۰/۰۵). لندازه اثر غیرمستقیم بدرفتاری با واسطه خودکارآمدی ایمنی بر شکایات روان‌تنی ۰/۰۴۴ است و این کاهش ضریب حاکی از معناداری خودکارآمدی ایمنی در کاهش اثر بدرفتاری بر شکایات روان‌تنی است(p<۰/۰۱). در نهایت اندازه اثر غیرمستقیم درماندگی با واسطه خودکارآمدی ایمنی بر شکایات روان‌تنی ۰/۰۷۳ است و این کاهش ضریب حاکی از معناداری خودکارآمدی ایمنی در کاهش اثر درماندگی بر شکایات روان‌تنی است (p<۰/۰۱).

## بحث

این مطالعه با هدف مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری خودکارآمدی ایمنی کودکان کار استان چهار محال و بختیاری انجام شد. یکی از نتایج اصلی این مطالعه آن بود که بدرفتاری و درماندگی روانشناختی به طور مستقیم با مشکلات روان‌تنی ارتباط دارد و قادر به پیش‌بینی آن هستند. این به معنای آن است که کودکانی که بدرفتاری و احساس درماندگی بیشتری داشته باشند، احتمال بروز شکایات روان‌تنی در آن ها افزایش می‌یابد. این نتایج با نتایج مطالعه اشانیدرمن و همکاران که نشان دادند بدرفتاری کودکان ارتباط



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

معناداری با عملکرد روانشناختی و سلامت جسمانی کودکان دارد (۳۱) و مطالعه تی سور و همکاران که نشان دادند سوء استفاده‌های کودکی امکان دردهای مزمن در کودکان را افزایش می‌دهد (۳۲) همسو است. همچنین نتایج مطالعه گریجورین و همکاران نشان داد که بدرفتاری در نوجوانان افسرده و دارای اضطراب بالا که نشانه‌های اصلی درماندگی است، احتمالاً مشکلات جسمانی و روان‌تنی در آن ها را بالاتر می برد (۳۳) و مطالعه دبنار و همکاران که نشان داده بودند درماندگی روانشناختی با دردهای مزمن جسمانی ارتباط دارد (۳۴)، مشابهت دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که کودکان کار در معرض انواع شدید بدرفتاری‌های جنسی، جسمی و هیجانی قرار دارند. آن‌ها اغلب شرایط تحصیلی و کاری نامناسبی را تجربه می‌کنند که می‌تولند موجب بروز انواع مختلف مشکلات جسمانی و روانشناختی شود. از آنجا که معمولاً این کودکان حمایت خانوادگی و اجتماعی لندکی دریافت می‌کنند، احساس رهایی و طرد شدن به آن ها دست دهد که این زمینه احساس درماندگی و رها شدگی را در آن ها تقویت می‌کند (۳۵). هنگامی که کودک بدرفتاری را تجربه می‌کند، احساس ناتوانی و درماندگی در مقابل آن دارد و از این رو تصمیم می‌گیرد که مشکلاتش را درونی کند و گاه این مشکلات درونی شده به شکل شکایات جسمانی و در نوع شدید آن شکایات روان‌تنی تمایل به تظاهر شدن داشته باشند. همچنین لازم به ذکر است که چنانچه بدرفتاری در بلندمدت وقتی مورد توجه و درمان قرار نگیرد، احساس گیر افتادن و ناتوانی در حل مشکلات به کودک دست می‌دهد. از آنجا که معمولاً کودکان کار خدمات بهداشت سلامت و خدمات بهداشت روانشناختی ناچیزی دریافت می‌کنند، بنابراین در بلند مدت علاوه بر احساس درماندگی، کیفیت زندگی آن ها نیز افت می‌کند و این به نوبه خود فشار روانشناختی مضاعفی بر کودک کار می‌کند و ممکن است مشکلات روان‌تنی به صورت شدیدتر تجربه شود (۳۶).

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که خودکارآمدی ایمنی به صورت مستقیم و همچنین به صورت غیرمستقیم از طریق نقش میانجی خود با شکایات روان‌تنی در ارتباط است. این یافته به معنا آن است که کاهش خودکارآمدی نه تنها موجب بروز شکایات روان‌تنی در کودکان می‌شود بلکه همچنین بروی بدرفتاری و درماندگی نیز اثرگذار است. این نتایج برای اولین بار انجام شده و پژوهش‌های قبلی به بررسی خودکارآمدی ایمنی و مشکلات روان‌تنی نپرداخته بودند. با این وجود نتایج پژوهش‌های قبلی ارتباط بین خودکارآمدی در مفهوم کلی را با شکایات روان‌تنی نشان داده بودند. به طوری که مطالعه مرسادر و همکاران نشان داد که میان خودکارآمدی و اضطراب جسمانی در دانشجویان اسپانیایی ارتباط وجود دارد (۳۷) و یا مطالعه گریتایتیه و سوردربرگ که نشان داد نه تنها خودکارآمدی هیجانی علیه علائم روان‌تنی است، بلکه همچنین با میزان افسردگی نیز نسبت عکس دارد (۳۸).

در تبیین نتیجه این فرضیه می‌توان به نقش خودکارآمدی ایمنی و ارتقاء توان مقابله کودک از ره آورد این مقوله اشاره کرد. به عبارت دیگر خودکارآمدی ایمنی می‌تواند اثر منفی رویداد آسیب‌زا را تقلیل دهد. باورهای خودکارآمدی ازجمله عوامل تأثیرگذار درنحوهٔ رویارویی کودک با رویداد آسیب‌زاست. خودکارآمدی ایمنی کودک، به طور منفی و معناداری شکایات روان‌تنی را پیش‌بینی می‌کند و این مسئله بیانگر اهمیت تأثیر خودکارآمدی پایین در بروز شکایات روان‌تنی کودکان است. با توجه به این یافته، افراد خودکارآمد دارای قابلیت در برقراری تعادل زیستی و روانی و معنوی در شرایط مخاطره‌آمیز هستند. به علاوه خودکارآمدی با سلامت روان ارتباط مستقیم دارد. خودکارآمدی هم به عنوان یک منبع شخصی که ممکن است رابطه استرس و مشکلات روان‌تنی را تعدیل کند و هم به عنوان مقوله‌ای که دارای تأثیر مستقیم بر مشکلات روان‌تنی است، در نظر گرفته می‌شود (۳۹).

از نگاهی دیگر خودکارآمدی به عنوان یک عامل روانشناختی مثبت یا سلامت‌زا توصیف می‌شود. عاملی



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

که به طور بالقوه از تأثیرات روانی منفی محافظت می‌کند. خودکارآمدی، رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر تصمیم‌گیری‌های سلامت در میان نوجوانان دارد. خودکارآمدی بالاتر با تاب‌آوری بالاتر نیز مرتبط است که می‌تواند بر درک نوجوانان از رضایت از زندگی تأثیر بگذارد و به آن ها کمک کند تا با استرس‌ها مقابله کنند (۴۰). در مطالعات رفتار ایمنی، خودکارآمدی ایمنی بالاتر را می‌توان به مشارکت بیشتر در فعالیت‌های ایمنی تعبیر کرد. در واقع خودکارآمدی ایمنی به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حیاتی رفتار ایمنی شناخته شده است. بسیاری از مطالعات تجربی نقش خودکارآمدی ایمنی را در ارتقای رفتارهای ایمنی برجسته کرده‌اند. کارگران با خودکارآمدی ایمنی بالا در هنگام مواجهه با خطر، از سطح اعتماد به نفس بالاتری برخوردارند و اغلب انگیزه دارند تا راه‌های مؤثری را برای کنترل رفتارهای ایمنی خود و مقابله با پیامدهای منفی بالقوه به کار گیرند (۴۱). این موضوع منجر به افزایش انطباق ایمنی و مشارکت ایمنی می‌شود و همان گونه که گفته شد استرس یکی از اصلی‌ترین دلایل مشکلات جسمانی است و زمانی که سطح استرس توسط خودکارآمدی پایین بیاید قابل پیش‌بینی است که مشکلات جسمانی و روان‌تنی به تبع آن کمتر شود. همچنین خودکارآمدی علاوه بر استرس موجب کاهش افسردگی و در نتیجه احساس درماندگی در فرد می‌شود که به صورت غیرمستقیم حکایت از کاهش علائم روان‌تنی توسط خودکارآمدی دارد.

### محدودیت‌ها

این مطالعه همچون هر مطالعه دیگری دارای یکسری محدودیت‌ها است. در ابتدا اینکه در این مطالعه نتایج به صورت جنسیتی (دختران- پسران)، تفکیک نشده است و ممکن است در هر جنسیت نتایج یکسان نباشد. همچنین تنها گروه‌های سنی ۱۷-۱۰ سال در نظر گرفته شد و گروه‌های سنی زیر ۱۰ سال در این مطالعه شرکت نداشتند، به خصوص وقتی که تعداد کودکان کار زیر ۱۰ سال قابل توجه است. همچنین نمونه‌ها تنها از یک استان انتخاب شده بودند و نمی‌توان با اطمینان کامل این نتایج را به سایر شهرهای کشور با فرهنگ، زبان و مذهب متفاوت، تعمیم داد.

### پیشنهادات

جهت رفع محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی این مطالعه بر روی هر دو جنسیت پسران و دختران جداگانه انجام شود. همچنین از آنجا که تعداد کودکان زیر ۱۰ سال که مشمول کودکان کار می‌شوند و آسیب‌پذیری آن ها نیز بیشتر از کودکان بزرگ تر است، در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرند. در نهایت جهت تعمیم نتایج به سایر شهرهای کشور، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در شهرهای دیگر به ویژه با فرهنگ و مذهب متفاوت، انجام شود.

## نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بدرفتاری، درماندگی روانشناختی و خودکارآمدی ایمنی در بروز شکایات روان‌تنی در کودکان کار نقش دارند. با توجه به این نتایج کلیه متخصصان بهداشت روان به ویژه روانپزشکان و درمانگران باید به علائم جسمانی توجه ویژه داشته باشند؛ چرا که گاهی مشکلات جسمانی حکایت از ناراحتی‌های متعدد روانشناختی دارد. همچنین توصیه می‌شود با بهبود خودکارآمدی سطح سلامت روانی این کودکان افزایش یابد. از آنجا که این کودکان به دلیل وضعیت خانوادگی آشفته و انواع مختلف فشارهای خانوادگی و شغلی در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی هستند، به کلیه متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت توصیه می‌شود که حمایت‌های اجتماعی و ارائه خدمات بهداشت روانی را به صورت جدی در نظر بگیرند.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در این مطالعه آن ها را یاری کرده به ویژه شرکت‌کنندگان در مطالعه و مسئولان و کارکنان سازمان بهزیستی کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

کنند.

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه سعی شده است که تمامی اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشا اسامی رعایت شود. همچنین این مطالعه دارای تاییده کمیته اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی شهرکرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1403.099 می‌باشد.

## مشارکت نویسندگان

نویسنده اول کار اجرا پژوهش و جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشته است. تحلیل داده‌ها با کمک و راهنمایی نویسنده دوم و سوم انجام شد. پس از نگارش اولیه مقاله توسط نویسنده اول، نویسنده‌های دوم و سوم اصلاحات مد نظر را انجام دادند. نسخه نهایی برای ارسال به مجله توسط هر سه نویسنده خوانده شد و مورد توافق همه نویسندگان قرار گرفت.

## References


1. Sovacool BK. When subterranean slavery supports sustainability transitions? Power, patriarchy, and child labor in artisanal Congolese cobalt mining. The Extractive Industries and Society. 2021;8(1):271-293.
2. Ounagh N, Sorzahi M. Analysis of Social Factors Affecting the Phenomenon of Working Children in Mehrestan City. J Appl Sociol Univ Isfahan. 2023;34(3):65-84.
3. Maina CW, Ezne E, Kibathi DW. Influence of child labour on the enrolment and academic learner participation of pre-primary and lower primary school pupils in Murang'a County, Kenya. Rev J Int Educ Pract. 2024;5(1):50-60.
4. Kwon JJ. Psychosomatic approach to Job's body and mind: Based on somatic symptom disorder. J Relig Health. 2020;59(4):2032-2044.
5. Joos A. Psychosomatic medicine and Covid-19 pandemic. Psychother Psychosom. 2020;89(4):263-274.
6. Fazekas C. Diagnostic approaches in psychosomatic medicine. Wiener klinische Wochenschrift. 2022;134(15):559-570.
7. Iloson C, Möller A, Sundfeldt K, Bernhardsson S. Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2021;100(4):758-767.
8. Pebole MM, Greco CE, Gobin RL, Phillips BN, Strauser DR. Impact of childhood maltreatment on psychosomatic outcomes among men and women with disabilities. Disability and rehabilitation. 2022;44(24):7491-7499.
9. Karimovna NY, Nasirovna MR, Tursunaliyevna AM, Abduvaliyevna AN, Ravshanovna US. Psychodiagnostics of psychosomatic diseases. Journal of survey in fisheries sciences. 2023 ;10(2):2903-2911.
10. Adamowicz JL, Sirotiak Z, Thomas EB. Childhood maltreatment and somatic symptoms: Examining the role of specific types of childhood maltreatment and alexithymia. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2024;16(1):1-29.
11. Eilers H, aan het Rot M, Jeronimus BF. Childhood trauma and adult somatic symptoms. Psychosomatic medicine. 2023;85(5):408-416.
12. Chen Y, Shan Y, Lin K, Wei Y, Kim H, Koenen KC, Gelaye B, Papatheodorou SI. Association between child abuse and risk of adult coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. Am J Prev Med. 2023;65(1):143-154.
13. Calvo N, Lugo-Marín J, Oriol M, Pérez-Galbarro C, Restoy D, Ramos-Quiroga JA, Ferrer M. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescent population: a systematic review and meta-analysis. Child Abuse Neglect. 2024;157(2):107048.
14. Domke AK, Hartling C, Stippl A, Carstens L, Gruzman R, Bajbouj M, Gärtner M, Grimm S. The influence of childhood emotional maltreatment on cognitive symptoms, rumination, and hopelessness in adulthood depression. Clin Psychol Psychother. 2023;30(5):1170-1178.
15. Khosrobeigi M, Hafezi F, Naderi F, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. Explore. 2022;18(3):357-361.
16. Hemati Alamdarloo G, Majidi F. Feelings of hopelessness in mothers of children with neurodevelopmental disorders. Int J Dev Disabil. 2022;68(4):485-494.
17. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. J Psychiatr Res. 2020; 129 (3):181-188.
18. Raharjo IB, Ausat AM, Risdwiyanto A, Gadzali SS, Azzaakiyyah HK. Analysing the relationship between entrepreneurship education, self-efficacy, and entrepreneurial performance. Journal on Education. 2023;5(4):11566-11574.
19. Caliendo M, Kritikos AS, Rodriguez D, Stier C.




[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]

Self-efficacy and entrepreneurial performance of start-ups. Small Business Economics. 2023;61(3):1027-1051.

20. Morelli M, Cattelino E, Baiocco R, Trumello C, Babore A, Candelori C, Chirumbolo A. Parents and children during the COVID-19 lockdown: The influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being. Frontiers in psychology. 2020;11 (4):584645.

21. Mo J, Cui L, Wang R, Cui X. Proactive personality and construction worker safety behavior: safety self-efficacy and team member exchange as mediators and safety-specific transformational leadership as moderators. Behavioral Sciences. 2023;13(4):337-355.

22. Delavar. A. Research methods in psychology and education. Virayesh publisher. 2022; 1-382

23. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. Psychiatry and clinical neurosciences. 2004;58(1):3-7.

24. Hashemi Mohammadabad S, Afshinpour S, Zahedian S, Rezaei H. The Relationship of Self Compassion, Resilience and Emotional Disregulation on Psychosomatic Complaints in Medical Students. armaghanj 2024; 29 (1) :94-111.

25. McCord MA. Development and validation of the perceived introversion mistreatment scale. Occupational Health Science. 2021;5(4):437-471.

26. McCord MA, Joseph DL. A framework of negative responses to introversion at work. Personality and Individual Differences. 2020;161(3):109944.

27. Yılmaz Koğar E, Koğar H. A systematic review and meta-analytic confirmatory factor analysis of the perceived stress scale (PSS-10 and PSS-14). Stress and Health. 2024;40(1): e3285.

28. Asghari F, Sadeghi A, Aslani K, Saadat S, Khodayari H. The survey of relationship between perceived stress coping strategies and suicide ideation among students at University of Guilan, Iran. International Journal of Education and Research. 2013;1(11):111-118.

29. Chen G, Gully SM, Eden D. Validation of a new general self-efficacy scale. Organizational research methods. 2001;4(1):62-83.

30. Alexopoulos DS, Asimakopoulou S. Psychometric properties of Chen, Gully, and Eden's "new general self-efficacy scale" in a Greek sample. Psychol Rep. 2009;105(1):245-254.

31. Schneiderman JU, Davis JP, Negriff S. Associations between psychosocial functioning and physical health in youth with maltreatment experiences. Children and youth services review. 2021;127 (1):106080.

32. Tsur N. Chronic pain personification following child abuse: The imprinted experience of child abuse in later chronic pain. Journal of Interpersonal Violence. 2022;37(6): 2516-2537.

33. Grigorian K, Östberg V, Raninen J, Åhlén J, Låftman SB. Prospective associations between psychosomatic complaints in adolescence and depression and anxiety symptoms in young adulthood: a Swedish national cohort study. SSM-Population Health. 2023;24 (2):101509.

34. Debnar C, Carrard V, Morselli D, Michel G, Bachmann N, Peter C. Psychological distress trajectories in chronic physical health conditions. Health Psychology. 2020;39(2):116-126.

35. Ramaswamy S, Seshadri S. Children on the brink: Risks for child protection, sexual abuse, and related mental health problems in the COVID-19 pandemic. Indian journal of psychiatry. 2020;62(Suppl 3): 404-413.

36. Thoma MV, Bernays F, Eising CM, Pfluger V, Rohner SL. Health, stress, and well-being in Swiss adult survivors of child welfare practices and child labor: Investigating the mediating role of socio-economic factors. Child Abuse & Neglect. 2021; 111:104769.

37. Mercader-Rubio I, Ángel NG, Silva S, Brito-Costa S. Levels of somatic anxiety, cognitive anxiety, and self-efficacy in university athletes from a Spanish public university and their relationship with basic psychological needs. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(3):2415-2428.

38. Grigaitytė I, Söderberg P. Why does perceived social support protect against somatic symptoms: Investigating the roles of emotional self-efficacy and depressive symptoms. Nordic Psychology. 2021;73(3):226-241.

39. Détári A, Nilssen TM. Exploring the impact of the somatic method 'Timani'on performance quality, performance-related pain and injury, and self-efficacy in music students in Norway: an intervention study. Frontiers in psychology. 2022; 13:834012.

40. Weidner K, Bittner A, Beutel M, Goeckenjan M, Brähler E, Garthus-Niegel S. The role of stress and self-efficacy in somatic and psychological symptoms during the climacteric period–Is there a specific association. Maturitas. 2020; 136:1-6.

41. Petersen MW, Carstensen TB, Wellnitz KB, Ørnbøl E, Frostholm L, Dantoft TM, Jørgensen T, Eplov LF, Fink P. Neuroticism, perceived stress, adverse life events and self-efficacy as predictors of the development of functional somatic disorders: longitudinal population-based study (DanFunD). BJPsych open. 2024;10(1): 34-41.



[ Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-14 ]

[ DOI: 10.47176/rjms.32.78 ]