مقاله پژوهشی

مدل ساختاری دردهای شکمی روان‌تنی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال بر اساس رابطه والد کودک و یادگیری اجتماعی با میانجی‌گری مهارت‌های سازگاری

سمیه معینی نسب[۱]، مجتبی انصاری شهیدی[۲]*، حمیدرضا نیکیار[۳]، حسین صانعیان[۴]، امیر محسن راه نجات[۵]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۲- استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۳- استادیار، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۴- استادیار، مرکز تحقیقات رشد و نمو کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران
۵- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.22, No.3, Fall 2024

چکیده

مقدمه: بیماری‌های مزمن مانند دردهای عملکردی شکم در کودک علاوه بر علایم جسمی، تغییرات روانی را ایجاد می‌کند که می‌تواند آسیب‌های ناشی از این بیماری را افزایش دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی دردهای شکمی روان‌تنی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال بر اساس رابطه والد کودک و یادگیری اجتماعی با میانجیگری مهارت‌های سازگاری انجام شد.

روش کار: روش تحقیق حاضر مقطعی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال درد عملکردی شکم شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ 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-کودک، یادگیری رفتارهای درد والدین فرم کوتاه، پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان (CCBQ) و شاخص تجدیدنظر شده درد شکم بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک روش آماری معادلات ساختاری در نرم افزار SMART PLS-4 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مهارت‌های سازگاری می‌تواند به‌طور غیرمستقیم و به‌طور معناداری رابطه بین والد -کودک و یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی عملکردی کودکان را میانجی‌گری کند (P<۰/۰۵). مسیرهای رگرسیونی مستقیم رابطه والد- کودک و کنارآمدن ویرانگر به دردهای شکمی به ترتیب برابر با ۰/۱۷- و ۰/۲۴- و همچنین مسیرهای مستقیم رابطه والد-کودک و یادگیری اجتماعی به کنارآمدن با مشکل به ترتیب برابر با ۰/۳۴ و ۰/۲۳ بود که معنادار گزارش شد (P<۰/۰۵). از بین شش مسیر غیرمستقیم با میانجگیری نقش سه سبک سازگاری رفتاری، تنها دو مسیر غیرمستقیم رابطه والد کودک و کنارآمدن با مشکل دردهای شکمی با ضریب رگرسیونی برابر با ۰/۰۸۰- و t=۲/۲۳، و یادگیری اجتماعی و کنارآمدن ویرانگر یا دردهای شکمی با ضریب رگرسیونی برابر با ۰/۰۵۰ و t =1/۹۹ ازلحاظ آماری معنادار بود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: وجود ارتباط مثبت و سالم بین والد و کودک به عنوان یک عامل محافظتی در برابر دردهای شکمی عملکردی عمل می‌کند. ایجاد یک فضای باز برای بیان احساسات و نیازهای آنها و ارائه حمایت و پشتیبانی مناسب توسط والدین می‌تواند به بهبود مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی کودکان کمک کند.

واژگان کلیدی: درد شکمی عملکردی، رابطه کودک -والد، مهارت‌های سازگاری، یادگیری اجتماعی

Pars J Med Sci 2024;22(3):37-46

مقدمه

کودکان آسیب‌پذیرترین قشر جمعیت‌های انسانی هستند که در مقابل ناملایمات زندگی از جمله بیماری‌ها آسیب‌پذیری فراوانی دارند [۱]. بیشتر دردهای مزمن شکمی در کودکان و نوجوانان عملکردی است و شواهد عینی برای پاتولوژی ارگانیک ندارد. تقریباً ۱۵ درصد از دانش‌آموزان دوره‌های هفتگی شکم درد را تجربه می‌کنند و هشت درصد با پزشک مشورت می‌کنند.

* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
پست الکترونیک: Dransarishahidi@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹ اصلاح: ۱۴۰۳/۰۸/۰۹ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

تشخیص درد عملکردی شکم در دوران کودکی چالش‌برانگیز است؛ زیرا این وضعیت فاقد معیارهای تشخیصی تعیین شده است [۲]. درد روان‌تنی در کودکان، یک بیماری شایع است که هم جنبه روانی و هم جنبه فیزیولوژیکی را در بر می گیرد. این بیماری با علایم درد مکرر مانند درد شکم، سردرد، درد قفسه سینه و دردهای اسکلتی عضلانی مشخص می‌شود [۳]. بیشتر دردهای مزمن شکمی در کودکان و نوجوانان از نوع عملکردی است و شواهد عینی برای آسیب‌شناسی ارگانیک ندارد. تشخیص درد عملکردی شکم در دوران کودکی سخت میباشد زیرا این وضعیت معیارهای تشخیصی تعیین‌شده‌ای ندارد [۴].

مطالعات اخیر نشان داده است که کودکان مبتلا به دردهای روان-تنی، آستانه فشار درد و غلظت هورمون‌هایی مانند کورتیزول و اکسی‌توسین در آنها کمتر است [۵]. این دردها با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی گوناگون چون فقدان سلامتی، احساس درد مداوم، محرومیت حسی و درجه متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس ر و در نتیجه ناتوانی در انجام کارهای روزمره می‌شود [۶]، بنابراین پریشانی روانی که از طریق علایم جسمی ظاهر می‌شوند، در بین کودکان شایع است و درمان آن می‌تواند چالش برانگیز باشد [۷].

روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر و روش‌های تربیتی نادرست والدین با وجود مشکلات رفتاری در کودکان، ارتباط تنگاتنگی دارد [۸]. این رابطه، در آسیب‌پذیر شدن یا منعطف‌شدن کودکان تأثیر مهمی دارد و از طرفی خصوصیات کودکان مانند سن و جنس، خلق و خو، وضعیت زیست‌شناختی کودک تحت تأثیر این شرایط قرار می‌گیرد و خصوصیات والدین، خانواده‌ها و محیط، می‌تواند تحول کودک را پیش‌بینی کند [۹]. بنابراین روابط مثبت والد–کودک به سلامت اجتماعی عاطفی، شناختی، عصبی زیستی و سلامت کلی برای کودکان کمک می‌کند [۱۰]. یادگیری مهارت‌های اجتماعی در کودکی برای رشد مثبت از جمله سلامت روان ، پذیرش همسالان، رفاه و موفقیت آنها در مدرسه ، کاهش استرس و تنش‌های ذهنی نقش مهمی ایفا می‌کند که این مسائل ممکن است به بیماری‌های جسمانی مثل بیماری‌های قلبی و فشار خون بالا منجر شوند. [۱۱]. نظریه یادگیری اجتماعی بر چگونگی یادگیری افراد از مشاهده دیگران تمرکز می‌کند و عوامل شناختی را در توضیح یادگیری و رفتار گنجانده است و بر مهارتهای الگوسازی، تقلید، تفسیر، انتظارات و خودکارآمدی تأکید می شود [۱۲]. این مهارت‌ها کودکان را به ابزاری مجهز می‌کند که بتوانند مسائل زندگی روزمره خود را مدیریت کنند [۱۳]. رفتار بیماری و شکایت‌های جسمانی ممکن است تا حد زیادی آموخته و حفظ شوند زیرا موجب پاداش‌های اجتماعی از جمله ابراز حمایت، مراقبت یا نگرانی یا کاهش رویدادهای منفی مانند تقاضای کمتر برای مشارکت در فعالیت‌های خانه یا کارهای خانه شود [۱۴].

مهارت‌های مقابله شامل اقدامات و سازگاری هایی است که توسط کودکان و نوجوانان برای پاسخ به تجربیات استرس‌زا، مدیریت، تحمل جهت کاهش رویدادهای استرس‌زا به کار گرفته می شود. این مهارت‌ها می‌توانند با افزایش سن تغییر کنند و بر سازگاری و بهزیستی تأثیر گذارند. مهارت‌های مقابله‌ای برای رسیدن به سازگاری به دو نوع مسأله مدار و هیجان مدار تقسیم می‌شوند. راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار اعمالی هستند که هدفشان تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزاست. معمولا زمانی که موقعیت یا رویداد، قابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصور کند که می‌تواند موقعیت را کنترل کرده و آن را تغییر دهد، از راهبرد مسأله‌مدار استفاده می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار عبارت است از تنظیم پاسخ هیجانی فرد در برابر مسأله. در صورتی که موقعیت یا رویداد غیرقابل تغییر باشد و یا فرد چنین تصوری داشته باشد، در این حالت از راهبرد هیجان مدار استفاده می‌نماید [۱۵]. به طور کلی استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای، مانند حل مسئله و ارزیابی مجدد شناختی، با سازگاری روانی بهتر و سلامت جسمی، به ویژه در پاسخ به عوامل استرس‌زا روزمره در کودکان و نوجوانان همراه بوده است [۱۶].

سندروم درد شکمی عملکردی با درد مکرر یا مداوم شکم همراه با درجه از دست‌دادن فعالیت روزانه در غیاب تغییر عادت روده مشخص می شود [۸]. این دردها چالش‌هایی را برای مراقبان ایجاد می‌کند و می‌تواند در فعالیت‌های روزانه تداخل داشته باشد. علت درد مزمن شکم در کودکان اغلب ناشناخته است و هیچ علت شناخته شده‌ای در ۵۱ درصد موارد شناسایی نشده است [۱۷]. درد شکمی (۴۳ درصد) بعد از سردرد (۶۱ درصد) شروع بیشتری دارد [۱۸]. درد مزمن شکم می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت زندگی کودک داشته باشد و منجر به کاهش عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودکان شود. مطالعه حاضر با هدف ارائه مدل ساختاری دردهای شکمی روان‌تنی بر اساس رابطه والد کودک، یادگیری اجتماعی، ذهنی‌سازی با میانجیگری مهارت‌های سازگاری و تنظیم هیجانی کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر مقطعی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری می باشد. جامعه آماری شامل کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی شهر اصفهان و نمونه شامل بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی اختلالات گوارش می‌باشد و بخش کودکان بیمارستان امین اصفهان بود. به منظور

تعیین حجم نمونه، از فرمول پیشنهادی Tabachnick & Fidell استفاده شد [۳۰]. در این مطالعه ۹ متغیر و خرده متغیر پیش‌بین پرسشنامه تعامل والد کودک با ۳ عامل و یک نمره کل و پرسشنامه نظریه ذهن با سه عامل و یک نمره کل وجود دارد که طبق فرمول فوق، حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۱۲۲ نفر است که جهت جلوگیری از ریزش حجم نمونه ۱۷۹ کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند از بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی اختلالات گوارش کودک و نوجوان و بیمارستان امین اصفهان بر اساس ملاک های ورود انتخاب شدند. پرسشنامه توسط کودکان ۱۰ تا ۱۲ سال و یکی از والدین آنها کامل گردید و حدود ۲۰ پرسشنامه ناقص بوده که از پژوهش خارج شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل هر کدام از افراد نمونه دامنه سنی ۱۰ تا ۱۲ سال که تداخل با سن ورود به مدرسه و شروع سن بلوغ نداشته باشد، دریافت تشخیص قطعی اختلال درد شکمی عملکردی حداقل به مدت ۶ ماه از جانب متخصص مربوط و عدم ابتلا همزمان با اختلالات روانپزشکی و خلقی مانند اختلال افسردگی و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم رضایت و عدم پاسخگویی به بیش از ۱۵ درصد سؤالات پرسشنامه ها بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر و سنجش متغیرهای تحقیق، از پرسشنامه و مصاحبه استفاده شد. درد روان‌تنی به عنوان درد روانزا یا اختلال درد ناشی از استرس و اضطراب روانشناسی شناخته می‌شود و مشخصه آن درد مزمن در بیش از یک منطقه است که چندین ماه تا چندین سال ادامه داشته باشد. اختلال درد روان‌تنی مشخصات زیر را دارد: درد توسط یک وضعیت پزشکی قابل توضیح نیست. درد باعث ناراحتی جدی یا اختلال یا هر دو در مناطق مختلف بدن یا قابلیت‌های فردی می‌شود.

در آغاز، قوت، تشدید و افزایش شدت علایم با عوامل روانی ایجاد می شود. شکایت از درد عمدی یا غیر واقعی نیست و به علت هر گونه اختلال روانی مانند خلق و خو و اختلال اضطراب یا هر شکل دیگری از اختلالات روانی ایجاد نشده است. معیارهای درد روان‌تنی توسط روانشناس سلامت از طریق مصاحبه با والدین و کودک و با تأیید روانپزشک طبق این معیارها تشخیص داده شد. برای اطمینان از روند صحیح اجرای پژوهش؛ شخص پژوهشگر در کلینیک تخصصی گوارش کودکان حاضر و کلیه پرسشنامه ها توسط پژوهشگر اجرا شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

مقیاس رابطه والد–کودک (CPRS): این مقیاس توسط Driscoll برای اولین بار در سال ۲۰۱۱ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده است که شامل حوزه های تعارض (۱۷ ماده)، صمیمیت (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده)، و رابطه مثبت کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد [۱۹]. این پرسشنامه توسط طهماسیان و خرم‌آبادی ترجمه و روایی محتوی آن نیز توسط متخصصان ارزیابی شد. شیوه نمره‌گذاری مقیاس براساس مقیاس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (نمره ۵ برای قطعاً صدق می‌کند و نمره۱ برای قطعاً صدق نمی‌کند) است. برای به دست‌آوردن نمره رابطه مثبت کلی در این مقیاس، می‌بایست نمرات سؤالات حوزه‌های تعارض و وابستگی معکوس شوند. نمره بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها نشانگر وجود بیشتر مولفه‌های یادشده است. Driscoll و Pianta در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در هر یک از مؤلفه‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۹، و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند [۲۰، ۲۱].

شدت درد شکمی (Abdominal Pain Index API): این مقیاس توسط Walker و همکاران طراحی شد و ویژگی‌های درد شکمی را که کودک در ۲ هفته گذشته تجربه کرده است ارزیابی می‌کند [۲۲]. فراوانی اپیزودهای درد شکم در طول ۲ هفته گذشته در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از اصلاً (۰) تا هر روز (۵) رتبه‌بندی می‌شود. فرکانس معمول روزانه اپیزودهای درد شکمی 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. Walker و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کودکان مبتلا به دردهای مزمن شکمی ۰/۷۳ و برای کودکان سالم ۰/۸۴ به دست آوردند.

پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای: Hernandez در سال ۲۰۰۸ پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان را برای کودکان ۱۰ تا ۱۶ ساله ساخت [۲۳]. این پرسش‌نامه ۵۷ سؤال و سه مؤلفه دارد. این سه مؤلفه عبارتند از انحراف از مشکل به سمتی دیگر، کنارآمدن با مشکل برای بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه‌حل مسئله و بیان هیجان و کنارآمدن ویرانگر که بیشتر شامل پاسخ‌های کنارآمدن ناسازگارانه هستند. عامل اول انحراف از مشکل به سمتی دیگر، شامل عباراتی است که عادت‌ها و حمایت خانواده، تفکر مثبت و حواس‌پرتی را می‌سنجد. بیشتر راهبردهای کنارآمدن در این عامل ممکن است بر اساس منحرف‌ساختن توجه نوجوانان از مشکل جاری به سمت موضوع دیگری باشد. عامل دوم، کنارآمدن با مشکل به‌منظور بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه‌حل مسئله و بیان هیجان از طریق تمرکز بر آن است. این امکان وجود دارد که استفاده از هر دو روش به‌طور متعادل برای کنارآمدن موفقیت‌آمیز مفید باشد. عامل سوم، کنارآمدن ویرانگر، بیشتر به ارزیابی پاسخ‌های کنارآمدن ناسازگارانه می‌پردازد. این عامل

شامل کنارآمدن خودتخریبی مانند «مشکل را از خودم دور می‌کنم» و کنارآمدن ویرانگر فیزیکی (مانند آسیب‌رساندن به وسایل) است. شیوه نمره‌گذاری برای پاسخ «هرگز»، «برخی مواقع»، «بیشتر مواقع» و «تقریباً همیشه»، به‌ترتیب عدد ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته شده‌است.

پرسشنامه یادگیری رفتارهای درد والدین فرم کوتاه Stone و همکاران: این ابزار رفتار درد PROMIS (PPB) توسط Stone و همکاران [۳۲] برای نوجوانان تطبیق داده شد تا رفتارهای درد والدین خود را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. نوجوانان گزارش‌های جداگانه‌ای از رفتارهای درد را برای مادران و پدرانی که در طول ماه گذشته با آنها در تماس بودند، ارائه کردند. PPB-Proxy از سؤالات و عبارات «وقتی مادرم درد داشت...» و «وقتی پدرم درد داشت» استفاده کرد...» گزینه‌های پاسخ از (۱) «بدون درد» تا (۶) «همیشه» بودند. هنگامی که ما PPB-Proxy را اجرا شد، آیتم‌ها با محاسبه یک نمره خام کلی از ۷ تا ۴۲ امتیاز گرفتند. مجموع مجزا برای گزارش‌های نیابتی رفتار درد مادر و پدر محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، بسته به اینکه کدام والدین در مطالعه شرکت کردند، از گزارش مادر یا پدر استفاده شد، به طوری که نوجوانان و والدین در مورد یک فرد گزارش دادند. ضریب آلفا برای رفتارهای درد پرومیس فرم کوتاه آن صدم گزارش شده است [۲۴]. 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

میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان برابر با ۱/۱۳±۱۱/۴۵ و میانگین و انحراف معیار سن والدین برابر با۷/۵۰ ±۴۲/۰۰ بود. ۵۶ درصد (۱۰۱ نفر) کودکان شرکت کننده در پژوهش را دختران و ۴۳ درصد (۷۸ نفر) را پسران تشکیل داده بودند. نتایج توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

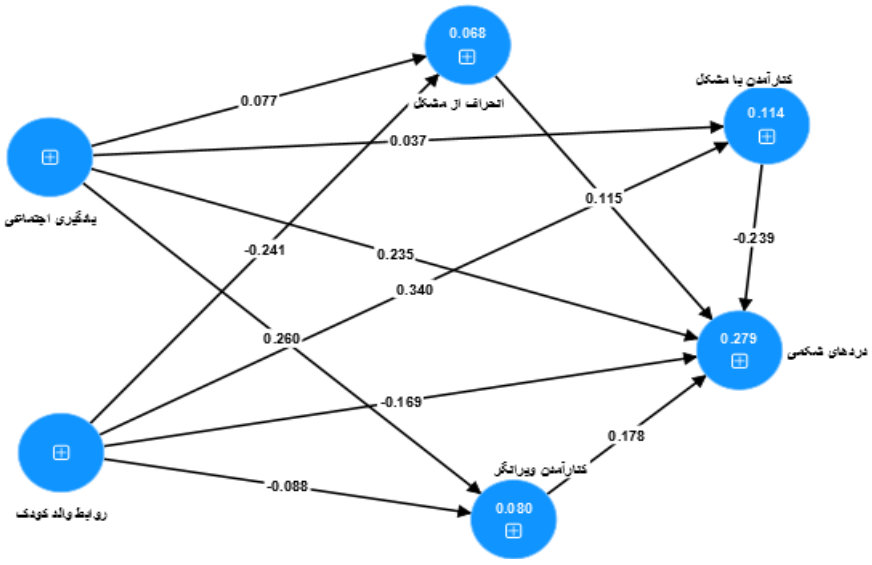
مقیاس‌ها	مؤلفه ها	کشیدگی	چولگی	میانگین	انحراف معیار
	تعارض	-۰/۶۱۱	-۰/۲۱۴	۴۹/۸۶	۱۲/۶۹
رابطه والد کودک	نزدیکی	۰/۴۵۵	-۰/۸۹۱	۳۴/۳۱	۷/۳۴
	وابستگی	-۰/۱۳۰	-۰/۲۲۷	۲۰/۳۳	۳/۸۳
	رابطه مثبت کلی	-۰/۲۸۷	-۰/۰۷۸	۱۰۷/۳۶	۱۶/۳۳
	انحراف از مشکل	۰/۹۶۲	-۰/۶۹۷	۱۰/۰۰	۳۵/۰۰
مهارت‌های سازگاری	کنار آمدن با مشکل	۲/۶۸	-۱/۵۷	۱۹/۰۰	۶۲/۰۰
	کنار آمدن ویرانگر	۱/۰۴	-۰/۷۱۵	۱۲/۰۰	۴۵/۰۰
یادگیری اجتماعی	----	-۰/۰۱	-۰/۹۱۰	۷/۰۰	۳۵/۰۰
دردهای‌شکمی	----	-۰/۲۹۰	۰/۱۶۲	۱۴/۴۲	۴/۹۷

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال به دلیل داشتن کشیدگی و کجی کمتر از ۳+ و بیشتر از ۳- است. همچنین نتایج تحلیل عامل تأییدی نمرات متغیرهای دردشکمی سایکوسوماتیک، مهارت‌های سازگاری، رابطه والد- کودک و یادگیری اجتماعی نشان داد که برای هر یک از بارهای عاملی سؤالات پرسشنامه بالاتر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ و سطح معناداری بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ بود که بیانگر تأیید روایی سازه این ۴ پرسشنامه بود. جدول ۲ نتایج برازش مدل پیشنهادی ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل رابطه بین رابطه والد-کودک، یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی

نام شاخص	اختصار	مقدار	برازش قابل قبول	وضعیت
سطح تحت پوشش کای دو	Chi-Square	۵۰۷۲/۶۱۶	–	–
شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۱	>۰/۹	مطلوب
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۱	>۰/۹	مطلوب
ریشه میانگین مربعات باقیمانده	RMR	۰/۰۳۲	>۰/۰۵	مطلوب
شاخص برازش هنجار نشده	NNFI	۰/۹۴	>۰/۹	مطلوب
شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۶	>۰/۹	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۶	>۰/۹	مطلوب
شاخص برازش نسبی	RFI	۰/۹۶	>۰/۹	مطلوب
شاخص برازش فزاینده	IFI	۰/۹۶	۰–۱	مطلوب
شاخص برازش مقتصد هنجار شده	PNFI	۰/۷۶	>۰/۵	مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای بر آورد	RMSEA	۰/۰۲۶	<۰/۱	مطلوب
کای مربع بهنجار شده	CMIN	۲/۱۳	مقداری بین ۱تا۳	مطلوب
درجه آزادی	DF	۲۴۰	-	-

جدول ۲، گویای این مطلب است که شاخص‌های نسبت خی دو به درجه آزادی CMIN/DF برابر با ۲/۱۳، 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 ۰/۰۲۶ در سطح قابل قبولی قرار دارند، بدین معنی که مدل تحقیق دارای برازش مطلوبی است. در ادامه مدل نقش میانجگر مهارت‌های سازگاری در رابطه بین والد کودک و یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی روان‌تنی ارائه شده است.



شکل ۱. مدل برازش نقش مهارت‌های سازگاری در رابطه والد- کودک و یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی

طبق یافته های جدول ۳، مسیرهای رگرسیونی مستقیم رابطه والد- کودک و کنارآمدن ویرانگر به دردهای شکمی به ترتیب برابر با ۰/۱۷- و ۰/۲۴- و همچنین مسیرهای مستقیم رابطه والد-کودک به کنارآمدن با مشکل به برابر با ۰/۳۴ می‌باشد که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. مسیر رگرسیونی مستقیم یادگیری اجتماعی به انحراف مشکل برابر با ۰/۱۸ است که این ضریب نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشد. همچنین نتایج نشان داد که از بین شش مسیر غیرمستقیم با میانجی‌گری نقش سه سبک

سازگاری رفتاری، تنها دو مسیر غیرمستقیم یادگیری اجتماعی – > کنارآمدن ویرانگر–> دردهای شکمی با ضریب رگرسیونی برابر با ۰/۰۵۰ و t=۱/۹۹ و رابطه والد –کودک –> کنارآمدن با مشکل –> دردهای شکمی با ضریب رگرسیونی برابر با ۰/۰۸۰– و t=۲/۲۳، در سطح p<۰/۰۵ قرار دارد که از لحاظ آماری معنادار است. بدین معنا که راهبرد کنارآمدن با مشکل به طور غیرمستقیم و معناداری بر رابطه والد کودک و یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی کودکان تأثیرگذار بوده و می‌تواند نقش میانجی‌گر را ایفا نماید.

جدول ۳. روابط غیر مستقیم متغیرهای پژوهش در مدل

مسیر	میزان رابطه	میزان رابطه اصلاح شده	انحراف استاندارد	T	سطح معنی داری
انحراف از مشکل –> دردهای شکمی	۰/۱۱۵	۰/۱۱۶	۰/۰۹۶	۱/۲۰۲	۱/۲۲۹
روابط والد کودک –> انحراف از مشکل	۰/۲۴۱–	۰/۱۵۷–	۰/۲۳۲	۱/۰۳۹	۰/۲۹۹
روابط والد کودک –> دردهای شکمی	۰/۱۶۹–**	۰/۱۵۶–	۰/۰۷۶	۲/۲۱۸**	۰/۰۲۷**
روابط والد کودک –>کنارآمدن با مشکل	۰/۳۴۰**	۰/۳۶۱	۰/۱۴۰	۲/۴۳۶**	۰/۰۱۵**
کنارآمدن با مشکل –>دردهای شکمی	۰/۰۸۸–**	۰/۰۸۵–	۰/۱۴۴	۰/۶۱۱**	۰/۵۴۲
کنارآمدن ویرانگر–> دردهای شکمی	۰/۲۳۹–**	۰/۲۵۵	۰/۰۸۸	۲/۷۰۵**	۰/۰۰۷**
یادگیری اجتماعی–> انحراف از مشکل	۰/۱۷۸	۰/۱۸۱	۰/۰۹۰	۱/۹۷۱	۰/۰۴۹
یادگیری اجتماعی–> دردهای شکمی	۰/۰۷۷**	۰/۱۲۵	۰/۱۴۴	۰/۵۳۱**	۰/۵۹۶
یادگیری اجتماعی–> کنارآمدن با مشکل	۰/۲۳۵	۰/۲۲۵	۰/۰۷۵	۳/۱۲۹	۰/۰۰۲
یادگیری اجتماعی–> کنارآمدن ویرانگر	۰/۰۳۷**	۰/۰۰۶	۰/۱۲۲	۰/۳۰۶**	۰/۷۶۰
یادگیری اجتماعی –> انحراف از مشکل –> دردهای شکمی	۰/۰۰۹	۰/۰۱۴	۰/۰۲۴	۰/۳۷۴	۰/۷۰۸
یادگیری اجتماعی –> کنارآمدن با مشکل –> دردهای شکمی	۰/۰۰۹–	۰/۰۰۰	۰/۰۳۱	۰/۲۸۵	۰/۷۷۶
یادگیری اجتماعی –> کنارآمدن ویرانگر –> دردهای شکمی	۰/۰۵۰**	۰/۰۵۸	۰/۰۳۱	۱/۹۹۰**	۰/۰۴۸**
روابط والد کودک–> کنارآمدن با مشکل –> دردهای شکمی	۰/۰۸۱–**	۰/۰۹۱–	۰/۰۴۴	2/۲۳۸	۰/۰۴۰**
روابط والد کودک–> انحراف از مشکل –> دردهای شکمی	۰/۰۲۸–	۰/۰۲۳–	۰/۰۳۱	۰/۹۰۱	۰/۳۶۸
روابط والد کودک –> کنارآمدن ویرانگ –> دردهای شکمی	۰/۰۱۶	۰/۰۱۹–	۰/۰۲۷	۰/۵۷۷	۰/۵۶۴

**(p< ۰/۰۱) *(p< ۰/۰۵)

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که رابطه مستقیم و غیرمستقیم بین والد–کودک و یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی روان‌تنی با توجه به نقش راهبردهای سازکاری شامل کنارآمدن ویرانگر و کنارآمدن با مشکل معناداربوده است.

در واقع بین رابطه والد–کودک با دردهای شکمی رابطه مستقیم و غیرمستقیم با توجه به نقش میانجی مهارتهای سازگاری وجود داشت که این نتیجه همسو با یافته‌های پژوهش Love و همکاران [۲۵]، Newton و همکاران [۲۶] می‌باشد. تعامل‌های نامناسب والدین می‌تواند اختلال‌های هیجانی و رفتاری 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 و سلامت کلی برای کودکان کمک می‌کند. در حقیقت یکی از مهم‌ترین 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 سال‌های اولیه کودکی، رشد شناختی، اجتماعی و هیجانی آینده را پایه‌گذاری می‌کند [۲۷]. خانواده نقشی بنیادین در سلامت و بیماری افراد دارد و اصلی‌ترین نهاد در حفظ سلامت فرد و جامعه است. همچنین، در شکل‌گیری مفاهیم سلامت و بیماری و الگوهای رفتار بهنجار و نابهنجار تأثیری بسزا دارد [۲۸]. سبک های تربیتی ناکارآمد و تعامل نامناسب والد ـ کودک در طول دوران تحول به ایجاد مشکلات ارتباطی و در نهایت، آسیب‌پذیری کودکان در برابر اختلال‌هایی نظیر اضطراب، مشکلات رفتاری و آسیب روان‌شناختی منجر خواهد برخی از متخصصان معتقدند که اکثر مشکلات جسمی و روانی و رفتاری کودکان منعکس‌کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به‌ویژه والدین می‌باشد. به عبارت دیگر، نشان‌دهنده روابط معیوب اعضای خانواده با

یکدیگر و با روش تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آنان با فرزندان ارتباط تنگاتنگی دارد [۲۹]. والدین کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی در مقایسه با والدین کودکان سالم، افزایش اضطراب، افسردگی و جسمانی شدن را گزارش کردند [۳۰]. وقتی کودکان از دردهای مکرر رنج می‌برند، طبیعتاً والدین نگران فرزند خود هستند. علاوه بر این، سازگاری با یک بیماری مزمن می تواند علایم افسردگی مانند احساس ناامیدی و درماندگی را ایجاد کند. از این رو، ناراحتی والدین ممکن است یک نتیجه طبیعی از دیدن کودکی باشد که از درد مزمن رنج می‌برد. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب والدین نیز ممکن است قبل از ایجاد دردهای شکمی عملکردی در کودکان باشد. یک مطالعه نشان داد که هم اضطراب مادر و هم اضطراب پدری در سال اول زندگی، پیشرفت دردهای شکمی عملکردی را در سن ۶ سالگی پیش‌بینی می‌کند [۳۱]. علاوه بر این، پریشانی والدین) اضطراب، افسردگی و جسمی‌سازی (و پریشانی کودک در خانواده‌هایی که تحت تأثیر دردهای شکمی عملکردی قرار دارند، همبستگی بالایی دارند [۳۰]. این ممکن است نشان‌دهنده تأثیر ژنتیکی مشترک بین والدین و کودک یا تأثیر ناراحتی والدین بر علایم کودک باشد. رفتارهای والدین به طور گسترده‌ای به عنوان یکی از اصلی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های ناتوانی مرتبط با درد در کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی اغلب در چارچوب یادگیری اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است.

بین یادگیری اجتماعی با دردهای شکمی رابطه غیرمستقیم با توجه به نقش میانجی مهارت‌های سازگاری وجود دارد که همسو با یافته‌های Stone و همکاران [۳۲] Sherman و همکاران [۳۳] می‌باشد. این پژوهش‌ها این گونه بیان می‌کند که کودکان با مشاهده واکنش و رفتار بزرگسالان در هنگام بیماری، این واکنش ها را یاد می‌گیرند. به عنوان مثال، وقتی والدینی در خانه می‌مانند و انتظار توجه خاصی دارند و مکرراً شکایت می‌کنند، حتی زمانی که فقط از علایم جزیی رنج می برند، احتمال بیشتری وجود دارد که کودک به مدرسه نرود و در خانه بماند و نسبت به علایم خود بیش از حد هوشیار شود. هر چه تعداد مدل‌ها اعضای خانواده با درد بیشتر باشد، میزان درد بالاتری توسط کودکان گزارش می‌شود. در واقع، در مقایسه با فرزندان والدین سالم، فرزندان والدینی که از سندرم روده تحریک‌پذیر رنج می‌برند، معمولاً علایم گوارشی و همچنین ناتوانی مرتبط با این علایم را گزارش می‌کنند [۳۴].

در زمینه درد، تمایز بین مقابله فعال (راهبردهای کاهش درد یا تأثیر درد، به عنوان مثال، رفتن به مدرسه با وجود درد) و مقابله غیرفعال (فاصله گرفتن از درد، به عنوان مثال، تکیه بر دیگران برای مقابله با درد) ممکن است بیشتر مرتبط باشد. در چندین مطالعه مشخص شده که مقابله غیرفعال با پیامدهای منفی در کودکان مبتلا به اختلالات درد عملکردی شکم مرتبط است. اینها شامل افزایش شدت درد، افسردگی و ناتوانی و همچنین کاهش کیفیت زندگی است [۳۵]. فاجعه‌سازی تمایل به بزرگ‌نمایی جنبه‌های منفی یا تهدیدکننده درد و یکی از شکل‌های خاص مقابله غیرفعال در زمانی که فرد احساس درماندگی در برابر درد دارد می‌باشد. این مهارت سازگاری، باعث سطوح بالاتر درد و افسردگی در کودکان مبتلا به اختلالات درد عملکردی شکم می‌شود [۳۶]. در یک مطالعه دیگر، Walker و همکاران [۳۷] مشاهده کردند که بیماران با سطوح بالای درد که فاجعه آفرینی می‌کنند، دو برابر در خطر حفظ علایم خود هستند. بنابراین، به نظر می‌رسد مقابله غیرفعال و فاجعه‌سازی با پیامدهای منفی در کودکان مبتلا به اختلالات درد عملکردی شکم مرتبط است.

از محدودیت‌های پژوهش، روش نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن جامعه آماری بیماران مراجعه‌کننده به این کلینیک بود. جهت افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر کلینیک‌های گوارش کودک در مناطق جغرافیایی دیگر نیز انجام شود تا حجم بزرگ‌تری از نمونه مورد بررسی قرار بگیرد.

محدودیت دیگر این پژوهش، استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی می‌باشد. ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد مشاهده شود، متفاوت باشد. عوامل محیطی و خانوادگی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی، در این پژوهش کنترل نشده است؛ بنابراین پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار بگیرد.

با توجه به اهمیت ارتباط بین مهارت‌های سازگاری و دردهای شکمی کودکان، ترویج آموزش مهارت‌های ارتباطی، حل مسائل و مدیریت استرس از سنین پایه می‌تواند به تقویت این توانایی‌ها و مهارت‌ها کمک کند. از طریق بازی‌ها، مشارکت کودکان در انتخاب‌ها، تشویق به حل موضوعات کوچک و تمرین ارتباط با مشکلات روزمره، می‌توان به کودکان کمک کرد تا با خود و محیطشان به شکل‌های مثبت و سازنده برخورد کنند. برخی کودکان ممکن است بر اساس تجربیات خود در محیط اجتماعی خود رفتارهایی را پیش‌بینی کنند که نه تنها میزان استرس و نگرانی آنها را بیشتر کنند، بلکه ممکن است بر پاسخ‌های درد و رفتارهای درمان کودکان نیز اثر بگذارند. در نتیجه، پیشنهاد می شود با بهبود یادگیری اجتماعی بتوان باعث کاهش دردهای شکمی در کودکان شد و بهبود عملکرد آنها در محیط تحصیلی را دنبال کرد.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.1 تأیید شده است.

تضاد منافع

هیچ گونه هیچ تعارض منافعی برای کار تحقیقی مورد نظر وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد نجف آباد بوده، بدین وسیله از تمامی افرادی که در اجرای این تحقیق یاری رساندند، سپاسگزاریم.

References

1. Rouhani N, Jalali MR, Mousavi AM. Relationship between personality traits, attachment and parenting styles of parents with children's physical health. J Child Mental Health. 2019; 6 (3): 215-27. [Persian]
2. Khatchadourian, M. The influence of a social skills program on children's social behaviour, affective perspective-taking, and empathy skills. Thesis. Concordia University: 2010.
3. Brett T, Rowland M, Drumm B. An approach to functional abdominal pain in children and adolescents. General Practitioners. 2021; 62(600): 386–7.
4. Qomian S, Shoairi MR. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Children with Chronic Pain (CHACT) on internalizing symptoms in 7- to 12-year-old children with chronic pain. Clinical Psychol Stud. 2017; 8(29): 1-19.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 2019 Update. Savalan Publisher: 2017.
6. Clinical Hypnosis in Children. Handbook of Pediatric Chronic Pain. Current Science and Integrative Practice. 2011; 303-14.
7. Alfvén RGJ. Psychosomatic pain in children: A psychomuscular tension reaction? Pain. 2012; 1: 5-14.
8. Meyre M, Gold S, Bielefeld K, Zeltzer L,lockner J. Functional gastrointestinhbal abdominal pain in adolescence biopsychosocial phenomenon.. Pain. 2008; 9(11): 984-90.
9. Walker SM. Neuropathic pain in children: Steps towards improved recognition and management. EBioMedicine. 2020;62:103124.
10. Logan DE, Donado C, Kaczynski K, Lebel A, Schechter N. From One Pain to Many: The Emergence of Overlapping Pains in Children and Adolescents. Clin J Pain. 2021;37(6):404-12.
11. Baiba M, Carmel C, Conte E. Social-Emotional Skills, Behavioural Problems and Learning Outcomes of Elementary School Children. 2023.
12. Danielle R, Kleckner N. Social Learning Theory. 2014.
13. Weitzman M. Social Influences on Child Health. Pediatr Rev. 2021 Jul;42(7):402-4.
14. Stone AL, Bruehl S, Smith CA, Garber J, Walker LS. Social learning pathways in the relation between parental chronic pain and daily pain severity and functional impairment in adolescents with functional abdominal pain. Pain. 2018; 159(2): 298–305.
15. Agnes K, Gasto F, Tumaini N, Ave Maria S, Deodatus K. Coping strategies available for women living with HIV/AIDS experiencing intimate partner violence in the Singida region, Tanzania. Com Med Public Health. 2021; 8(6):2658-64.
16. Ansari M, Mahmoudi A. The relationship between emotional intelligence, religious beliefs and coping strategies with marital satisfaction of physically disabled people in Shiraz. Psychol Sci. 2016; 2 (3): 79-2. [Persian]
17. Abby D, Adler Laren R, Conklin Daniel R, Strunk D. Quality of coping skills predicts depressive symptom reactivity over repeated stressors. Clin Psychol. 2013; 2:18-23.
18. 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? Health Psychol. 2020; 25(10-11): 1669–8077.
19. Driscoll K, Pianta RC. Mothers' and Fathers' Perceptions of Conflict and Closeness in Parent-Child Relationships during Early Childhood. Early Child Infant Psychol 2011; 7.
20. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (4th ed). Boston: 2007.
21. Satorian A, Tahmasian K, Ahmadi MR. The role of parenting dimensions and parent-child relationship in children's internalized and externalized behavioral problems. Family Res 2016; 12(4): 683-705. [Persian]
22. Walker LS, Smith CA, Garber J, Van Slyke DA. Development and validation of the pain response inventory for children. Psychol Assess. 1997; 9:392-405.
23. Falahi M, Kafi M, Khosro Javid M, Karimi R. Preliminary investigation of the psychometric properties of children's coping behavior questionnaire (CCBQ). Psychiatry Clin Psychol. 2017; 4:494-509. [Persian]
24. Stone ALS, Walker LS. Adolescents' Observations of Parent Pain Behaviors: Preliminary Measure Validation and Test of Social Learning Theory in Pediatric Chronic Pain. Pediatric Psychol. 2015; 1–10.
25. Love Sarah C, Mara Constance A, Mara Constance AA, Kalomiris R, Cunningham R, Cunningham R. The Influence of Caregiver Distress and Child Anxiety in Predicting Child Somatization in Youth with Functional Abdominal Pain Disorders. Child Today. 2019; 6(12): 134-45.

26. Newton D, Schosheim A, Patel S, Chitkara D, Tilburg MA. The rol of psychological Factor in paediatric functiona abdominal pain Disorder''. Gastroenterol. 2018; 105: 946–56.
27. Riahi F, Golzari M, Mootabi F. The Relationship between Emotion Regulation and Marital Satisfaction using the Actor-Partner Independence Model. Psychiatry Clin Psychol. 2020; 26(1): 44-7. [Persian]
28. Alfvén RGJ. Psychosomatic pain in children: A psychomuscular tension reaction? Pain. 2021; 1: 5-14.
29. Li C, Jiang S, Fan X, Zhang Q. Exploring the impact of marital relationship on the mental health of children. Health Psychol 2020; 25 (10-11): 1669–80.
30. van Tilburg MA, Levy RL, Walker LS, Von Korff M, Feld LD, Garner M, Feld AD, Whitehead WE. Psychosocial mechanisms for the transmission of somatic symptoms from parents to children. World J Gastroenterol. 2015;21(18):5532-41.
31.Ramchandani PG, Stein A, Hotopf M, Wiles NJ, Team AS. Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. Child Adoles Psychiat. 2006; 45(6): 729-36.
32. Stone AL, Bruehl S, Smith CA, et al. Social learning pathways in the relation between parental chronic pain and daily pain severity and functional impairment in adolescents with functional abdominal pain. Pain. 2018; 159: 298-305.
33.Sherman AL, Bruehl S, Smith CA, Walker LS. Individual and additive effects of mothers' and fathers' chronic pain on health outcomes in young adults with a childhood history of functional abdominal pain. Pediatric Psychol. 2013; 38(4): 365-75.
34.Guite JW, Lobato DJ, Shalon L, Plante W, Kao BT. Pain, disability, and symptoms among siblings of children with functional abdominal pain. Develop Behav Pediatrics. 2007; 28(1): 2-8.
35.Shirkey KC, Smith CA, Walker LS. Dispositional versus episode-specific assessment of children's coping with pain. Pediatric Psychol. 2010; 36(1): 74-83.
36.Warschburger P, Hänig J, Friedt M, Posovszky C, Schier M, Calvano C. Healthrelated quality of life in children with abdominal pain due to functional or organic gastrointestinal disorders. Pediatric Psychol. 2013; 39(1): 45-54.
37. van der Veek SM, Derkx H, de Haan E, Benninga MA, Boer F. Emotion awareness and coping in children with functional abdominal pain: A controlled study. Social Sci Med. 2012; 74(2): 112-9: 47.

Original Article

Structural model of psycho-somatic abdominal pain in 10-12-year-old children based on parent-child relationship and social learning with the mediation of adaptation skills

Somayeh Moini Nasab[1], Mojtaba Ansari Shahidi[2]*, Hamidreza Nikyar[3]
Hosein Saneian[4], Amir Mohsen Rah Nejat[5]

Received:2024.06.08 Revised: 2024.10.30 Accepted: 2024.11.21

1. PhD student in psychology, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Assistant Professor, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
4. Assistant Professor, Children's Growth and Development Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Iran.
5. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, University of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran Army, Tehran, Iran.

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.22, No.3, Fall 2024

Pars J Med Sci 2024;22(3):37-46

Abstract

Introduction: Chronic diseases such as functional abdominal pain in children cause psychological changes in addition to physical symptoms, which can increase the damage caused by this disease. Therefore, the necessity of research in the field of examining the psychological factors of these patients in order to increase their mental health is significant. The present study was conducted with the aim of determining the mediating role of adaptation skills in explaining the relationship between parent-child relationship and social learning in functional abdominal pain in 10-12-year-old children.

Methods & Materils: The current research method was cross-sectional and structural equations type. The statistical population of the study included all children aged 10 to 12 years with functional abdominal pain disorder in Isfahan city in 1402. A number of 179 children were selected from the specialized clinics of digestive disorders in Isfahan based on the inclusion criteria. Data collection tools include parent-child relationship questionnaires (Pianta, 2011), learning parental pain behaviors short form, Stone, Children's Coping Behavior Questionnaire (CCBQ) and the revised abdominal pain index. To test the hypotheses, the statistical method of structural equations was used in SMART PLS-4 software.

Results: The findings of the present study showed that adaptation skills can indirectly and significantly mediate the relationship between parent-child and social learning with children's functional abdominal pain ($P<0.05$). The direct regression paths of parent-child relationship and destructive coping with abdominal pain are equal to -0.17 and -0.24, respectively, and the direct paths of parent-child relationship and social learning to cope with the problem are equal to 0.34 and 23, respectively. It is 0.05 which is significant at the 0.05 level. Out of the six indirect paths with the mediation of the role of three behavioral adjustment styles, only two indirect paths parent-child relationship coping with the proble ، abdominal pains with regression coefficient equal to – 0.080 and t=2.23 and social learning ، destructive coping ، Abdominal pains with a regression coefficient equal to 0.050 and t=1.99 are at the $p<0.05$ level, which is statistically significant. This means that the strategy of coping with the problem has an indirect and meaningful effect on the child's parent's relationship and social learning with children's abdominal pain and can play a mediating role.

Conclusion: Having a positive and healthy relationship between parent and child acts as a protective factor against functional abdominal pain.Creating an open space to express their feelings and needs and providing appropriate support by parents can help improve children's emotional, psychological and social problems.

Keywords: Functional Abdominal Pain, Child-Parent Relationship, Adaptation Skills, Social Learning

* Corresponding author Email: Dransarishahidi@gmail.com