Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2025, Volume 11, Issue 4 10.22034/IJRN.11.4.8

Modeling Psychosomatic Complaints Based on Mistreatment and Psychological Distress Mediated by Social Support in Child Laborers

Raziyeh Moeinfar[1], Fariba Kiani[2*], Ahmad Ghazanfari[3]

1- Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
2- Department of Psychology, Bor.C., Islamic Azad University, Boroujen, Iran.
3- Department of Psychology, ShK.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Fariba Kiani, Department of Psychology, Bor.C., Islamic Azad University, Boroujen, Iran.
Email: kiani64@iau.ac.ir

Received: 2024/12/31 Accepted: 2025/5/15

Abstract

Introduction: Psychosomatic problems are one of the common psychiatric disorders in working children. The aim of the present study was to investigate the modeling of psychosomatic complaints based on maltreatment and psychological distress, mediated by social support, among working children.

Methods: The present study was a correlational study using structural equation modeling. The statistical population included all children who had a file as child laborers in the Welfare Organization of the cities of Chaharmahal and Bakhtiari province in the year 1403. From this population, 300 individuals were selected using purposive sampling and completed the Takata and Sakata Psychosomatic Complaints Scale (2004), McCord et al.'s Maltreatment Questionnaire (2018), Zimet et al.'s Multidimensional Scale of Perceived Social Support (1998), and Chen et al.'s Safety Self-Efficacy Questionnaire (2001). The research data were analyzed using AMOS-24 and SPSS-26 software.

Results: The results indicated a good fit of the model with the empirical data. The effect of the direct standardized path coefficient of maltreatment, psychological distress, and social support on psychosomatic complaints was significant ($p < 0.05$). Also, the indirect effect of maltreatment and psychological distress, with the mediating role of social support, on psychosomatic complaints was also significant ($p< 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of the study, it can be concluded that maltreatment, psychological distress, and social support play a role in the occurrence of psychosomatic complaints in working children, indicating that this psychiatric disorder is multidimensional. All health professionals, especially psychologists and psychiatrists, are advised to consider the effective role of social support in providing mental health services to these children

Keywords: Psychosomatic complaints, Abuse, Psychological distress, Social support, Child labor.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

تابستان ۱۴۰۴، دوره ۱۱، شماره ٤

10.22034/IJRN.11.4.8

مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی کودکان کار

راضیه معین فر[۱]، فریبا کیانی[۲*]، احمد غضنفری[۳]

۱- گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
۲- گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.
۳- گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: فریبا کیانی، گروه روانشناسی، واحد بروجن، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجن، ایران.
ایمیل: kiani64@iau.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۲/۲۵

چکیده

مقدمه: مشکلات روان‌تنی یکی از اختلالات روانپزشکی رایج در کودکان کار است. هدف از پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی کودکان کار بود.

روش کار: پژوهش حاضر همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه کودکانی 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 تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴)، پرسشنامه بدرفتاری مک کورد و همکاران (۲۰۱۸)، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۹۸) و پرسشنامه 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 حمایت اجتماعی با شکایات روان‌تنی معنادار بود ($p<0.05$). همچنین اثر غیرمستقیم بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با نقش واسطه ی حمایت اجتماعی بر شکایات روان‌تنی نیز معنادار بود ($p>0.01$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بدرفتاری، درماندگی روانشناختی و حمایت اجتماعی با بروز شکایات روان‌تنی در کودکان کار نقش دارند و این به معنای چندبعدی بودن این اختلال روانپزشکی است. به کلیه متخصصان سلامت به ویژه روانشناسان و روانپزشکان توصیه می‌شود که در ارائه خدمات بهداشت روان به این کودکان، نقش موثر حمایت اجتماعی را مد نظر قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: شکایات روان‌تنی، بدرفتاری، درماندگی روانشناختی، حمایت اجتماعی، کودکان کار.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

مقدمه

در کشورهای در حال توسعه، بیش از ۲۵ درصد از کودکان ۵ تا ۱۷ ساله مشغول به انجام فعالیت‌های شغلی هستند که برای سلامتی آنها مضر است (۵). قرار گرفتن کودک در معرض چنین شرایطی آنها را مستعد مشکلات جسمانی(عدم رشد کافی، سوء تغذیه) و روانشناختی متعددی می‌کند (۶). شکایت روان‌تنی یکی از این مشکلات رایج در دوران کودکی هستند که با عنوان بروز شکایات جسمانی بدن تعریف می‌شوند و در دسته اختلالات روانپزشکی قرار دارند که بروز آن در دانش‌آموزان رو به افزایش تخمین زده شده است و به میزان حدود ۱۸درصد در دانش‌آموزان ۱۸-۱۰ ساله ایرانی می‌رسد (۷). شکایات روان‌تنی به دلیل تأثیر چند وجهی آنها بر جنبه‌های جسمانی، روانشناختی، تحصیلی و اجتماعی زندگی فرد از اهمیت خاصی در درمان برخوردار است و طیف وسیعی از تظاهرات جسمانی از جمله سردرد، اختلالات گوارشی، خستگی و درد مزمن را در بر می‌گیرند (۸). این شکایات به‌عنوان یکی از شاخص‌های استرس روانی-اجتماعی و رویدادهای استرس‌زا در زندگی دیده می‌شوند (۹)، که به دلیل شرایط محیطی و خانوادگی در کودکان کار ممکن است بیشتر و شدیدتر نیز تجربه شود (۱۰). مطالعات قبلی نشان داده‌اند که شکایات روان‌تنی در نوجوانان منعکس‌کننده استرس عمومی است و بنابراین می‌توان آنها را مرتبط با استرس در نظر گرفت (۱۱). از طرفی نشان داده شده که یکی از عوامل استرس در کودکان کار تجارب بدرفتاری در محیط کار، خانواده و حتی مدرسه می‌باشد (۱۲).

بدرفتاری یکی از متغیرهای مهم در ارتباط با شکایات روان‌تنی کودکان می‌باشد. بدرفتاری با کودک یک نگرانی بهداشت عمومی است که اثرات طولانی مدتی بر سلامت جسمی و روانی کودک دارد (۱۳). بدرفتاری دوران کودکی زمانی پدیدار می‌شود که کودکان تحت تأثیر سوءاستفاده، بی توجهی و سایر استثمارهایی قرار می‌گیرند که به سلامت، رشد و هویت آنها آسیب می‌رساند. تقریباً ۴۰ درصد از انسان‌ها در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی قرار دارند. برآوردهای جامعه اروپایی از غفلت عاطفی (۱۸ درصد) و جسمی (۱۶ درصد) و آزار عاطفی (۱۶ درصد)، جسمی (۲۳ درصد) و سوء استفاده جنسی (۱۰ درصد) نیز نشان می‌دهد که بدرفتاری یکی از آسیب‌های اساسی سلامت عمومی است (۱۵-۱۴). بدرفتاری با کودک یک نگرانی مهم از نظر سلامت عمومی است (۱۶)، زیرا می‌تواند عواقب طولانی مدتی برای کودکان داشته باشد. هنگامی که کودک در معرض این بدرفتاری‌ها در بازه طولانی مدت قرار گیرد و خدمات بهداشت روان را دریافت نکند احتمال اینکه از شرایط و وضعیت موجود احساس درماندگی کند، بالاتر می‌رود (۱۸-۱۷). این درماندگی به سبب شرایط خاص کودکان کار بیشتر دیده می‌شود.

درماندگی روانشناختی نیز عامل دیگری است که با شکایات روان‌تنی رابطه دارد. این درماندگی روانشناختی الگوهای رفتاری سازش نایافته‌ای را شامل می‌شود که بیش از آنکه اطرافیان را تحت تاثیر منفی قرار دهد و باعث آزار آنها شود، موجب رنجش خود کودک می‌شود و هسته اصلی آن اختلالات خلق و هیجان است (۱۹). درماندگی روانشناختی می‌تواند براساس نگرش منفی نسبت به محیط، دیگران و خود شکل بگیرد. درماندگی روانی در سراسر جهان به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی شناخته شده است که بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد که با اختلالات افسردگی و سایر بیماری‌های روانی مرتبط است و خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۲۰). این اختلال بسیار شایع و به طور قابل توجهی با محیط ناسالم و فشار اقتصادی مرتبط است (۲۱). از طرفی افرادی که درماندگی روانشناختی را تجربه می‌کنند معمولا تمایل کمتری به ارتباطات بین فردی و تعاملات اجتماعی دارند که این می‌تواند سبب از دست دادن حمایت اجتماعی اطرافیان شود (۲۲).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با شکایات روان‌تنی، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی ادراک شده به تجربه عاطفی و رضایت فرد از احساس احترام، حمایت و توجه جامعه اشاره دارد (۲۳). حمایت اجتماعی ادراک شده بخشی از حمایت اجتماعی است، برخلاف حمایت اجتماعی واقعی (کمک واقعی ارائه شده توسط عناصر محیط اطراف زمانی که فرد تحت استرس یا پریشانی قرار دارد)، ارزیابی ادراکی فرد از حمایت اجتماعی در محیط زندگی است و هر چه سطح حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالاتر باشد، سطح رضایت از زندگی بالاتر است (۲۴). تحقیقات در مورد حمایت اجتماعی نشان داده است که حمایت اجتماعی ادراک‌شده (احساسات ذهنی) معنادارتر از حمایت اجتماعی عینی است و پیش‌بین بهتری برای سطح سلامت روانی فرد است (۲۵). حمایت اجتماعی درک شده ممکن است به عنوان یک عامل محافظتی در برابر خودکشی و خودآزاری عمل کند

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

و رفتارهای پرخطر را در نوجوانان کاهش دهد (۲۶). کودکان کار ممکن است به سبب فقر محیط و فضای نامناسب خانوادگی و شغلی، احساس حمایت اجتماعی کمتری را ادراک کنند و همین عامل می‌تواند مانع از کمک خواهی در برابر مشکلات جسمانی و روانشناختی باشد (۲۷).

با توجه به آنچه گفته شد کودکان کار در معرض بسیاری از بدرفتاری ها در محیط کار و یا زندگی هستند. از آنجا که این کودکان مورد حمایت اجتماعی کمی قرار می گیرند در بلند مدت با توجه به بدرفتاری های تجربه شده و عدم دریافت مداخلات درمانی، ممکن است که احساس درماندگی در آنها نمایان شود که مجموعه این عوامل زمینه بروز مشکلات جسمانی و روانشناختی را در کودک کار فراهم می‌کند. با توجه به اینکه مشکلات روان‌تنی ترکیب جسمانی و روانشناختی محیط ناسالم هستند، بنابراین احتمال بروز این اختلال در کودکان کار بالا تخمین زده می‌شود. همچنین اگرچه مطالعات قبلی به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی مانند میزان تحصیلات و درآمد والدین و همچنین میزان افسردگی و اضطراب در این کودکان پرداخته بودند اما جست‌وجوی پیشینه پژوهش نشان داد که تقریباً هیچ مطالعه‌ای در کشور به بررسی عوامل روان‌تنی در این کودکان نپرداخته بود. بنابراین این مطالعه با هدف مدل‌یابی شکایات روان تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی کودکان کار انجام شد.

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 (۱۴۰۱)، 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 (۲۸)، از این رو جهت بالا بردن توان مطالعه و کاهش خطا تعداد ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه نهایی پس از حذف پرسشنامه 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، جمع آوری 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 پرسشنامه‌ها 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

پرسشنامه 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 (۲۹). پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرانباخ در پژوهش هاشمی محمدآباد و همکاران (۱۴۰۳) ۰/۷۸ به دست آمده است که حکایت از ویژگی‌های روانسنجی مناسب این

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

ابـزار دارد (۳۰). پایایـی کل ابـزار در مطالعـه حاضـر بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۴ گـزارش شـد.

پرسشـنامه بدرفتـاری: ایـن پرسشـنامه توسـط مـک کـورد و همـکاران (۲۰۲۱) بـه منظـور بررسـی تفاوت‌هـای جنسـیتی و نـژادی در محیـط کار سـاخته شـد و دسـتورالعمل کلـی آن بـه این نحـوه اسـت ایـن مـوارد را در محیـط کار در سـال گذشـته چقـدر تجربه‌کـرده ایـد: نظـارت توهین‌آمیـز، قلـدری، تبعیـض، آزار و اذیـت فحاشـی و بـی ادبـی و تعارض‌هـای بیـن فـردی، طـرد شـدگی از طـرف دیگـران، پرخاشـگری جسـمی و پرخاشـگری کلامـی. ایـن پرسشـنامه دارای ۹ سـوال بـوده کـه بـه صـورت طیـف لیکـرت ۵ درجـه‌ای طراحـی شـده کـه در دامنـه هرگـز (نمـره ۰) تـا همیشـه (نمـره ۴)، قـرار دارد کـه حداقـل نمـره فـرد در ایـن پرسشـنامه صفـر و حداکثـر ۳۶ می‌باشـد و نمـرات بالاتـر نشـان دهنـده میـزان بالاتـر بدرفتـاری می‌باشـد (۳۱). از مقیـاس بدرفتـاری در سـایر مطالعـات تحقیقاتـی اسـتفاده شـده اسـت و مشـخص شـده اسـت کـه ایـن مقیـاس معیـاری قابـل اعتمـاد و معتبـر بـرای سـوءرفتار ادراک شـده اسـت. ایـن پژوهشـگران پایایـی ایـن ابـزار بـه روش آلفـای کرونبـاخ را در حـد مطلـوب ۰/۷۹ گـزارش کردنـد. (۳۲). پایایـی ایـن پرسشـنامه در مطالعـه حاضـر نیـز مـورد بررسـی قـرار گرفـت کـه نتایـج آن حکایـت از ویژگی‌هـای روانسـنجی مناسـب ایـن ابـزار داشـت بـه طـوری کـه میـزان آلفـای کرونبـاخ آن ۰/۸۹ گـزارش شـد.

پرسشـنامه درماندگـی روانشـناختی: ایـن پرسشـنامه توسـط کوهـن و همـکاران (۱۹۸۳) تهیـه شـده و میـزان درماندگـی بـه علـت استرسـی کـه شـخص طـی یـک مـاه گذشـته در زندگـی خـود تجربـه کـرده اسـت را می‌سـنجد. همچنیـن ایـن مقیـاس عوامـل خطـرزا را در اختـلالات رفتـاری را بررسـی کـرده و فرآینـد روابـط تنـش‌زا را نشـان می‌دهـد. ایـن مقیـاس ۱۴ مـاده دارد و نحـوه نمره‌گـذاری بـه ایـن صـورت اسـت کـه براسـاس طیـف ۵ درجـه‌ای لیکـرت بـرای عبـارت هرگـز نمـره ۰ تـا بـرای عبـارت بسـیاری از اوقـات نمـره ۴ در نظـر گرفتـه شـده اسـت. ۷ مـاده به صـورت معکـوس نمره‌گـذاری می‌شـوند. در ایـن آزمـون حداقـل نمـره کسـب شـده توسـط آزمودنـی صفـر و حداکثـر ۵۶ اسـت که نمـرات بالاتـر نشـان دهنـده اسـترس ادراک شـده و درماندگـی بیشـتر اسـت. یلمـاز و همـکاران (۲۰۲۴)، میـزان پایایـی ایـن ابـزار را بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۸ بدسـت آوردنـد (۳۳) و در ایـران نیـز ایـن ابـزار دارای ویژگی‌هـای روانسـنجی مناسـبی بـوده اسـت بـه طـوری کـه مطالعـه اصغـری و همـکاران (۲۰۱۳)، نشـان داد میـزان آلفـای کرونبـاخ ایـن ابـزار ۰/۹۰ می‌باشـد (۳۴). پایایـی ایـن مقیـاس بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۷ بدسـت آمـد.

پرسشـنامه حمایـت اجتماعـی ادراک شـده: مقیـاس چندبعـدی حمایـت اجتماعـی ادراک شـده یـک ابـزار ۱۲ مـاده‌ای اسـت کـه توسـط زیمـت، دالـم، زیمـت و فارلـی (۱۹۹۸) سـاخته و بـه صـورت هفـت درجـه‌ای از ۱ (کامـلاً مخالفـم) تـا ۷ (کامـلاً موافقـم) نمـره گـذاری می‌شـود. حداقـل و حداکثـر نمـرۀ فـرد در کل مقیـاس بـه ترتیـب ۱۲ و ۸۴ بـوده و دارای سـه بعـد اجتماعـی (سـوالات۱،۲،۵،۱۰)، خانوادگـی (۳،۴،۸،۱۱) و دوسـتان (۶،۷،۹،۱۲) می‌باشـد. نمـرۀ بالاتـر نشـان‌دهنده حمایـت اجتماعـی ادراک شـده بیشـتر اسـت. ویژگی‌هـای روان‌سـنجی ایـن مقیـاس در پژوهش‌هـای داخلـی و خارجـی تأییـد شـده اسـت. پایایـی ایـن ابـزار توسـط سـازندگان آن بـرای زیـر مقیاس‌هـای اجتماعـی، خانـواده، دوسـتان و کل بـه ترتیـب ۰/۸۸، ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ گـزارش شـده اسـت (۳۵). بشـارت (۱۳۹۸) در بررسـی ویژگی‌های روانسـنجی ایـن مقیـاس در نمونه‌هایـی از دانشـجویان و جمعیـت عمومـی ایرانـی (۳۱۱ دانشـجو و ۴۳۱ نفـر عمومـی) ضرایب آلفای کرونبـاخ بـرای کل مقیـاس و ماده‌هـای سـه زیرمقیـاس حمایـت اجتماعـی خانوادگـی، اجتماعی و دوسـتان بـه ترتیـب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳، و ۰/۸۹ را گـزارش کـرد کـه ایـن ضرایـب همسـانی درونـی عالـی بـرای مقیـاس چندبعـدی حمایـت اجتماعـی ادراک‌شـده را تاییـد کـرد (۳۶). پایایـی کل ابـزار بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۰ گـزارش شـد.

یافته‌ها

یافته‌هـای دموگرافیـک حاصـل از ایـن مطالعـه نشـان داد کـه اغلـب شـرکت کننـدگان ایـن مطالعـه پسـر (۶۸,۳ درصـد)، در بـازه سـنی ۱۰-۱۳ سـال (۷۰,۳٪) بودنـد کـه اغلـب دارای هـر دو والـد بودنـد (۶۱,۷٪). در جـدول ۱، مشـخصات جمعیت‌شـناختی شـرکت‌کنندکان در ایـن مطالعـه بـه صـورت کامـل گـزارش شـده اسـت.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان پژوهش

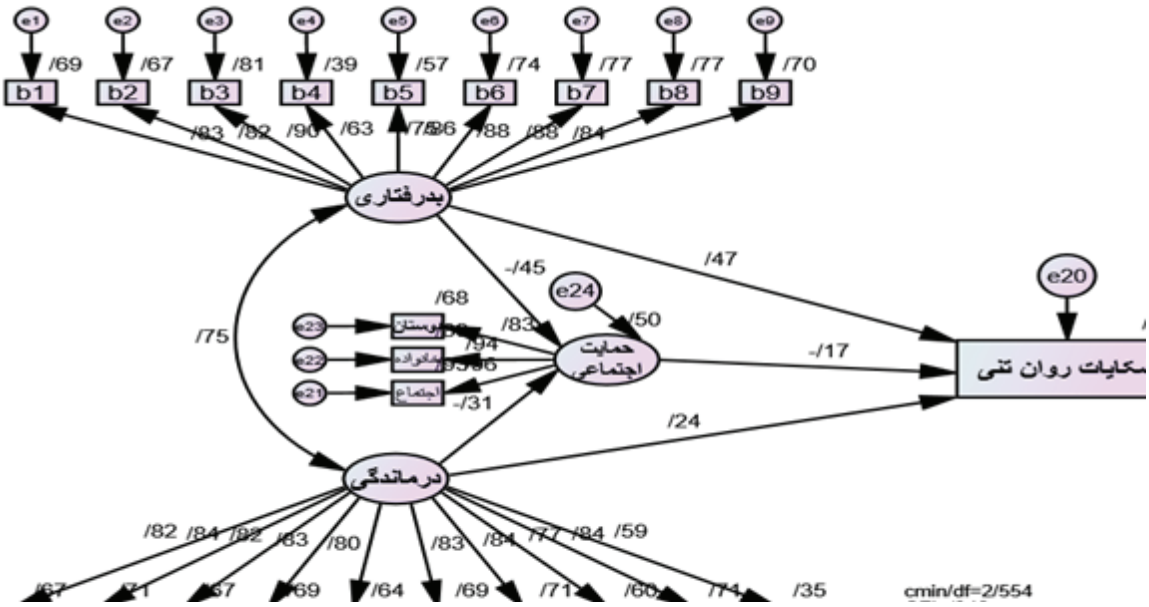
متغیر		تعداد	فراوانی (درصد)
جنسیت	پسر	۲۰۵	۶۸/۳
	دختر	۹۵	۳۱/۷
سن (سال)	۱۰-۱۳	۲۱۱	۷۰/۳
	۱۳-۱۵	۷۱	۲۳/۶
	۱۶ و بالاتر	۱۸	۶/۱
تحصیلات	ابتدایی	۲۳۵	۷۸/۳
	راهنمایی	۵۱	۱۷/۰۰
	متوسطه	۱۴	۴/۷
وضعیت سرپرستی	پدر فوت شده	۷۷	۲۵/۷
	مادر فوت شده	۳۸	۱۲/۶
	هر دو والد در قید حیات	۱۸۵	۶۱/۷

در جدول ۲ توصیف آماری متغیرهای پژوهش ارائه شده است. مطابق با نتایج جدول فوق، 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.

جدول ۲. توصیف آماری شکایات روان‌تنی

	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	کشیدگی	کجی
شکایات روان‌تنی	۵/۰۰	۷۹/۰۰	۵۲/۷۰	۱۵/۶۲	۰/۴۲۰	-۰/۷۰۲
بدرفتاری	۰/۰۰	۳۳/۰۰	۶/۱۴	۶/۷۵	۱/۰۸۴	۰/۷۱۷
درماندگی روانشناختی	۱/۰۰	۳۹/۰۰	۲۲/۱۷	۴/۹۰	۰/۶۰۲	-۰/۴۵۸
حمایت اجتماعی	۱۷/۰۰	۵۶/۰۰	۳۶/۹۴	۱۰/۶۴	۰/۷۲۵	-۰/۱۴۹

شکل ۲ نیز مربوط به مدل ساختاری شکایات روان‌تنی است که به طور کلی و با توجه به شاخص‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی کودکان کار از برازش خوبی برخوردار است و فرضیه کلی تحقیق تایید می‌گردد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل به تفکیک گزارش شده است.



شکل ۲. مدل ساختاری شکایات روان تنی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل روان‌تنی را نشان می‌دهد. از شاخص‌های برازش تعدیل یافته کای اسکویر ۲/۵۵۴؛ ریشه میانگین مجذورات خطای برآورد ۰/۰۷۲؛ شاخص برازش هنجار شده مقتصد ۰/۷۰۹ ؛ که با توجه به مقدار قابل قبول هر کدام از شاخص‌ها که در جدول ارائه شده همگی برازش خوب مدل را تأیید می‌کنند. از شاخص‌های برازش تطبیقی شاخص برازش اصلاح شده ۰/۹۱۴؛ شاخص برازندگی تطبیقی با مقدار ۰/۹۴۶ نشان دهنده برازش خیلی خوب مدل هستند. نهایتاً از شاخص‌های برازش مطلق نیز شاخص نیکویی برازش ۰/۹۱۴ و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده ۰/۹۰۳ حاکی از برازش خیلی خوب مدل با داده‌های تجربی بود.

جدول۳. 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	۲/۵۵۴	۰/۷۲۰	۰/۷۰۹	۰/۹۱۴	۰/۹۴۶	۰/۹۱۴	۰/۹۰۳

در جدول ۴ ضریب رگرسیون استاندارد روابط خطی ترسیم شده بین متغیرهای مدل ارائه شده است. بدرفتاری با ۰/۴۷۵ بالاترین ضریب رگرسیون در رابطه با نشانگان روان‌تنی را به خود اختصاص داده است. پس از آن درماندگی رونشناختی با ضریب رگرسیون استاندارد ۰/۲۴۴ و نهایتاً حمایت اجتماعی ضریب ۰/۱۷۳- را با شکایات روان‌تنی نشان دادند. ضرایب رگرسیونی متغیرهای برون‌زا با متغیرهای واسطه حاکی از این است که بدرفتاری با ضریب ۰/۴۴۶- ضریب بالاتری را روی حمایت اجتماعی داشته است. از سوی دیگر ضریب رگرسیونی درماندگی روانشناختی برار با ۰/۳۱۰- گزارش شده است.

جدول٤. ضرایب رگرسیون استاندارد بین متغیرهای پژوهش

	ضریب بتای استاندارد	خطای برآورد	مقدار بحرانی	سطح معناداری
درماندگی روانشناختی ← حمایت اجتماعی	-۰/۳۱	۰/۷۳۰	-۴/۱۹۱	***
بدرفتاری ← حمایت اجتماعی	-۰/۴۴۶	۰/۹۲۰۲	-۴/۱۶۳	***
بدرفتاری ← نشانگان روان تنی	۰/۴۷۵	۲/۴۳۰	۷/۴۲۳	***
درماندگی روانشناختی ← نشانگان روان تنی	۰/۲۴۴	۳/۱۹۴	۳/۹۲۹	***
حمایت اجتماعی ← نشانگان روان تنی	-۰/۱۷۳	۰/۲۲۲	-۳/۳۲۲	***

جدول ۵ نیز به بررسی ضرایب مستقیم و غیرمستقیم مدل روان‌تنی پرداخته است. براساس داده‌های تجربی به دست آمده اندازه اثر مستقیم بدرفتاری بر شکایات روان تنی ۰/۴۷۵ است. این ضریب مستقیم به این معناست که یک نمره افزایش در بدرفتاری با ۰/۴۸ افزایش در هر نمره شکایات روان‌تنی همراه است ($p<۰/۰۱$). اندازه اثر مستقیم درماندگی بر شکایات روان‌تنی ۰/۲۴۴ است ($p<۰/۰۵$). اندازه اثر غیرمستقیم بدرفتاری با واسطه حمایت اجتماعی بر شکایات روان‌تنی ۰/۰۷۷ است و این کاهش ضریب حاکی از معناداری حمایت اجتماعی در کاهش اثر برفتاری بر شکایات روان تنی است ($p<۰/۰۱$). در نهایت اندازه اثر غیرمستقیم درماندگی با واسطه حمایت اجتماعی بر شکایات روان‌تنی ۰/۰۵۴ است و این کاهش ضریب حاکی از معناداری حمایت اجتماعی در کاهش اثر درماندگی بر شکایات روان‌تنی است ($p<۰/۰۱$).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

جدول۵. ضرایب مستقیم و غیر مستقیم مدل

مسیر	اندازه اثر	حدود بوت استرپ		سطح معناداری
		حد پایین	حد بالا	
بدرفتاری ← شکایات روان تنی	۰/۴۷۵	۰/۳۴۴	۰/۵۸۷	۰/۰۱
درماندگی ← شکایات روان تنی	۰/۲۴۴	۰/۱۱۳	۰/۳۵۰	۰/۰۱۴
بدرفتاری ← حمایت اجتماعی← شکایات روان تنی	۰/۷۷	۰/۰۴۳	۰/۱۳۴	۰/۰۱
درماندگی ← حمایت اجتماعی← شکایات روان تنی	۰/۰۵۴	۰/۰۲۴	۰/۰۹۷	۰/۰۱

بحث

این مطالعه با هدف مدل‌یابی شکایات روان‌تنی بر اساس بدرفتاری و درماندگی روانشناختی با میانجیگری حمایت اجتماعی ادراک شده کودکان کار استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. یکی از نتایج این مطالعه آن بود که بدرفتاری و درماندگی روانشناختی به طور مستقیم با مشکلات روان‌تنی ارتباط دارد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات پی بول و همکارن (۲۰۲۲)، که نشان دادند میان بدرفتاری در دوران کودکی با مشکلات روان‌تنی در بیماران زن و مرد دارای معلولیت ارتباط وجود دارد (۳۷) و مطالعه پیونتیک و همکاران (۲۰۲۱)، که نشان داده بودند بدرفتاری می‌تواند نه تنها موجب مشکلات روان‌تنی در نوجوانان شود بلکه همچنین کیفیت زندگی را در آنها کاهش شد (۳۸)، همسو است. همچنین مطالعه مارینا‌سی و همکاران (۲۰۲۰) که نشان دادند درماندگی هیجانی با مشکلات روانشناختی در کودکان ایتالیایی ارتباط دارد (۳۹) و اجدیمیر و همکاران (۲۰۲۱)، که تاثیر درماندگی و یاس را بر اختلالات روانی دانش‌آموزان سوئدی نشان دادند (۴۰)، همسو است.

نتایج حاصل از این فرضیه را می‌توان بر اساس گرایش‌های خاص کودکان کار در جسمانی کردن اثرات هیجانی ناشی از بدرفتاری تبیین نمود. بدرفتاری در دوران کودکی می‌تواند برگرایش‌های خاص فرد اثر بگذارد و از این طریق به فرایند جسمانی کردن در سنین بالاتر بی‌انجامد. کودکانی که درشرایط نامطلوب رشدکرده‌اند، احتمالاً فرصت کافی برای یادگیری و پردازش هیجانات در روابط با مراقبان را نداشتند (به دلیل بی توجهی یا بدرفتاری مراقبان) (۱۷). علاوه بر این، کودکانی که مورد سوءرفتار واقع شده‌اند، به منظور محافظت در برابر افکار تحمل ناپذیر، از آگاه شدن نسبت به هیجانات خودداری می‌کنند (۴۱). آنهایی که نیازهای عاطفی‌شان نادیده گرفته شده، ممکن است دریابند که تنها راه به دست آوردن توجه یا مراقبت از طریق نوعی ناراحتی جسمی است. مطابق با تاکید فرضیه تعبیه بیولوژیکی ، ناملایمات دوران کودکی می‌تواند منجر به تغییرات فیزیولوژیکی پایدار شود، بنابراین بازماندگان بدرفتاری در معرض خطر افزایش مشکلات سلامتی در طول بزرگسالی هستند.

همچین درماندگی روانشناختی حالتی از رنج عاطفی ناشی از قرار گرفتن در معرض استرسی است که سلامت جسمی یا روانی فرد را تهدید کند(۴۲). ناتوانی در مقابله‌ی موثر با عامل استرس‌زا، منجر به درماندگی روانی شده و می‌تواند به صورت طیفی از پیامدهای نامطلوب سلامت روان از جمله افسردگی، اضطراب، استرس حاد، استرس پس از سانحه، فرسودگی شغلی و عوارض روانپزشکی ظاهر شود. ارتباط بین درماندگی روان‌شناختی و شرایط فیزیکی می‌تواند منجر به کیفیت پایین‌تر زندگی، کاهش بهره‌وری در محل کار، افزایش استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های بالاتر مراقبت‌های بهداشتی و ناتوانی‌های طولانی‌مدت شود.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که بدفتاری و درماندگی روانشناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده بر شکایات روان‌تنی اثر دارد و همینطور حمایت اجتماعی ادراک شده به صورت مستقیم بر شکایات روان‌تنی ارتباط دارد. نتایج این مطالعه با مطالعه بارندز و همکاران (۲۰۲۲)، که نشان داده بودند میان حمایت اجتماعی و مشکلات روان‌تنی کودکانی که دچار تروما شده‌اند ارتباط وجود دارد (۴۳) و مطالعه مختاری و علی مهدی (۱۴۰۳)، که نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی میان ناگویی هیجانی و مشکلات روان‌تنی در کودکان دارای مشکلات پوستی را گزارش کردند (۴۴)، مشابهت دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد دارای حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی بالا احتمالا از وضعیت ایمن‌تری برای بیان و بروز هیجانی خود برخوردار بوده‌اند. برای مثال ممکن است افراد مهم زندگی آنها بیشتر پذیرای هیجانات

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

مختلف آنها از جمله خشم و عشق بوده‌اند و افرادی که می‌توانند احساسات و مشکلاتشان را با امنیت خاطر با دیگران در میان بگذارند، نیاز کمتری به دیگر شیوه‌های ارتباطی مثل جسمانی کردن داشته باشند. از سوی دیگر ممکن است کودکان کاری که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند، بدین سبب که خود را مورد علاقه‌ی دیگران و دارای ارزش بیشتری تلقی می‌کند، شیوه‌های رفتاری در پیش بگیرند که سلامت آنها را تقویت کند (۲۴). ادراک کودک از حمایت اجتماعی پایین و متعاقب آن عدم رابطه‌ی اطمینان بخش با خانواده، دوست و دیگری مهم می‌تواند عواطف منفی منع شده را افزایش دهد. بدین معنی که سالم و حمایتی نبودن بافت رابطه می‌تواند از پرورش احساسات و بیان هیجانی جلوگیری کند و از طرفی بدلیل وابسته بودن این روابط به هویت فرد، ممکن است پرداخت مناسبی نسبت به این قضیه صورت نگیرد و بیان کودک، بیانی جسمانی شود (۴۵). از طرف دیگر این عامل به نوبه‌ی خود می‌تواند واکنش کودکان کار را نسبت به دیگر استرس‌های روزانه افزایش دهد. افزایش استرس‌ها به همراه تمرکز بر احساس بدنی می‌تواند از طریق تقویت بازخورد بدنی، موجب افزایش تغییرات بدنی شده و شکایت روان‌تنی افزایش یابد.

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. همچنین نمونه‌ها تنها از یک استان انتخاب شده بود و نمی‌توان با اطمینان کامل این نتایج را به سایر شهرهای کشور با فرهنگ، زبان و مذهب متفاوت تعمیم داد. همچنین تعداد زیاد پرسشنامه‌ها و سوالات آن، نیز ممکن است موجب خستگی آزمودنی‌ها شده و دقت و تمرکز آنها در پاسخ به سوالات را کاهش دهد. بنابراین 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 آنها نیز بیشتر از کودکان بزرگتر است در پژوهش‌های آتی مد نظر قرار گیرند. جهت تعمیم نتایج به سایر شهرهای کشور، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در شهرهای دیگر به ویژه با فرهنگ و مذهب متفاوت، انجام شود. در نهایت توصیه می‌شود که تا جای ممکن از پرسشنامه‌هایی با تعداد سوالات کمتر استفاده شود تا آزمودنی‌ها با دقت و تمرکز بیشتری به سوالات پاسخ دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بدرفتاری، درماندگی روانشناختی و حمایت اجتماعی در بروز شکایات روان‌تنی کودکان کار نقش دارند. بنابراین می‌توان گفت که با تغییر رفتارهای والدین و خانواده و همچنین ارائه حمایت‌های اجتماعی توسط والدین و سازمان‌های مربوطه مانند مدارس، شهرداری و آموزش و پرورش نه تنها به بهبود مشکلات روان‌تنی این کودکان کمک کرد بلکه با ارائه خدمات بهداشت روان از سطح درماندگی روانشناختی آنها کاست و از این طریق زمینه افزایش سطح سلامت روان را در این کودکان فراهم کرد. بنابراین به کلیه متخصصان بهداشت و روان از جمله روانشناسان و روانپزشکان توصیه می‌شود که به مشکلات جسمانی کودکان کار نگاه عمیق‌تری داشته باشند چرا که این مشکلات گاه نشانه مشکلات روانشناختی این کودکان است.

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.

سپاسگزاری

نویسندگان این مطالعه بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در این مطالعه آنها را یاری کرده به ویژه شرکت کنندگان در مطالعه و مسئولان و کارکنان سازمان بهزیستی کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام کنند.

تعارض منافع

نویسندگان می‌کنند که هیچگونه تعارض منافعی در این مطالعه وجود ندارد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

References

1. Ziafati Bagherzadeh SM, Froumandi S, Sajadishahri SH, Zamanian M, Khodadadi N, Akbari M. Examining the Relationship Between Adolescent Perception of the Family Psychosocial Climate with Depression and Suicidal Tendencies in Adolescent Girls. JAYPS [Internet]. 2024;5(5):50-58. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.5.7
2. Chapman L, Hutson R, Dunn A, Brown M, Savill E, Cartwright-Hatton S. The impact of treating parental anxiety on children's mental health: An empty systematic review. Journal of anxiety disorders;88 (2):102557. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102557
3. Wolf S, Lichand G. Nudging parents and teachers to improve learning and reduce child labor in Cote d'Ivoire. npj Science of Learning. 2023;8(1):37-50.https://doi.org/10.1038/s41539-023-00180-z
4. Moayad SJ, Kamal SH, Sajjadi H, Vameghi M, Harouni GG, Alamdari SM. Child labor in Tehran, Iran: Abuses experienced in work environments. Child Abuse & Neglect;117 (1):105054. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105054
5. Shahraki SZ, Fouladiyan M, Toosifar J. Child labor processes in the city of Mashhad: A narrative study. Children and Youth Services Review. 2020;119(4):105474. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105474
6. Fouad AM, Amer SA, Abdellatif YO, Elotla SF. Work-related injuries among 5-17 years-old working children in Egypt: findings from a national child labor survey. BMC public health. 2022;22(1):1303-1313. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13689-6
7. Rezapour M, Soori H, Nezam Tabar A, Khanjani N. Psychosomatic problems and their relation with types of involvement in school bullying in Iranian students: A cross-sectional study. International Journal of School Health. 2020;7(1):6-13.
8. Ramaiya, B..Psychosomatic Disorders in College Going Students: A Risk Factor. International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR).2020; 6(1) 1-8. https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i01.13553
9. Philippova A, Malkina O, Korotun V, Shatova E. The role of somatic factors in early childhood and adolescent psychosomatic disorders. Bangladesh Journal of Medical Science. 2023;22(3):687-694. https://doi.org/10.3329/bjms.v22i3.66964
10. Kwon JJ. Psychosomatic approach to Job's body and mind: Based on somatic symptom disorder. Journal of religion and health. 2020;59(4):2032-2044. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00940-5
11. Grigorian K, Östberg V, Raninen J, Låftman SB. Parenting practices and psychosomatic complaints among Swedish adolescents. International Journal of Public Health. 2023 ;68(3):1606580. https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606580
12. Schwartz FW, Lee S, Darrah TH. A review of health issues related to child labor and violence within artisanal and small-scale mining.2021;5(2); e2020GH000326. https://doi.org/10.1029/2020GH000326
13. AlShalhoub NM, Alshanawani HE, Showail SA, Alowais SA, Alhamad ZM, Almutairi BS, Alturki ST, Al-mana A. Identifying the challenges of child abuse detection among emergency, pediatrics, and family medicine practitioners in Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(4); e38022. https://doi.org/10.7759/cureus.38022
14. Selengia V, Thuy HN, Mushi D. Prevalence and patterns of child sexual abuse in selected countries of Asia and Africa: A review of literature. Open Journal of Social Sciences. 2020;8(9):146-160. https://doi.org/10.4236/jss.2020.89010
15. Proskynitopoulos PJ, Heitland I, Glahn A, Bauersachs J, Westhoff-Bleck M, Kahl KG. Prevalence of child maltreatment in adults with congenital heart disease and its relationship with psychological well-being, health behavior, and current cardiac function. Frontiers in psychiatry. 2021; 12(1):686169. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.686169
16. Radell ML, Abo Hamza EG, Daghustani WH, Perveen A, Moustafa AA. The impact of different types of abuse on depression. Depression research and treatment. 2021;21(1):1-12. https://doi.org/10.1155/2021/6654503
17. Osman FA, Eriksen AM, Norbye AM. The association between emotional abuse in childhood and healthcare utilization in adulthood among sami and non-sami: the SAMINOR 2 questionnaire survey. BMC Health Services Research. 2024;24(1):754-763. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11211-9
18. Westerman G, McCann E, Sparkes E. Evaluating

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: A systematic review. Mindfulness. 2020;11:1827-1847. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01340-7

19. Wang Y, Kala MP, Jafar TH. Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. PloS one. 2020;15(12):e0244630. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630
20. Noreen A, Iqbal N, Hassan B, Ali SA. Relationship between psychological distress, quality of life and resilience among medical and non-medical students. J Pak Med Assoc. 2021;71(9):2181-2185. https://doi.org/10.47391/JPMA.04-611
21. Novic AJ, Seib C, Burton NW. Mastery, physical activity and psychological distress in mid-aged adults. Australian journal of psychology. 2023;75(1):2153623. https://doi.org/10.1080/00049530.2022.2153623
22. Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. PloS one. 2020;15(3):e0230673. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230673
23. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. Psychiatry research. 2020;293:113452. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452
24. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. Educational Gerontology. 2019;45(1):69-77. https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065
25. Moore SE, Wierenga KL, Prince DM, Gillani B, Mintz LJ. Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on perceived social support, mental health and somatic symptoms in sexual and gender minority populations. Journal of homosexuality. 2021;68(4):577-591. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33399504/ https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868184
26. Nejati Sooq SM, Mohammadhossini Servak R, Mansoorian SM, Bezorghyan L, Jamali Nasab Z, Jamali Nasab A. Determining the prevalence of high-risk behaviors among adolescents and its relation to perceived social support in Yasuj, Iran, in 2016. Armaghane danesh. 2019;24(1):110-121.
27. Sevinç MR, Aydoğdu MH, Cançelik M, Binici T, Palabıçak MA. Poverty, child labor, and hope: The relationship between hope and perceived social support in children working in street markets in TRC2 region of Turkey. Children. 2020;7(7):78-92. https://doi.org/10.3390/children7070078
28. Delavar. A. Research methods in psychology and education. Virayesh publisher. 2022; 1-382
29. Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. Psychiatry and clinical neurosciences. 2004;58(1):3-7. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x
30. 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.https://doi.org/10.61186/armaghanj.29.1.94
31. McCord MA. Development and validation of the perceived introversion mistreatment scale. Occupational Health Science. 2021;5(4):437-71. https://doi.org/10.1007/s41542-021-00095-4
32. 32: McCord MA, Joseph DL. A framework of negative responses to introversion at work. Personality and Individual Differences. 2020;161(3):109944. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109944
33. 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. https://doi.org/10.1002/smi.3285
34. 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.
35. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]

support. Journal of personality assessment. 1988;52(1):30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

36. Besharat MA. Multidimensional scale of perceived social support: Questionnaire, instruction and scoring.Journal of Developmental Psychology; 60(15); 336-338.
37. 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. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1998666
38. Piontek K, Wiesmann U, Apfelbacher C, Völzke H, Grabe HJ. The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. Child abuse & neglect. 2021; 120:105226. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226
39. Marinaci T, Carpinelli L, Venuleo C, Savarese G, Cavallo P. Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. Heliyon. 2020;6(12). e05766. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766
40. Ejdemyr I, Hedström F, Gruber M, Nordin S. Somatic symptoms of helplessness and hopelessness. Scandinavian journal of psychology. 2021;62(3):393-400. https://doi.org/10.1111/sjop.12713
41. 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):1-12. https://doi.org/10.1037/tra0001315
42. Sirois FM, Owens J. Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. Frontiers in psychiatry. 2021;11(4):589545. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.589545
43. Barends H, van der Wouden JC, Claassen-van Dessel N, Twisk JW, van der Horst HE, Dekker J. Potentially traumatic events, social support and burden of persistent somatic symptoms: A longitudinal study. Journal of psychosomatic research. 2022;159(2):110945. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110945
44. Mokhtari Z, Ali Mehdi M. Examining The Structural Pattern of Psychosomatic Symptoms Based on Alexithymia in Patients with Psoriasis: The Mediating Role of Negative Emotional State and Social Support. Clinical Psychology Achievements. 2024;10(1).54-68.
45. Moghanloo M, Kakavand S. The Impact of Assertiveness Training on Improving Self-Efficacy and Social Support Perception among Labor Children Residing in the Science Home of Malakabad Karaj. Quarterly Journal of Social Work. 2023;12(2):5-13.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.22034/IJRN.11.4.8]