

Developing a Model for Resilience Training Special for Children with Functional Abdominal Pain Syndrome: A Qualitative Approach

Shekoufeh Nikneshan¹, Ahmad Abedi^{2,*}, Mohsen Golparvar³, Fatemeh Famouri⁴, Peiman Nasri⁵

¹ PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² Associate Professor in Psychology of Children with Special Needs, Department of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Esfahan, Isfahan, Iran

³ Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

⁴ Associate Professor of Pediatric Gastroenterology and Hepatology, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ Assistant Professor of Pediatric Gastroenterology and Hepatology, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background:

Resilience is a positive and influential construct for human actions and reactions, providing human beings of all ages a constructive and valuable role for adaptation and coping with different conditions. The aim of the present study was to develop a model of resilience training for children with functional abdominal pain syndrome using deductive qualitative content analysis technique.

Materials and Methods:

The research employed an analytical content analysis technique. The purposive sampling method was used to select 30 written sources about the subject of resilience. Then the contents of books and articles were analyzed to find resilience components. In this study, the resilience components were first extracted, then as the main theme, the main component and sub-components were classified. Finally, the validity and reliability of the above mentioned model were examined.

Results:

Totally, six main themes and 17 main components were obtained. The main themes included: individual competence and skills, emotional competence, cognitive behavioral competence, family competence and support, ability to attract social support, and social competence. The main components were: individual skills/psychological competencies, positive axial self-assessment, psychological capital, coping with stress, emotional regulation/emotion control, emotional regulation/emotional control, perceptual control/behavioral control, perceptual coping/behavioral coping, parenting competence, secure attachment, cohesion and continuity, participation, support attraction, belongingness, communication with peers, and competence based on social and communication skills.

Conclusion:

The resilience training model for children with functional abdominal pain syndrome, which developed in this study, can be used in the formulation of resilience training for children with functional abdominal pain syndrome.

Keywords: Resilience, Children, Comprehensive model, Abdominal pain

please cite this paper as:

Nikneshan SH, Abedi A, Golparvar M, Famouri F, Nasri P. Developing a Model for Resilience Training Special for Children with Functional Abdominal Pain Syndrome: A Qualitative Approach. *Govaresh* 2019;24:30-39.

*Corresponding author:

Ahmad Abedi, PhD

University of Esfahan, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan, Iran

Telefax: + 98 31 36683107

E-mail: a.abedi@edu.ui.ac.ir

Received: 19 Nov. 2018

Edited: 13 Feb. 2019

Accepted: 14 Feb. 2019

تدوین الگوی آموزش تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی: رویکردی کیفی

شکوفه نیک نشان^۱، احمد عابدی^{۲*}، محسن گل پرور^۳، فاطمه فاموری^۴، پیمان نصری^۵

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ دانشیار، گروه روان شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۳ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۴ دانشیار، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
^۵ استادیار، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

تاب آوری به عنوان سازه ای مثبت و تأثیرگذار بر کنش و واکنش های انسان، نقشی سازنده و ارزشمند برای سازگاری و مقابله با شرایط مختلف برای انسان در تمام سنین فراهم می سازد. هدف این پژوهش تدوین الگوی آموزش تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی با استفاده از تحلیل محتوای کیفی رویکرد قیاسی بود.

روش بررسی:

روش این پژوهش، تحلیل محتوای قیاسی بود. نمونه گیری به صورت هدفمند آغاز شد. از این رو از ۳۰ منبع نوشتاری با موضوع تاب آوری استفاده گردید. سپس محتوای کتاب ها و مقاله ها از نظر اجزاء و مؤلفه های تاب آوری مورد تحلیل قرار گرفت. در این بررسی ابتدا مؤلفه های تاب آوری استخراج شد، سپس در قالب مضمون اصلی، مؤلفه اصلی و مؤلفه فرعی طبقه بندی شد. سپس در مرحله آخر نیز اعتبار و پایایی الگوی مذکور بررسی گردید.

یافته ها:

در کل شش مضمون اصلی و هفده مؤلفه اصلی به دست آمد. مضمون های اصلی شامل: شایستگی و مهارت های فردی، شایستگی هیجانی، شایستگی ادراکی رفتاری، شایستگی و حمایت خانوادگی، توانایی جلب حمایت اجتماعی مدرسه ای و شایستگی اجتماعی و مؤلفه های اصلی عبارتند از: مهارت های فردی/ شایستگی های روان شناختی، خودارزیابی محوری مثبت، سرمایه روان شناختی، مقابله با استرس، تنظیم هیجان/کنترل هیجان، تنظیم عواطف/کنترل عواطف، کنترل ادراکی/کنترل رفتاری، مقابله ادراکی/مقابله رفتاری، شایستگی والدینی، دلبری و تعلق ایمن، انسجام و پیوستگی، مشارکت، جلب حمایت، تعلق، ارتباط با همسالان، شایستگی مبتنی بر مهارت های اجتماعی و مهارت های ارتباطی.

نتیجه گیری:

مدل تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی که در این پژوهش به دست آمد و تدوین گردید، در صورت بندی آموزش تاب آوری به کودکان مبتلا به شکم درد واکنشی قابل استفاده است.

کلید واژه: تاب آوری، کودکان، مدل جامع، درد شکمی

گوارش/ دوره ۲۴، شماره ۱/ بهار ۱۳۹۸-۳۰

*نویسنده مسئول: احمد عابدی

اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

تلفن: ۰۳۱-۳۶۶۸۳۱۰۷

نمابر: ۰۳۱-۳۶۶۸۳۱۰۷

پست الکترونیک: a.abedi@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۲۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۷/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۵

زمینه و هدف:

درد شکمی عملکردی^۱ یکی از شایع ترین علایم مرتبط با اختلالات عملکردی دستگاه گوارش در کودکان است. معمولاً در زیر و اطراف ناف است و با استفراغ، کاهش وزن، اسهال، علایم شبانه و یا کاهش سرعت رشد همراه نیست. (۱) درد شکمی تکرار شونده شکایت رایجی در دوران کودکی و نوجوانی است. جدیدترین داده های فراتحلیل، شیوع در سراسر جهان را ۱۳/۵٪ برآورد می کند. (۲) میزان شیوع آن در کودکان مدرسه ای در ایالات متحده و اروپا در حدود ۰/۳ تا ۰/۱۹ درصد است. (۳) این اختلال با اختلالات روزمره غیبت از مدرسه و استفاده از مراقبت های بهداشتی

1. Functional abdominal pain (FAP)

مقابله، انطباق و تاب آوری اهمیت زیادی در بیماری های جسمانی مزمن و روان تنی دارند. (۱۰) برای درک بهتر این روابط، بیشتر تحقیقات روی عوامل آسیبی که نتایج ناسازگار مانند شدت درد، ترس وابسته به درد و فاجعه سازی را افزایش می دهند، تمرکز کرده اند. با این وجود، بخش قابل توجهی از کودکان به رغم حضور مداوم درد، به خوبی عمل می کنند. بنابراین، تعدادی از مدل ها به تازگی استدلال کرده اند برای درک این که چطور، چرا و در چه شرایطی برخی افراد علیرغم تجربه درد، به خوبی عمل می کنند در حالی که دیگران بدین گونه نیستند توجه به هر دو عوامل آسیب پذیری و تاب آوری بسیار مهم است. (۱۱)

نظریه تاب آوری در دهه های گذشته یکی از زمینه های اصلی مطالعه بین روانشناسان تکاملی بوده است و اخیراً این نظریه برای برخی بیماری های مزمن کودکان کاربرد دارد. (۱۲) اصطلاح تاب آوری به یک طبقه متغیرهای روانشناختی و رفتاری ضروری برای توانایی سازگاری و مقابله اشاره دارد. این متغیرها نشان دهنده ظرفیت فرد برای حفظ و یا به دست آوردن آرامش روان شناختی و بهزیستی در مواجهه با استرس، تروما و یا بیماری مزمن است و به شدت با فرآیندهای ارتقاء سلامت روان، حفاظت و بهبودی ارتباط دارد. (۱۰) تاب آوری توانایی سازگاری موفقیت آمیز فرد با شرایط تهدیدکننده و عوامل فشارزای زندگی است و نوعی بازسازی خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. (۱۳ و ۱۴) در کل تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. (۱۵) افراد تاب آور سطح کمتری از اجتناب را نشان می دهند و با درد ناشی از بیماری کنار می آیند و نگرش فاجعه سازی نسبت به درد ندارند. (۱۶) نظریه های فعلی، تاب آوری را سازه ای چند بعدی شامل متغیرهای سرشتی، نظیر مزاج و شخصیت، همراه با مهارت های مخصوص، مثل مهارت حل مسئله می دانند. (۱۷) تاب آوری از جمله راهبردهای مقابله ای است که به فرد کمک می کند تا با شرایط استرس زا رو به رو شده و از اختلالات بیماری زا نجات یابد. (۱۸)

تاب آوری علیرغم مواجهه با خطر یا نگرانی قابل توجه معمولاً به عنوان تجربه پیامدهای مثبت تعریف شده است. جوانان از طریق منابع یا فرآیندهای حفاظتی تاب آوری را به دست می آورند که تأثیر منفی عوامل خطر را خنثی یا به حداقل می رساند. با توجه به ارتباط مکرر درد مزمن با عملکرد ضعیف، بار مدیریت یک بیماری مزمن پزشکی، مانند درد مزمن، می تواند یک نگرانی قابل توجه باشد. تاب آوری ادامه فعالیت های ارزشمند فرد را نشان می دهد که باعث افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی می شود، و درجه پشتکار افراد با چنین فعالیت هایی را برآورد می کند. کارولی و راهولمن با مطالعه بر روی نمونه ای از بزرگسالان مبتلا به درد مزمن، افراد تاب آور را افرادی توصیف کردند که با وجود شدت درد بالا، ناراحتی هیجانی و آسیب های ناشی از درد کمتری را گزارش کرده اند. افراد تاب آور در مقایسه با افراد غیر تاب آور با شدت درد یکسان، راهبردهای مقابله ای بهتری را در استفاده از مراقبت های بهداشتی و دارو نشان دادند. افراد از طریق استفاده از منابع تاب آور، طبق مدل پایدار - قابل تعدیل فرآیندهای آسیب پذیری و تاب آوری که در درد مزمن به کار می رود، تاب آوری را به دست می آورند و تکنیک های مقابله ای

ارتباط دارد. (۱) اغلب کودکان دوره های گاه به گاه درد شکمی را تجربه می کنند که خود به خود بهبود می یابد. با این حال، در حدود ۱۰٪ از کودکان در کشورهای غربی، درد ناپدید نمی شود و مزمن می شود و تأثیر قابل توجهی بر زندگی روزمره دارد. درد شکمی مزمن علت واضح عضوی ندارد (۳ و ۴) و درد شکمی عملکردی نامیده می شود. اگر درمان نشود احتمالاً تا بزرگسالی ادامه می یابد یا موجب آسیب های روان شناختی می گردد. (۳) کودکان مبتلا به درد شکمی با از دست دادن حداقل ۲۵٪ از عملکرد روزانه و یا علایم جسمی مانند سردرد، درد اندام و یا مشکل در خواب در طبقه سندرم درد شکمی عملکردی دوران کودکی قرار می گیرند. (۱)

درد شکمی عملکردی تقریباً ۲ تا ۴ درصد از مراجعه کنندگان به درمانگاه کودکان و تقریباً ۲۵٪ از مراجعه به درمانگاه های گوارش را تشکیل می دهد. بیشتر مطالعات ارزیابی علایم در گروه های کودکان نشان می دهد که اوج شیوع درد شکمی عملکردی بین سنین ۴ تا ۶ سالگی و ۷ تا ۱۲ سالگی است. (۱) درد شکمی مزمن تأثیر منفی بر کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان و خانواده آنها دارد (۴) و ممکن است نتایج منفی و طولانی مدت روانی و اجتماعی مانند خطر افزایش اضطراب، غیبت از مدرسه و عملکرد تحصیلی ضعیف تر در بر داشته باشد. همچنین افراد مبتلا به هر نوع درد مزمنی احتمال بیشتری دارد که دچار افسردگی شوند، احساس خودکارآمدی کمتری برای تکمیل وظایف روزانه دارند، کیفیت زندگی پایینی دارند و دچار اختلال خواب هستند. (۵) مدل زیستی روانی اجتماعی درد توضیح می دهد که چگونه درد شکمی در اثر تعامل بین عوامل متعدد اطراف کودک از جمله آمادگی ژنتیکی، حوادث زندگی، راهبردهای مقابله ای کودک و خانواده برای سازش و مقابله با استرس و درد رخ می دهد. (۶) همچنین مشخص شده چگونگی عملکرد کودک با وجود درد مداوم با تعدادی از عوامل درونی (عوامل عاطفی/شناختی)، همچنین تأثیرات محیطی (والدین) کنترل می شود. عواملی مانند فاجعه سازی درد موجب کاهش عملکرد و پذیرش درد موجب افزایش مشارکت در زندگی می شوند. (۷) خودکارآمدی یکی از عواملی است که کاهش شدت درد و پریشانی در فرد مبتلا به درد مزمن را پیش بینی می کند. خودکارآمدی خاص درد می تواند چرخه اجتناب از ترس را با کاهش تأثیر ترس مربوط به درد از بین ببرد، در نتیجه منجر به کاهش ناتوانی فرد می شود. خودکارآمدی بیشتر در مورد درد موجب کاهش نشانه های افسردگی در کودکان مبتلا به درد شکمی تکرار شونده می شود. (۸) درد شکمی تکرار شونده می تواند باعث اضطراب قابل ملاحظه ای در والدین و مراقبین شود چون قادر نیستند درد کودک را کاهش دهند و ترس از بیماری وخیم بر آنها غلبه کرده و احساس درماندگی می کنند. (۹) خانواده های کودکان مبتلا به درد مزمن عموماً دارای عملکرد خانوادگی ضعیف تری نسبت به جمعیت سالم هستند. مشکلات در خانواده ممکن است باعث افزایش فراوانی درد در کودکان شود و درد آنها ممکن است بر والدین و زندگی خانوادگی تأثیر بگذارد. (۴) ۷۸ درصد از والدین فرزندان مبتلا به درد شکمی معتقدند که عوامل روانشناختی علت اصلی بیماری است و بیان می کنند شناسایی عوامل فشارزای روان شناختی در بهبودی نقش مهمی دارد. (۶)

بیماری های مزمن باعث فشار زیاد روان شناختی می شوند. در نتیجه،

1. Self-efficacy

حمایت اجتماعی در نظر گرفته اند. (۲۵) کازینز^۵ مؤلفه ها را درون فردی و ارتباط اجتماعی حمایتی معرفی کرده است. (۱۲) لیببرگ و همکاران^۶ چهار مؤلفه به دست آوردند شامل: فردی، ارتباطی و اجتماعی. (۲۶) در پژوهش لیببرگ و همکاران^۷ مؤلفه های به دست آمده برای کودکان شامل: توانایی های فردی، روابط با مراقبین اولیه و بافت جامعه بود. (۲۷) گینسبرگ و جیلو^۸ مؤلفه های تاب آوری را شامل شایستگی، اعتماد به نفس، ارتباط، شخصیت و منش، مشارکت و همکاری و سازش و مقابله با استرس در نظر گرفته اند. (۲۸) دانیل و ویسل^۹ مؤلفه های تاب آوری در بین کودکان و نوجوانان را شامل امنیت، آموزش، روابط دوستانه، استعداد و علاقه، ارزش های مثبت و شایستگی اجتماعی می دانند. (۲۹) با توجه به این که اکثریت پژوهش ها در مورد تاب آوری در بخش بزرگسالان انجام شده و به طور عمده به صورت کمی انجام شده، در این پژوهش سعی شده است با رویکرد کیفی ابتدا مفهوم تاب آوری کودک و مؤلفه های تاب آوری در کودکان کشف، استخراج و مقوله بندی شود. شناسایی و معرفی مدل تاب آوری در کودکان دارای این مزیت است که تدوین بسته آموزش تاب آوری مبتنی بر آن را به عنوان گام بعدی می تواند به همراه آورد و به این ترتیب درمان مؤثرتر کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی را تسهیل نماید. لذا هدف این پژوهش تدوین الگوی آموزش تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی است. بر همین اساس سوال اصلی در این پژوهش این بوده که مدل آموزش تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی دارای چه ساختار و مؤلفه هایی است. و آیا الگوی تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی دارای اعتبار و روایی لازم می باشد؟

روش بررسی:

این پژوهش بخشی از نتایج مطالعه ترکیبی (کمی و کیفی) تحت عنوان «تدوین بسته بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و مقایسه اثربخشی آن با بازی درمانی شناختی رفتاری بر شدت درد، اختلال خواب، تاب آوری، بهبود روابط والد کودک و استرس والدینی کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی» است.

جامعه و نمونه

روش این پژوهش، تحلیل محتوای کیفی^{۱۰} با رویکرد قیاسی بود. این روش شامل سه مرحله آماده سازی، سازمان دهی و گزارش دهی است. در این تحلیل مفاهیم از داده ها استخراج می گردد. (۳۰) در روش تحلیل محتوا، پژوهشگر ابتدا متن مورد تحلیل را مطالعه و سپس بر اساس مؤلفه های اصلی (و فرعی) از پیش تعیین شده و یا مؤلفه هایی که در فرایند مطالعه متون مورد بررسی به دست می آید، به استخراج مفاهیم می پردازد. (۳۱ و ۳۲) روش تحلیل محتوا بدین علت انتخاب شد که در این روش پژوهشگر می تواند مقدار زیادی از اطلاعات متنی را بررسی و ویژگی های آنها را شناسایی کند و مورد تحلیل قرار دهد. در این شیوه محقق متن مورد تحلیل را مشخص کرده و سپس به استخراج مؤلفه های مرتبط

سازگاره را افزایش می دهند. (۱۲) تحقیقات متعددی نشان داد افرادی که دارای تاب آوری بالاتری هستند، دارای مهارت های خودمراقبتی، عزت نفس بالاتر، میزان پایین تر بیماری های جسمی و اختلالات روانی و در مقابله با استرس های محیطی سریع تر به سازگاری می رسند. (۱۹) تاب آوری با شرایط نامساعد از جمله درد مزمن مرتبط است و در خانواده هایی که یک فرد مبتلا به درد مزمن وجود دارد تاب آوری کاهش می یابد. از آنجا که استرس و ناتوانی بخش اجتناب ناپذیری از زندگی است، از این رو توصیه می شود راهبردهای ایجاد تاب آوری به کودکان از سنین کودکی آموزش داده شود. برنامه های افزایش تاب آوری برای کودکان از دهه ۱۹۷۰ وجود داشته و در درجه اول به ایجاد اعتماد به نفس، افزایش آمادگی در مدرسه و حمایت از رابطه والد - کودک پرداخته است. تحقیقات نشان می دهد که الگوهای تفکر تاب آور می توانند توسط بزرگسالان و کودکان یاد گرفته شوند. مهارت هایی که تفکر دقیق تر و انعطاف پذیرتر را پشتیبانی می کنند، می توانند توسط کودکان از سنین بسیار پایین فرا گرفته شوند و موجب پیشرفت تاب آوری شوند. (۲۰) در مطالعات اولیه برنامه تاب آوری پن^۱ یک برنامه پیشگیری از افسردگی در بین دانش آموزانی که بیش از میانگین علائم افسردگی، تعارض خانوادگی یا هر دو را داشتند مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس با یک گروه کنترل همسان مقایسه شدند. یافته ها نشان داد که مداخله سبک های تبیینی را بهبود بخشید و تأثیر مداخله تا ۳ سال ادامه داشت. همچنین گروه مداخله سطوح پائین تری از نشانه های افسردگی را در طی ۲ سال پیگیری گزارش کردند. یو و سلینگمن^۲ (۲۰۰۲) همین نتایج را در مورد کودکان مدرسه ای چینی با پیگیری ۶ ماهه به دست آوردند. از آنجا که سبک های تبیینی کودکان با سبک های تبیینی والدین، به ویژه سبک های تبیینی والدین برای رویدادهای مرتبط با فرزند ارتباط دارد، بنابراین در برنامه تاب آوری پن برای اثردهی بیشتر، والدین نیز در مداخله شرکت می کنند. (۲۱) در سال های اخیر توانایی تاب آوری بیماران مبتلا به درد مزمن بیشتر شده است. (۲۲) الگوهای تاب آوری - آسیب پذیری برای درد مزمن کودکان استفاده شده است و این الگوها توضیح می دهد چطور عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی ممکن است به سلامتی، مدیریت بیماری، سازگاری، و عملکرد روانی و اجتماعی مربوط باشد. اگرچه پژوهشگران تعدادی از عوامل آسیب پذیر برای درد کودکان را شناسایی کرده اند و نویسندگان اهمیت تاب آوری را درک کرده اند، اما اطلاعات کافی در مورد تاب آوری و مدل تاب آوری - آسیب پذیری در مورد درد مزمن کودکان وجود ندارد. (۲۳) همچنین بررسی های انجام شده مؤلفه های تاب آوری کودکان را تاکنون به صورت پراکنده معرفی نموده اند، ولی در کمتر پژوهشی تاکنون مدل یکپارچه ای از مؤلفه ها و اجزاء متغیر تاب آوری در کودکان بررسی و ارائه شده است. چیمایترزا و همکاران^۳ مؤلفه های تاب آوری را شامل صفات شخصیتی (مثل خوش بینی و سرسختی)، باورها (خودکارآمدی)، بازنگری مثبت و حس به هم پیوستگی معرفی کرده اند. (۲۴) هپر و همکاران^۴ در پژوهش خود مؤلفه های تاب آوری را مهارت های مقابله ای، حل مسئله، معناسازی و

5. Cousins
6. Liebenberg, ungar & LeBlanc
7. Liebenberg, ungar & van de vijver
8. Ginsburg & Jablow
9. Daniel & Wassell
10. Content Analysis

1. Penn Resiliency Program
2. Yu and Seligman
3. Chmitorza, Kunzler, Helmreich, Tüscher, Kalisch, Kubiak, Wessa, et al.
4. Happer, Brown & Sharma-Patel

با تاب آوری پرداخت. حوزه پژوهش شامل کتاب‌ها، مقالات در زمینه نظریه تاب آوری در کودکان و شامل متخصصین در زمینه اعتباربخشی تخصصی مؤلفه‌ها و مدل استخراج شده بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند آغاز گردید. از این رو از ۳۰ منبع نوشتاری با موضوع تاب آوری و تاب آوری در کودکان استفاده گردید. ابتدا مؤلفه‌های تاب آوری استخراج شد، سپس بر اساس اشتراک محتوا در قالب مضمون اصلی، مؤلفه اصلی و مؤلفه فرعی طبقه‌بندی شد. برای حجم نمونه از معیار اشباع استفاده گردید که نشان دهنده کفایت حجم نمونه است. معیار اشباع تکرار داده‌های قبلی است که پژوهشگر با آن رو به رو می‌شود. (۳۳) بعد از آن مؤلفه‌ها با استفاده از وجود یا عدم وجود مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش سندکاوی با استفاده از پیشینه‌هاست. به منظور تدوین الگو، متون نوشتاری مرتبط با اسناد مورد جست‌وجو، جمع‌آوری و بهره‌برداری قرار گرفت. بنابراین بخش عمده‌ای از فعالیت پژوهشگر به سندکاوی اختصاص یافت.

یافته‌ها:

به منظور دستیابی به پاسخ سؤال اول، مرحله اول (شناسایی مضمون اصلی)، مرحله دوم (شناسایی مؤلفه اصلی)، مرحله سوم (طبقه‌بندی مؤلفه‌ها مانند طبقه‌بندی عامل جرأت‌ورزی به عنوان یک عامل فرعی مهارت‌های فردی) ارائه شده در بخش روش پژوهش انجام، و الگوی تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی تدوین شد (جدول ۱). به این ترتیب بر اساس جدول ۱، الگوی تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی حاوی شش مضمون اصلی است که عبارتند از شایستگی و مهارت‌های فردی، شایستگی هیجانی، شایستگی ادراکی/رفتاری، شایستگی و حمایت خانوادگی، توانایی جلب حمایت مدرسه‌ای، شایستگی مبتنی بر مهارت‌های اجتماعی. البته هر کدام از مضمون‌های اصلی حاوی مؤلفه‌های اصلی و فرعی است که در جدول ۱ ارائه شده است.

بر اساس تحلیل انجام شده (جدول ۱) شش مضمون اصلی برای تاب آوری کودکان با درد شکمی عملکردی قابل تنظیم است. مضمون‌ها و حوزه‌های مورد پوشش آنها به شرح زیر است:

۱. شایستگی و مهارت‌های فردی شامل سه مؤلفه اصلی می‌باشد که هر یک تعدادی مؤلفه‌های فرعی را در بر می‌گیرد: الف) مهارت‌های فردی/شایستگی‌های روان‌شناختی شامل مؤلفه‌های فرعی جرأت‌ورزی، توانایی حل مسئله، استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف، مهارت‌های مقابله‌ای، شایستگی شخصی، مسئولیت شخصی. ب) خودآزمایی‌محوری مثبت شامل مؤلفه‌های فرعی اعتماد به نفس، خوش بینی، اعتماد به نیروهای درونی، پذیرش تغییرات به عنوان عامل مثبت، خودآگاهی، خودکارآمدی، تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری، سرسختی، عزت نفس، هیجان‌نا مثبت خودمختاری و استقلال، خودآزمایی، نوآوری، پذیرش خود. ج) سرمایه روان‌شناختی شامل مؤلفه‌های خوش بینی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری. د) مقابله با استرس شامل مؤلفه‌های فرعی سازش و مقابله با استرس، کنترل استرس، مهارت‌های مقابله‌ای، راهبردهای مقابله‌ای، توانایی مدیریت ناکامی، خودآرامی. ۲. شایستگی

هیجانی شامل مؤلفه اصلی تنظیم هیجان/کنترل هیجان و تنظیم عواطف/کنترل عواطف می‌باشد. مؤلفه‌های فرعی عبارتند از: راهبردهای مقابله‌ای، پذیرش هیجان‌نا مثبت، تحمل هیجان‌نا منفی، ارزش‌های مثبت، سازش و مقابله با استرس، کنترل استرس، کنترل هیجان‌نا، خودکنترلی، تنظیم هیجان، مثبت‌نگری عاطفی/شناختی. ۳. شایستگی ادراکی/رفتاری شامل مؤلفه اصلی کنترل ادراکی/کنترل رفتاری، مقابله ادراکی/مقابله رفتاری که مؤلفه‌های فرعی آن عبارتند از: خوش بینی، اعتماد به نیروهای درونی، اعتماد به غرایز شخصی، هدفمندی، آینده‌نگری، ارزیابی واقع‌بینانه محیط، فاصله‌گیری سازشی، رفتار مطابق با نقش جنسی، قصد و اراده، تسلط، پشتکار، کاردانی، جهت‌گیری مثبت به آینده، ابتکار، یادگیری فعال، ثبات رفتاری، تعادل فکری، یادگیری فعال، ثبات رفتاری، تعادل فکری. ۴. شایستگی و حمایت خانوادگی شامل مؤلفه اصلی شایستگی والدینی، دلبستگی و تعلق ایمن، انسجام و پیوستگی که مؤلفه‌های فرعی آن عبارتند از: گرم و پاسخگو بودن والدین، ارائه الگوهای مناسب و سازگار با نقش، صرف زمان با کودک، راهنمایی مداوم، رهنمود سازنده برای استفاده مفید از اوقات فراغت، ارزش‌های مثبت، روابط ایمن، حس به هم پیوستگی، روابط مثبت و عاشقانه، محیط خانوادگی مثبت، احساس تعلق، ارتباط حمایتی خانواده، در دسترس بودن اعضا خانواده برای حمایت و مشورت، توانایی شروع گفتگو، توانایی خانواده برای حفظ یک دیدگاه مثبت، انسجام خانوادگی، همکاری و ارتباط. ۵. توانایی جلب حمایت مدرسه‌ای شامل مؤلفه اصلی مشارکت، جلب حمایت، تعلق شامل مؤلفه‌های فرعی روابط با هم‌تایان و محیط مدرسه، حمایت و راهنمایی معلمین، فرصت رشد علاقمندیها و مهارتها، آموزش، حمایت معلمین و پرسنل مدرسه، مشارکت با مدرسه از لحاظ اجتماعی و علمی، احساس تعلق به اجتماع و حمایت همسایگان. ۶. شایستگی و مهارت‌های اجتماعی شامل سه مؤلفه اصلی می‌باشد که هر یک تعدادی مؤلفه‌های فرعی را در بر می‌گیرد. الف) شایستگی مبتنی بر مهارت‌های اجتماعی شامل مؤلفه‌های فرعی ارتباط، سازگاری با نظارت والدین، سازگاری اجتماعی شامل سازگاری با رسوم، ایمنی و امنیت، مهارت‌های ارتباطی، مشارکت، همکاری، پیوند جویی، ارتباط، اجتماعی‌حمایتی، حمایت اجتماعی، انعطاف‌پذیری در محیط اجتماعی. ب) ارتباط با همسالان شامل مؤلفه‌های فرعی ارتباط، روابط دوستانه با دوستان، روابط ایمن، مشارکت، همکاری، پیوندجویی، ارتباط اجتماعی‌حمایتی، حمایت اجتماعی، حس به هم پیوستگی، همدلی، فاصله‌گیری سازشی، تحمل، ارتباط با دوستان، توانایی ایجاد و حفظ رابطه دوستی با هم‌تایان، دسترسی به حمایت بیرونی مثل دوستان (منابع اجتماعی)، همکاری و ارتباط، کمک جویی مؤثر، حمایت اجتماعی، انسجام خانوادگی، ارتباط با دوستان و اعتماد به هم‌تایان. ج) مهارت‌های ارتباطی که مؤلفه‌های فرعی روابط با مراقبین اولیه و حس تعلق، شایستگی اجتماعی، روابط دوستانه، سازگاری با نظارت والدین، روابط ایمن، ارتباط، مشارکت و همکاری، ارتباط اجتماعی‌حمایتی، روابط مثبت و عاشقانه، روابط اجتماعی خوب، مهارت‌های ارتباطی، توانایی برقراری ارتباط با دیگران، ارتباط با دوستان و اعتماد به هم‌تایان، همکاری و ارتباط، همدلی، اعتماد، شوخ طبعی، توانایی شروع گفتگو، توانایی ایجاد و حفظ دوستی با دیگران، دلبستگی را در بر می‌گیرد.

جدول ۱: جدول مضامین پایه تا جزئی حاصل از تحلیل محتوای قیاسی

مضمون اصلی	مؤلفه اصلی	مؤلفه فرعی	مضمون اصلی	مؤلفه اصلی	مؤلفه فرعی
توانایی و مهارت های اجتماعی	مهارت های فردی / شایستگی های روان شناختی	جرأت ورزی، توانایی حل مسئله، استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف، مهارت های مقابله ای، شایستگی شخصی، مسئولیت شخصی	توانایی و مهارت های اجتماعی	مقابله با استرس - سرمایه روان - شناختی	خوش بینی، خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری
توانایی و مهارت های اجتماعی	تنظیم هیجان / کنترل هیجان / تنظیم عواطف / کنترل عواطف	راهبردهای مقابله ای، پذیرش هیجانات مثبت، تحمل هیجانات منفی، ارزش های مثبت، سازش و مقابله با استرس، کنترل استرس، کنترل هیجانات، خودکنترلی، تنظیم هیجان، مثبت نگری عاطفی/شناختی	توانایی و مهارت های اجتماعی	مشارکت، جلب حمایت، تعلق	مشارکت، جلب حمایت، تعلق
توانایی و مهارت های اجتماعی	شایستگی والدینی، دلبستگی و تعلق ایمن، انسجام و پیوستگی	گرم و پاسخگو بودن والدین، ارائه الگوهای مناسب و سازگار با نقش، صرف زمان با کودک، راهنمایی مداوم، رهنمود سازنده برای استفاده مفید از اوقات فراغت، ارزش های مثبت، روابط ایمن، حس به هم پیوستگی، روابط مثبت و عاشقانه، محیط خانوادگی مثبت، احساس تعلق، ارتباط حمایتی خانواده، در دسترس بودن اعضا خانواده برای حمایت و مشورت، توانایی شروع گفتگو، توانایی خانواده برای حفظ یک دیدگاه مثبت، انسجام خانوادگی، همکاری و ارتباط	توانایی و مهارت های اجتماعی	ارتباط با همسالان	ارتباط، روابط دوستانه با دوستان، روابط ایمن، مشارکت، همکاری، پیوندجویی، ارتباط اجتماعی حمایتی، حمایت اجتماعی، حس به هم پیوستگی، همدلی، فاصله گیری سازشی، تحمل، ارتباط با دوستان، توانایی ایجاد و حفظ رابطه دوستی با همتایان، دسترسی به حمایت بیرونی مثل دوستان (منابع اجتماعی)، همکاری و ارتباط جویی مؤثر، حمایت اجتماعی، انسجام خانوادگی، ارتباط با دوستان و اعتماد به همتایان
توانایی و مهارت های اجتماعی	مهارت های ارتباطی	روابط با مراقبین اولیه و حس تعلق، شایستگی اجتماعی، روابط مثبت و عاشقانه، روابط حمایتی، همکاری و ارتباط، همدلی، اعتماد، شوخ طبعی، توانایی شروع گفتگو، توانایی ایجاد و حفظ دوستی با دیگران، دلبستگی	مهارت های ارتباطی	روابط با مراقبین اولیه و حس تعلق، شایستگی اجتماعی، روابط مثبت و عاشقانه، روابط حمایتی، همکاری و ارتباط، همدلی، اعتماد، شوخ طبعی، توانایی شروع گفتگو، توانایی ایجاد و حفظ دوستی با دیگران، دلبستگی	روابط با مراقبین اولیه و حس تعلق، شایستگی اجتماعی، روابط مثبت و عاشقانه، روابط حمایتی، همکاری و ارتباط، همدلی، اعتماد، شوخ طبعی، توانایی شروع گفتگو، توانایی ایجاد و حفظ دوستی با دیگران، دلبستگی

بحث:

این پژوهش با هدف تدوین الگوی تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی صورت گرفت. بدین منظور از ۳۰ کتاب و مقاله با موضوع تاب آوری و تاب آوری در کودکان انتخاب و از نظر مؤلفه های مرتبط با تاب آوری مورد بررسی قرار گرفت. بعد از استخراج مؤلفه های تاب آوری در قالب ۶ مضمون اصلی، ۱۱ مؤلفه اصلی و مؤلفه های فرعی طبقه بندی شد. در مرحله آخر الگو، به وسیله شاخص های روان سنجی اعتباریابی و پایایی سنجی شد. نتایج حاکی از معتبر و پایا بودن الگو بود. بدین صورت الگوی تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی در شکل ۱ ترسیم شده است. بر این اساس الگوی تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی عبارت است از: اولین مضمون اصلی شایستگی و مهارت های فردی نام دارد. مفهوم

به منظور دستیابی به سؤال دوم اعتبار الگوی تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی به دست آمد. بدین منظور هر طبقه یا موضوع به شش نفر کارشناس آگاه در زمینه مفهوم تاب آوری داده شد و با توجه به این که بیش از ۵۰ درصد کارشناسان این طبقه را به عنوان مفهوم مرتبط با تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی تأیید کردند، بنابراین اعتبار به دست آمد. برای سنجش پایایی (ضریب توافق کاپای کوهن) نیز هر مفهوم در اختیار سه نفر کارشناس آگاه در زمینه مفاهیم تاب آوری قرار داده شد و نظر آنها در مورد متعلق بودن مؤلفه های اصلی به مضمون ها و متعلق بودن مؤلفه های اصلی به مؤلفه های فرعی جویا شد. با توجه به میانگین نمره کاپا برای متعلق بودن مؤلفه های اصلی به مضمون ها (۰/۸۵) و مؤلفه های اصلی به مؤلفه های فرعی (۰/۹)، توافق بین آنها در حد مطلوبی بود.



شکل ۱: الگوی تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی

مثبت: رشد مهارت‌های رفتاری به شخصیت‌های مثبت (مثل احترام، مسئولیت، انسانیت و وفاداری) و جهت‌گیری یا انگیزه‌های جامعه‌پسند (مثلاً شجاعت، استقامت، وجدان) بسیار مرتبط است. (د) فرآیند تصمیم‌گیری رفتاری و اقدامات تصمیم‌گیری: کل فرآیند تصمیم‌گیری رفتاری و در نهایت تحقق تصمیم‌گیری می‌تواند یک روش بسیار پیچیده باشد. (۵۳) شایستگی ادراکی شامل فرآیندهای چندگانه، از جمله بازنمایی حسی، توجه، فرآیندهای اجرایی، و احتمالاً فرآیندهای حافظه کلامی می‌باشد. (۵۴) شایستگی ادراکی/رفتاری شامل ۲ مؤلفه اصلی مهارت‌های فردی و شایستگی‌های روان‌شناختی است. کودکان مبتلا به درد غیر فعال و آسیب‌پذیر می‌شوند. درد، بخصوص درد مزمن و استرس مرتبط با آن روی شایستگی ادراکی کودکان تأثیرات مخربی دارد. (۵۵) شایستگی ادراک شده به شدت روی رفتار سازگارانه تأثیر می‌گذارد، یعنی افزایش شایستگی به طور مستقیم با رفتار سازگارانه ارتباط دارد. اما، شایستگی ادراک شده به طور غیرمستقیم روی رفتار ناسازگار از طریق شدت درد تأثیر می‌گذارد. در واقع کاهش شایستگی منجر به افزایش شدت درد می‌شود که به نوبه خود منجر به افزایش رفتار ناسازگار می‌شود. (۵۶) از این مضمون و مؤلفه‌های آن نیز در تعدادی از پژوهش‌ها نام برده شده است. (۲۴ و ۴۳ و ۴۵ و ۵۰ و ۵۱ و ۶۱-۵۷)

چهارمین مضمون شایستگی و حمایت خانوادگی نام دارد. منظور از این مؤلفه توانایی خانواده برای دستیابی به موفقیت و عملکرد سودمند از طریق حل مسئله، سازماندهی و ارائه یک محیط هیجانی مثبت است. (۶۲) این شایستگی شامل ۳ مؤلفه اصلی به نام‌های شایستگی والدینی، دلبستگی و تعلق ایمن، انسجام و پیوستگی می‌باشد. انسجام خانواده به ارتباطات عاطفی بین اعضای خانواده اشاره دارد و برای عملکرد کلی خانواده و تنظیم روانشناسی کودکان اهمیت دارد. از آنجا که درد مزمن

شایستگی یک واژه گیج‌کننده است و با واژه مهارت آمیخته شده است. بدین دلیل است که اغلب می‌توان اصطلاحات مختلف را به جای هم به کار برد. شایستگی یک ویژگی مشخص فردی است که مربوط به عملکرد بالاتر و بروز استعداد‌های خاص در عمل و استفاده از دانش مورد نیاز برای انجام کار است. (۳۴) دیکشنری انگلیسی آکسفورد مهارت را توانایی انجام کارهای خوب تعریف می‌کند. همان منبع شایستگی را کیفیت یا میزان شایسته بودن تعریف می‌کند، که به نوبه خود به عنوان داشتن توانایی یا دانش لازم برای انجام کاری با موفقیت توصیف می‌شود. (۳۵) بنابراین شایستگی فردی کاربرد دانش، مهارت‌ها و توانایی‌ها به منظور به دست آوردن نتایج مطلوب است. (۳۶) و شایستگی‌های فردی محرک‌های اصلی تسلط کامل هستند. (۳۷) این شایستگی ۴ مؤلفه اصلی به نام‌های مهارت‌های فردی/شایستگی‌های روان‌شناختی، خودارزیابی محوری مثبت، سرمایه روان‌شناختی و مقابله با استرس را در برمی‌گیرد. از آنجا که در اغلب موارد فردی که دارای درد مزمن است دچار افسردگی می‌شود و صلاحیت و شایستگی‌های فردی خود را از دست می‌دهد، همچنین به علت تداخل مداوم درد با کارهای روزانه ناکامی زیادی تجربه می‌کند و دچار خشم و ناامیدی می‌شود (۳۸) و مشخص شده عمده‌ترین نگرانی کودکان و نوجوانان در مورد شایستگی‌های شخصی است. (۳۹ و ۴۰) لذا می‌توان گفت یکی از مؤلفه‌های اصلی برای تاب آوری کودکان مبتلا به درد شکمی شایستگی فردی است. در بسیاری از پژوهش‌ها مؤلفه شایستگی فردی ارائه شده است. (۴۵-۴۱ و ۲۷-۲۶ و ۲۴)

دومین مضمون شایستگی هیجانی نام دارد. منظور از این مؤلفه توانایی انجام کار با هیجانات و خواسته‌های درونی است. نشان دهنده مجموعه ویژگی‌های هویت فرد، آگاهی هیجانی، مهارت‌های فعالیت هیجانی، همچنین توانایی‌هایی که در این فعالیت نشان داده می‌شود از جمله هوش هیجانی است. (۴۶) این شایستگی شامل ۲ مؤلفه اصلی به نام‌های تنظیم هیجان/کنترل هیجان، تنظیم عواطف/کنترل عواطف دارد. در راستای پژوهش رزی و همکاران^۱ کودکان و نوجوانانی که اغلب در بیان احساسات و هیجانات خود از طریق زبان مشکل دارند، در چنین مواردی پریشانی روانشناختی ممکن است از طریق نشانه‌های جسمی مانند درد بیان شود. بنابراین می‌توان گفت درد تقریباً یک تجربه هیجانی است. (۴۷) همچنین در بررسی روی بزرگسالان مبتلا به درد شکمی عملکردی مشخص شده این افراد در تنظیم هیجان مشکل دارند، (۴۸) بنابراین یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم در درد شکمی شایستگی هیجانی است. این مؤلفه یا مقوله‌های فرعی آن در بسیاری از پژوهش‌ها گزارش شده است. (۴۹-۴۲ و ۴۴-۴۱)

سومین مضمون شایستگی ادراکی/رفتاری نام دارد. شایستگی رفتاری با چهار پارامتر تعریف می‌شود: الف) دانش اخلاقی و اجتماعی: کودکان باید هنجارهای اجتماعی، شیوه‌های معمول و آیین‌ها، قوانین اجتماعی، قوانین و مقررات در یک سازمان یا گروه (مانند خانه، مدرسه، دولت، شرکت، یا گروه مورد علاقه) و ارزش‌های جامعه شناختی در جامعه خود را یاد بگیرند. ب) مهارت‌های اجتماعی: به توانایی استفاده از راهبردهای کلامی و غیر کلامی برای انجام رفتار اجتماعی، رفتار اخلاقی و هنجاری در تعامل روزانه با دیگران اشاره می‌کند. ج) شخصیت‌ها و ویژگی‌های

1. Rossi, Bruno, Chiusalupi & Ciaramella

از مؤلفه های تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی است. از این مؤلفه نیز در تعدادی تحقیقات نام برده شده است. (۲۶، ۲۷، ۲۹ و ۴۲ و ۶۰) در زمینه مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های پیشین نیز با توجه به این که الگو در این پژوهش از طریق نتایج موجود در پژوهش های گذشته تدوین شده است، بنابراین شباهت های متعددی بین مؤلفه های موجود در این الگو با نتایج پژوهش های قبلی وجود دارد. برای مثال برخی از مفاهیم موجود در پژوهش هیر و همکاران، (۲۵) کازینز، (۱۲) لبرنگ و همکاران، (۲۷) گینسبرگ و جبلو (۲۸) و دانیل و ویسل (۲۹) در این پژوهش ارائه شده است. اما علیرغم این شباهت ها هیچ یک از مطالعات پیشین، فرایند جامعی از تاب آوری که حاصل مطالعه پژوهش های قبلی باشد، ارائه نکرده اند و از این نظر در این پژوهش الگوی نسبتاً جامعی در این زمینه تدوین شده است.

در مجموع، تدوین الگوی تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی از جمله نوآوری های این پژوهش محسوب می شود. اما محدودیت هایی نیز در این پژوهش وجود داشت، برای مثال ممکن است تعدادی از پژوهش های مناسب یافت نشده باشد که یکی از مهم ترین علل این مسئله عدم قابلیت جستجوی دقیق پژوهش ها بر اساس عنوان پژوهش در برخی از پایگاه های اطلاعاتی است. از این رو، به سایر پژوهشگران پیشنهاد می شود با بررسی جامع تر سایر متون و یا استفاده از روش مصاحبه، مؤلفه های بیشتری را شناسایی نمایند. علاوه بر این، یافته های این پژوهش به شیوه پژوهش کیفی مورد بررسی قرار گرفته است. در پژوهش های کیفی، پژوهشگر به عنوان ملاک قضاوت و ارزیابی قرار دارد و علیرغم اجتناب از هر گونه پیش زمینه ذهنی و استفاده از صاحب نظران مختلف جهت اعتباریابی، احتمال خطا وجود دارد. بنابراین از دیدگاه نظری به پژوهشگران پیشنهاد می شود با استفاده از روش های مختلف کمی مانند الگویابی معادلات ساختاری به منظور ارتباط بین مؤلفه ها و استفاده از تحلیل عاملی به منظور اعتبارسنجی، الگو را غنی تر نمایند. از دیدگاه کاربردی نیز به پژوهشگران پیشنهاد می شود با عینی نمودن مؤلفه های الگو، زمینه اجرای عملیاتی الگو را مهیا نمایند.

نتیجه گیری:

مدل تاب آوری ویژه کودکان مبتلا به دردهای شکمی عملکردی که در این پژوهش به دست آمد و تدوین گردید، در صورت بندی آموزش تاب آوری به کودکان مبتلا به شکم درد واکنشی قابل استفاده است.

می تواند به طور مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت روابط خانوادگی تأثیر بگذارد. (۶۳) بنابراین مؤلفه دیگر تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی شایستگی خانوادگی است. (۲۶-۲۸ و ۴۱ و ۴۴ و ۴۹ و ۵۱ و ۶۰)

پنجمین مضمون توانایی جلب حمایت اجتماعی مدرسه ای است. به معنای توانایی صمیمی شدن با دیگران و ایجاد و حفظ دوستی های دوام و با محبت است و در مواقع بحرانی بتوانند از حمایت اجتماعی دیگران بهره مند شوند. (۵۸) همچنین بتوانند از حمایت معلمین و سایر کارکنان مدرسه برخوردار شده و با مدرسه از لحاظ اجتماعی و علمی مشارکت داشته باشند. (۶۰) شامل ۳ مؤلفه مشارکت، جلب حمایت و تعلق است. شواهد نشان می دهد که درد مزمن در دوران کودکی بر فعالیت های زندگی روزمره از جمله عملکرد و حضور در مدرسه و عملکرد اجتماعی تأثیر می گذارد. کودکانی که مشکلات با همسالان را تجربه می کنند احتمالاً بیشتر مستعد علائم جسمانی هستند و یا مشکلات روانی اجتماعی را به شکل قابل قبول اجتماعی مانند سردرد یا درد شکم بروز می دهند. متأسفانه، در بعضی از کودکانی که با همسالان مشکل دارند انتخاب نقش بیمار موجب تقویت منفی شده و این کودکان از موقعیت های آزارنده اجتماعی از طریق غیبت از مدرسه یا رفت و آمد مکرر به اتاق بهداشت اجتناب می کنند. در صورتی که کودکان با درد مزمن مقابله کنند و ارتباط اجتماعی با همسالان را ادامه دهند بنابراین اثرات مضر وضعیت آنها بر عملکرد مدرسه کاهش یافته یا از بین می رود. (۶۴) از این مؤلفه در تعدادی تحقیقات نام برده شده است. (۲۹ و ۴۲)

ششمین مضمون شایستگی و مهارت های اجتماعی است. منظور از این شایستگی کودکانی هستند که در تعاملات و فعالیت های رضایت بخش با بزرگسالان و همسالان مشارکت دارند. بنابراین، شایستگی اجتماعی به وسیله اثربخشی و سازگاری در تعاملات و روابط انسانی نمایان می شود. (۶۵) شامل ۳ مؤلفه ارتباط با همسالان، شایستگی مبتنی بر مهارت های اجتماعی و مهارت های ارتباطی است. کاسبل و همکاران نیز یکی از عوامل تاب آور بودن را شایستگی اجتماعی در نظر گرفته اند و معتقدند سطح بالایی از این عامل برای توانایی کودکان در مقابله با عوامل استرس زای زندگی ضروری است. (۶۳) مطالعاتی که به طور گسترده عملکرد اجتماعی را توسط شاخص کیفیت زندگی کودکان مورد ارزیابی قرار می دهد عملکرد اجتماعی بسیار پائینی برای کودکان مبتلا به درد شکمی نشان می دهد. در بین کودکان مبتلا به درد مزمن، آنهایی که خود را از نظر شایستگی اجتماعی کمتر در نظر می گیرند احتمالاً در سایر ابعاد عملکرد (مثل مدرسه) سطوح بالاتری از ناتوانی را تجربه می کنند. (۶۴) بنابراین شایستگی و مهارت های اجتماعی نیز یکی دیگر

REFERENCES:

1. Faure C, Thapar N, Di Lorenzo C. Pediatric Neurogastroenterology: Gastrointestinal Motility and Functional Disorders in Children (Clinical Gastroenterology). Humana Press, Springer New York Heidelberg Dordrecht London.
2. Gulewitsch MD, Weimer K, Enck P, Schwille-Kiuntke J, Hautzinger M, Schlarb AA. Stress reactivity in childhood functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Eur J Pain* 2017;21:166-77.
3. Van der Veek SM, Derkx BH, Benninga MA, Boer F, de Haan E. Cognitive behavior therapy for pediatric functional abdominal pain: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2013;132:e1163-72.
4. Brodwall A, Glavin K, Lagerlöv P. Parents' experience when their child has chronic abdominal pain: a qualitative study in Norway. *BMJ Open* 2018;8:e021066.
5. Mak GZ, Lucchetti AR, Drossos T, Fitzsimmons-Craft EE, Ac-

- curso EC, Stiles-Shields C, et al. Pediatric Chronic Abdominal Pain and Median Arcuate Ligament Syndrome: A Review and Psychosocial Comparison. *Pediatr Ann* 2016;45:e257-64.
6. Brown LK, Beattie RM, Tighe MP. Practical management of functional abdominal pain in children Practical management of functional abdominal pain in children. *Arch Dis Child* 2016;101:677-83.
 7. Feinstein AB, Sturgeon JA, Bhandari RP, Yoon IA, Ross AC, Huestis SE, et al. Risk and Resilience in Pediatric Pain: The Roles of Parent and Adolescent Catastrophizing and Acceptance. *Clin J Pain* 2018;34:1096-105.
 8. Tomlinson RM, Cousins LA, McMurtry CM, Cohen LL. The power of pain self-efficacy: applying a positive psychology framework to pediatric pain. *Pediatric Pain Lett* 2017;19:9-13.
 9. Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV, Bethel A, Thompson-Coon J, Whear R, et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1:CD010971.
 10. Peter J, Tran U, Michalski M, Moser G. The structure of resilience in irritable bowel syndrome and its improvement through hypnotherapy: Cross-sectional and prospective longitudinal data. *PLoS One* 2018;13:e0202538.
 11. Beeckman M, Hughes S, Van Ryckeghem D, Van Hoecke E, Dehoorne J, Joos R, et al. Resilience Factors in Children with Juvenile Idiopathic Arthritis and Their Parents: The Role of Child and Parent Psychological Flexibility. *Pain Med* 2018.
 12. Cousins LA. The Application of A Risk-Resilience Model in Pediatric Chronic Pain. *Georgia State University* 2014.
 13. Karoly P, Ruehlman LS. Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain* 2006;123:90-7.
 14. Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *J Exp Soc Psychol* 2006;42:323-36.
 15. Block J. Personality as an affect-processing system. Mahwah. *Erlbaum* 2002.
 16. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging* 2010;25:516-23.
 17. Besharat MA. Vulnerability and mental health. *J Psychol Sci* 2007;24:373-83.
 18. Rutter M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;147:598-611.
 19. Haghayegh SA, Neshatdoost HT, Adibi P, Shafii F. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Stress, Resilience and Coping Strategies in Irritable Bowel Syndrome Patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2017;19:e5809
 20. Hall DK, Pearson J. Resilience - giving children the skills to bounce back. *Voices Children* 2003.
 21. Goldstein S, Brooks RB. Handbook of Resilience in Children. *Springer New York Heidelberg Dordrecht London* 2013.
 22. Hassett AL, Finan PH. The Role of Resilience in the Clinical Management of Chronic Pain. *Curr Pain Headache Rep* 2016;20:39.
 23. Cousins LA, Cohen LL, Venable C. Risk and Resilience in Pediatric Chronic Pain: Exploring the Protective Role of Optimism. *J Pediatr Psychol* 2015;40:934-42.
 24. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tüscher O, Kalisch R, Kubiak T, et al. Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clin Psychol Rev* 2018;59:78-100.
 25. Happer K, Brown EJ, Sharma-Patel K. Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child Abuse & Neglect* 2017;73:30-41.
 26. Liebenberg L, Ungar M, LeBlanc JC. The CYRM-12: A brief measure of resilience. *Can J Public Health* 2013;104:e131-5.
 27. Liebenberg L, Ungar M, Van de Vijver F. Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) Among Canadian Youth. *Res Soc Work Practice* 2011;22:219-26.
 28. Ginsburg KR, Jablow MM. Building Resilience In Children and Teens. Giving Kids Roots and Wings (3rd ed.) 2011.
 29. Daniel B, Wassell S, Campbell I. Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children: The School Year. *Jessica Kingsley Publishers* 2002.
 30. Elo S, Kyngas H. The Qualitative Content Analysis Process. *J Adv Nurs* 2008;62:107-15.
 31. Khoshoie MS. Designing managers' promotional assessment center and investigation of its psychometric properties and processes. PhD dissertation on psychology, University of Isfahan 2012.
 32. Mohamadi Mehr GH. Content Analysis Method (Practical Guide for Research). Tehran The treasure of human sciences - science fiction 2008.
 33. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel AR, Solleimani MA, Bahrami N. Sampling in qualitative research: Tips for getting started. *Army Univ Med Sci Islamic Republic Iran* 2012;10:238-50.
 34. Halil Z, Mehmet Fatih Y, Omer Faruk U. Analyzing The Effects of Individual Competencies on Performance: A field Study in services industries in Turkey. *J Global Strategic Manage* 2013;7:67-77.
 35. Dowling M, Henderson I. Managing Personal Competencies. Edinburgh Business School. Heriot-Watt. University Edinburgh. EH14 4AS. *United Kingdom* 2011.
 36. Sedlmayer M, Fuster M, Young M, Coesmans P. Individual Competence Baseline for Project, Programme & Portfolio Management. IPMA, Version 4.0, IPMA Nijkerk. 2015.

37. Redding S. Personal Competencies in Personalized Learning. Center on Innovations in Learning, Temple University, Philadelphia, PA 2014.
38. Morley S, Eccleston C. The object of fear in pain. Published in G. J. Asmundson & J. Vlaeyen & G. Crombez (Eds.), Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press 2002.
39. Weems CF, Costa NM. Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005 ;44:656-63.
40. Fisher E, Keogh E, Eccleston C. Everyday worry in adolescents with and without chronic pain: A diary study. *Psychol Health Med* 2017;22:800-7.
41. Shahdadi H, Balouchi A, Shaykh A. Comparison of Resilience and Psychological Wellbeing in Women with Irritable Bowel Syndrome and Normal Women. *Mater Sociomed* 2017;29:105-8.
42. Guilera G, Pereda N, Paños A, Abad A. Assessing resilience in adolescence: The Spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* 2015;13:100.
43. Ruvalcaba-Romero NA, Gallegos-Guajardo J, Villegas-Guinea D. [Validation of The Resilience Scale for Adolescents (Read) In Mexico.] *J Behavior Health Soc* 2014;6:21-34.
44. Prince-Embury S, Saklofske DH. Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice. New York: Springer 2013.
45. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18:76-82.
46. Tolegenovaa A, Tunguskova D, Naurzalinab D, Zhubanazarova D, Baimoldina L, Zinab, A. Emotional competence of the person. Selection & Peer-review under responsibility of the Conference Organization Committee. *European Proceedings Soc Behavi Sci* 2015;2357-1330.
47. Rossi M, Bruno G, Chiusalupi M, Ciaramella A. Relationship between Pain, Somatisation, and Emotional Awareness in Primary School Children. *Pain Res Treat* 2018;2018:4316234.
48. Nelson S, Moorman E, Farrell M, Cunningham N. Irritability is Common and is Related to Poorer Psychosocial Outcomes in Youth with Functional Abdominal Pain Disorders (FAPD). *Children (Basel)* 2018;5:pii:E52.
49. Sadghi, M, Rhimi pour, T, Alimohamdi, H (2017) The effect of vitality and hardiness of psychology on mental health of mothers of children with ADHD. Knowledge and research in applied psychology, Eighteenth year, No.1, pp.37-3
50. Zarin Kalak H. Effectiveness of education on components of resiliency on reducing vulnerability to addiction and students' attitude towards drug use. *Addiction* 2010;11:115-37.
51. Oshio A, Kaneko H, Nagamine S, Nakaya M. Construct Validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychol Rep* 2003;93:1217-22.
52. Reddy L. Review of DECA. *Canadian J School Psychol* 2007;22:121-7.
53. Ma HK. Behavioral Competence as a Positive Youth Development Construct: A Conceptual Review. *Sci World J* 2012;2012:568272.
54. Lencz T, Bilder RM, Turkel E, Goldman RS, Robinson D, Kane JM, et al. Impairments in Perceptual Competency and Maintenance on a Visual Delayed Match-to-Sample Test in First-Episode Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:238-43.
55. Walco GA, Goldschneider KR. Pain in Children, A Practical Guide for Primary Care. Humana Press, a part of Springer Science+Business Media, LLC. 2008.
56. Schermelleh-Engel K, Eifert GH, Moosbrugger H, Frank D. Perceived Competence and Trait Anxiety as Determinants of Pain Coping Strategies. *Person Individ Diff* 1997;22:1-10.
57. Bernard, B. Resiliency: What We Have Learned 2004. West-Ed 2004.
58. Arianfar N, Katani M. Resilience in children. *Isfahan, Publishing Neveshte* 2016.
59. Prince-Embury S. The Resiliency Scales for Children and Adolescents, Psychological Symptoms, and Clinical Status in Adolescents. *Canadian J School Psychol* 2008;23:41-56.
60. Jew CJ, Green KE, Kroger J. Development and validation of a measure of resilience. *Measur Evaluat Counsel Devel Opment* 1999;32:75-89.
61. LeBuffe PA, Shapiro VB, Robitaille JL. The Devereux Student Strengths Assessment (DESSA) Comprehensive System: Screening, assessing, planning, and monitoring. *J Appl Develop Psychol* 2018;55:62-70.
62. Knudson-Martin C. Gender, Family Competence and Psychological Symptom. *J Marital Fam Ther* 2000;26:317-28.
63. Kaasbøll J, Ranøyen I, Nilsen W, Lydersen S, Indredavik MS. Associations between parental chronic pain and self-esteem, social competence, and family cohesion in adolescent girls and boys – family linkage data from the HUNT study. *BMC Public Health* 2015;15:817.
64. Simons LE, Logan DE, Chastain L, Stein M. The Relation of Social Functioning to School Impairment Among Adolescents With Chronic Pain. *Clin J Pain* 2010;26:16-22.
65. Han HS, Kempl KM. Components of Social Competence and Strategies of Support: Considering What to Teach and How. *Early Childhood Educat J* 2006;34:241-6.