

نقش ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین در تظاهرات روان‌تنی فرزندان با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد - فرزند: یک مدل علی

The Role of Parental Alexithymia and Conflict Resolution Styles in Children's Psychosomatic Manifestations by Mediating the Quality of Parent-Child Relationship: A Causal Model

Zahra Mohseni-Habibabadi, MSc

Fariborz Sedigh-Arfaee, PhD[✉]

Asghar Jafari, PhD

زهرا محسنی حبیب‌آبادی^۱

فریبرز صدیق‌ارفعی^۲

اصغر جعفری^۱

Abstract

Psychosomatic disorders refer to physical symptoms caused by psychological causes. Considering the increase in the prevalence of psychosomatic symptoms in childhood and adolescence, it is important to investigate the underlying factors of this issue. The purpose of this study is to explain the role of alexithymia and parents' conflict resolution style in children's psychosomatic disorders by mediating the quality of the parent-child relationship. In this descriptive-correlational study, 120 parents of children with at least one psychosomatic disorder were selected using the available sampling method, and the Toronto Ataxia Questionnaire, Rahim's conflict resolution style, Pianta's parent-child relationship, and Takata's psychosomatic complaints completed the collected data were analyzed by SPSS and smartPLS software. According to the results of the research on emotional dyslexia, parents' conflict resolution style and the quality of the child's parent relationship have a significant relationship directly with the children's psychosomatic manifestations. Also, emotional dyslexia and parents' conflict resolution style have a significant relationship with children's psychosomatic manifestations indirectly and by mediating the quality of parent-child relationship ($P < 0.50$). The structural model of the role of alexithymia and parents' conflict resolution style in children's psychosomatic manifestations with the mediation of parent-child relationship quality had a good fit, and the mediator's role in the model was confirmed. In general, the family environment and parents' characteristics, including emotional ataxia, how to resolve conflicts, and the quality of the parent-child relationship play a role in children's psychosomatic disorders.

Keywords: Alexithymia, Conflict Resolution Style, psychosomatic, parent- child, Relationship

چکیده

اختلال‌های روان‌تنی به نشانه‌های بدنی ناشی از علل روان‌شناختی اشاره دارد. با توجه به افزایش شیوع علائم روان‌تنی در سنین کودکی و نوجوانی، بررسی عوامل زیربنایی این مسئله از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف مطالعه حاضر تبیین نقش ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین در تظاهرات روان‌تنی فرزندان با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد- فرزند بود. در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۱۲۰ نفر از والدین دارای فرزند با حداقل یک اختلال روان‌تنی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مقیاس‌های ناگویی هیجانی تورنتو، رابطه والد- کودک پانتا و شکایت‌های روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا و سیاهه سبک حل تعارض رحیم، را تکمیل نمودند. داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS و SmartPLS تحلیل شدند. طبق نتایج پژوهش ناگویی هیجانی، سبک حل تعارض والدین و کیفیت رابطه والد کودک به طور مستقیم رابطه معناداری با تظاهرات روان‌تنی فرزندان دارد. همچنین ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین به طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد- فرزند با تظاهرات روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار دارد ($P < 0.50$). مدل ساختاری نقش ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین در تظاهرات روان‌تنی فرزندان با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد- فرزند دارای برازش بود و نقش میانجی در مدل تأیید شد. به طور کلی محیط خانواده و ویژگی‌های والدین از جمله ناگویی هیجانی، نحوه حل تعارض‌ها و کیفیت رابطه والد- کودک در تظاهرات روان‌تنی فرزندان نقش دارد.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، حل تعارض، روان‌تنی، والد- فرزند

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۴/۱

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

دوران کودکی و نوجوانی از مهم‌ترین دوره‌های تحولی هر انسان است. رفتارها و شرایطی که در کودکی و نوجوانی شروع می‌شود نه تنها بر سلامت نوجوان در همین دوره تأثیر می‌گذارد که حتی به اختلال‌های بزرگسالی نیز منجر می‌شود (داس و همکاران، ۲۰۱۶؛ شهابی‌وند و همکاران، ۱۴۰۰). شیوع اختلال‌های درونی‌سازی به‌طور چشمگیری در نوجوانی افزایش می‌یابد و اغلب به‌صورت علائم فیزیکی مانند سردرد تشنجی، سوءهاضمه، سرگیجه، مشکلات خواب و دردهای عضلانی نمایان می‌شود (امینسون، ۲۰۰۷).

نتایج یک مطالعه شیوع علائم روان‌تنی در دانش‌آموزان ایرانی ۱۰ تا ۱۸ ساله را ۱۷/۷ درصد اعلام کرد (رضاپور و همکاران، ۲۰۲۰) لذا با توجه به افزایش شیوع علائم روان‌تنی در سنین کودکی و نوجوانی، بررسی عوامل زیربنایی این مسئله از اهمیت بسزایی برخوردار است. اختلال‌های روان‌تنی که اختلال علائم جسمانی نیز نام‌گذاری شده است؛ به نشانه‌های بدنی ناشی از علل روان‌شناختی اشاره دارد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا این اختلال را به هر نوع اختلال روانی که به‌صورت علائم جسمی نمایان می‌شود و بیان‌گر بیماری یا آسیب است، اما با یک شرایط پزشکی عمومی یا با تأثیر مستقیم یک عامل، به‌طور کاملاً قابل توضیح نیست؛ تعریف نموده است. به‌عبارت‌دیگر تشخیص این اختلال با احساس‌ها، افکار و رفتارهای بیش از حد با محوریت علائم جسمانی تعیین می‌شود که باعث رنجش و ناراحتی و اختلال چشمگیر در عملکرد روزانه می‌شود و نمی‌توان آن را به‌طور کامل با یک وضعیت پزشکی خاص تبیین کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۷).

اغلب برای یک توضیح علت اختلال‌های سایکوسوماتیک یک چارچوب زیست روانی اجتماعی استفاده می‌شود که در آن سهم نسبی عوامل بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (گارالدا و راسک، ۲۰۱۵). ادبیات پژوهش به‌طورکلی موافق تأثیرهای خانواده برای توسعه و تداوم مشکلات روان‌تنی در جوانان است (کوترل، ۲۰۱۶). تحقیقات نشان داده است که علائم جسمی در خانواده‌هایی که در آن شکایت‌های جسمی توسط اعضای خانواده موردتوجه قرار می‌گیرد، شایع‌تر است (بک، ۲۰۰۷). ناگویی هیجانی رویکرد مفیدی برای درک مسائل مختلف مرتبط با آسیب‌شناسی و سلامت عمومی و به‌ویژه اختلال‌های روان‌تنی ارائه می‌دهد (مایلز و مرلو، ۲۰۲۱). علائم جسمی به‌طور معناداری با ناگویی هیجانی مرتبط است (ناکائو و تاکائوچی، ۲۰۱۸). همچنین شواهد پژوهشی از رابطه معنادار بین ابعاد ناگویی هیجانی کودکان و والدین (بجز بعد تفکر بیرونی) حمایت می‌کند (لوپز و همکاران، ۲۰۱۸). ناگویی هیجانی، یک ساختار چندوجهی است که توسط سیفنتوس (۱۹۷۳)، به‌عنوان مشکل در شناسایی و تشخیص احساس‌ها، تمایز احساس‌های جسمانی و برانگیختگی عاطفی، و یک سبک‌شناختی با جهت‌گیری بیرونی توصیف شده است و از مشاهدات بالینی بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی به‌دست می‌آید و با مشکل در تمایز بین هیجان‌ها و جنبه‌های فیزیولوژیکی پاسخ‌های عاطفی مشخص می‌شود (سیفنتوس، ۱۹۷۳).

ادبیات پژوهش ارتباط بین استفاده از علائم بدن و مشکلات در مدیریت و بیان احساس‌ها (ناگویی هیجانی) را تأیید می‌کند (کروتی و همکاران، ۲۰۲۰؛ رافگاناتو و همکاران، ۲۰۲۰) با این وجود، تعداد کمی از مطالعات تجربی به‌طور خاص به‌دنبال پرداختن به رابطه بین ناگویی هیجانی و ویژگی‌های محیط خانواده بوده‌اند و به‌طور خاص نقش ناگویی هیجانی والدین در اختلال‌های سایکوسوماتیک فرزندان بررسی نشده است. به‌عبارتی اطلاعات کمی در مورد عملکرد عاطفی در این نوع خانواده‌ها وجود دارد. اما به‌طور کلی مطالعات انجام شده روی جمعیت عمومی، ارتباطی بین عملکرد آسیب‌شناختی خانواده و ناگویی هیجانی، به‌ویژه بین اختلال‌های عاطفی خانواده و مشکلات در شناسایی احساس‌ها پیدا کرده است (بالوتین و همکاران، ۲۰۱۴). ازطرفی جو نامطلوب خانواده که در آن عوامل استرس‌زای روانی- اجتماعی و سطوح بالای تعارض به‌طور مداوم وجود دارد، ممکن است محیطی را ایجاد کند که آسیب‌پذیری کودک در ایجاد و حفظ مشکلات روان‌تنی افزایش یابد (گارالدا و رسک، ۲۰۱۵؛ ون‌گیلز و همکاران، ۲۰۱۴).

کودکانی که در معرض تعارض‌های شدید والدین قرار دارند، ترس از طردشدن، تمایل به تجربه حسادت و خشم، کسب اطمینان بیش از حد، و تمایل به درونی‌کردن چالش‌های روزانه و مشکلات بین‌فردی، ایجاد استرس روانی بیشتر و فراتر از استرس موجود ناشی از فرآیندهای مخرب خانواده را نشان می‌دهند (لوکن و همکاران، ۲۰۱۶). ارزیابی ناسازگارانه کودک از تعارض منجر به مشکلات درونی و بیرونی می‌شود (فوسکو و برای، ۲۰۱۶؛ فوسکو و لیدون استالی، ۲۰۱۹). کودکانی که احساس می‌کنند نمی‌توانند به‌طور مؤثر با تعارض والدین خود کنار بیایند، ممکن است افکار یا احساس‌های مزاحم را تجربه کنند یا به درگیری والدین کشیده شوند که احتمالاً منجر به افزایش ترس و اضطراب و سایر مشکلات روانی و عاطفی می‌شود (فیگ و همکاران، ۲۰۱۸).

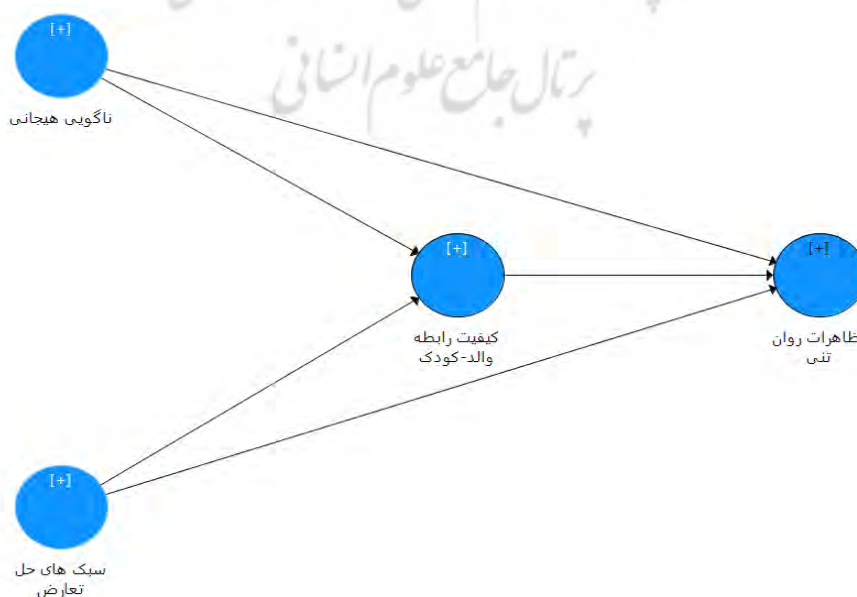
اگرچه شواهد علمی از وجود رابطه بین سبک حل تعارض والدین و اختلال‌های روانی و به‌طور خاص تظاهرات روان‌تنی حمایت می‌کند (لین و همکاران، ۲۰۲۰؛ یزدان‌پناه و همکاران، ۱۳۹۱)؛ با این حال، مسیرهایی که قرارگرفتن در معرض تعارض والدین بر ارزیابی شناختی آنها

تأثیر می‌گذارد تا حد زیادی ناشناخته است. رابطه والد-کودک به‌عنوان یک میانجی کلیدی پیشنهاد شده است، زیرا تعامل والد-کودک نقش مهمی را در تحول شخصی، اجتماعی و اخلاقی فرد بازی می‌کند (بندار کاخکی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ و می‌تواند با خشونت در خانه تضعیف شود و همچنین پیش‌بینی‌کننده قابل توجهی برای سایر پیامدهای منفی کودک است (فوسکو و همکاران، ۲۰۰۷؛ فیگ و همکاران، ۲۰۱۸).

ازسویی دیگر نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد دارای ناگویی هیجانی، در بیان و ابراز هیجان‌ها مشکل دارند. به‌همین علت، شبکه روابط اجتماعی‌شان ضعیف است، مشکلات بین شخصی متعددی دارند و تمایلی به نزدیک شدن به دیگران ندارند (مرضیه فرزادینیا، ۱۴۰۰). ویژگی‌های ناگویی هیجانی والدین با عملکرد انعکاسی اولیه والدین مرتبط است و بنابراین ناگویی هیجانی والدین ممکن است بر توانایی والدین تأثیر بگذارد و باعث کیفیت پایین‌تر رابطه والد-کودک شود. (آرنبرگ و همکاران، ۲۰۲۰) با افزایش ناگویی هیجانی والدین، کیفیت رابطه با کودک نیز دچار افت و خلل می‌شود (منیف و همکاران، ۲۰۲۳)

کیفیت رابطه والد-کودک به‌میزان مثبت‌بودن رابطه والد و فرزند با اندازه‌گیری ویژگی‌های خاص و مهارت‌های فرزندپروری اشاره دارد (احمدی‌خواه و همکاران، ۱۳۹۶). کیفیت رابطه والد-کودک را می‌توان با ارزیابی نگرش و رفتار والدین نسبت به فرزندان‌شان تعیین کرد (جرارد، ۱۹۹۴). این ساختار به‌دلیل تأثیری که این رابطه در درازمدت بر کودک می‌گذارد، قابل توجه است. تحقیقات ثابت کرده است که کیفیت روابط والد-کودک به‌شدت با مشکلات روان‌تنی کودکان به‌عنوان "علائم یا بیماری‌های جسمی ناشی از تأثیر متقابل فرآیندهای روانی-اجتماعی و فیزیولوژیکی مرتبط است (برگستروم و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاگکوئیست، ۲۰۱۶). آگوستین در مطالعه خود به‌طور ویژه بر نقش رابطه با مادر و تظاهرات روان‌تنی اشاره کرد و معتقد بود شکایت‌های روان‌تنی کودکان با کیفیت رابطه مادر و کودک توضیح داده می‌شود. نتایج مطالعه او حاکی از این بود که روابط بهتر مادر و کودک به نوبه خود، سطوح پایین‌تری از مشکلات روان‌تنی را در کودکان پیش‌بینی می‌کند (آگوستین، ۲۰۲۱). از آنجایی که کیفیت رابطه والد فرزند با اختلال‌های روانی فرزندان (استیل و مک کینی، ۲۰۱۹) و به‌طور ویژه تظاهرات روان‌تنی آنها رابطه دارد (هگکوئیست، ۲۰۱۶)؛ به‌نظر می‌رسد کیفیت رابطه والد-فرزند نقش میانجی در رابطه ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین و تظاهرات روان‌تنی فرزندان دارد.

افراد با علائم جسمی متعدد یک مشکل رو به رشد برای مراقبت‌های بهداشتی هستند؛ زیرا طبق پژوهش‌ها بیش از نیمی از بازدیدهای مراقبت‌های اولیه را تشکیل می‌دهند (جانکا و همکاران، ۲۰۰۶). علائم جسمی بار پرهزینه‌ای برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. آنها به‌طور مثبت با مرخصی استعلاجی، استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و ناتوانی در ارتباط هستند (دی گوخت و میس، ۲۰۰۶). با توجه به پیامدهای متعدد این اختلال برای فرد و جامعه شناسایی عوامل مرتبط با آن جهت پیشگیری و ارائه مداخلات مفید ضروری است. هدف از مطالعه حاضر تبیین نقش ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین در تظاهرات روان‌تنی فرزندان با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد-فرزند به‌وسیله مدل‌سازی معادلات ساختاری است که مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

• روش

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و از نظر نوع داده‌های جمع‌آوری شده کمی بود. جامعه آماری کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی مراجعه‌کننده به خدمات بهداشتی و درمانی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بودند که حداقل یک اختلال روان‌تنی در آنها توسط پزشک تشخیص داده شده بود. روش نمونه‌گیری در دسترس بود و حجم نمونه براساس فرمول تاپاچنیک و فیدل ($50 + 8m$) ۶۶ نفر برآورد شد که به‌منظور کفایت حجم نمونه و با احتمال تکمیل ناقص برخی از پرسشنامه‌ها، جهت جلوگیری از افت تعداد نمونه لازم، ۱۲۰ پرسشنامه در گروه نمونه پژوهش توزیع و تکمیل گردید.

برای تحلیل داده‌ها از مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد روش حداقل مربعات جزئی و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. دلیل استفاده از این روش، قابلیت تحلیل مدل‌های پیچیده با حجم اندک و عدم حساسیت به توزیع نرمال سازه‌ها است. این روش نیز همانند روش معادلات ساختاری مبتنی بر کوواریانس، از دو بخش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری تشکیل شده است. در بخش مدل اندازه‌گیری از شاخص‌های مربوط به پایایی و اعتبار، شامل میانگین واریانس استخراج شده (AVE)، اعتبار ترکیبی، اعتبار افتراقی (شاخص فورنل و لاکر)، و برای بررسی معناداری هر کدام از شاخص‌ها از روش بوت‌استرپ استفاده شد. در نهایت به‌منظور آزمون مدل ساختاری، از ضرایب مسیر، واریانس تبیین‌شده متغیرهای مکنون درون‌زا و ضریب Q^2 گیسر- استون استفاده و به تعیین اثرات مستقیم و غیرمستقیم و اثر کلی پرداخته شد. سپس باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده برازش کلی مدل بررسی شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از هماهنگی‌های لازم به مراکز درمانی اختلال‌های روان‌تنی شهر اصفهان مراجعه کرده و اهداف تحقیق و اهمیت همکاری برای والدین توضیح داده شد تا همکاری لازم صورت گیرد. سپس با هماهنگی مسئولین توزیع پرسشنامه‌های مربوط انجام گرفت. به این صورت که پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها و نبود اجبار آزمودنی‌ها برای پاسخگویی به سؤال‌ها و بیان مسائل اخلاقی و تأکید بر حفظ رازداری، محرمانه‌بودن اطلاعات، پرسشنامه‌های موردنظر توزیع شد تا والدین به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند و پس از پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و کنترل آنها نسبت به جمع‌آوری اقدام شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارتند از:

الف) مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto alexithymia scale- TAS): این مقیاس توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد و توسط بگبی و همکاران در سال ۱۹۹۴ تجدیدنظر شد (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). این ابزار خودگزارشی شامل ۲۰ ماده است که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای ساختاریافته است. این مقیاس همسانی درونی آن به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ است و دارای سه زیرمقیاس مشکل در شناسایی احساسات، مشکل در توصیف احساس‌ها و تفکر بیرونی است. نمره کل از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی خلقی کلی محاسبه می‌شود. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی کم، ۴۰ تا ۶۰ بیان‌گر ناگویی متوسط و بیشتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی زیاد فرد است. (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). در پژوهش حاضر اعتبار خرده‌مقیاس‌ها به‌روش آلفای کرونباخ برای شناسایی احساس‌ها (۰/۸۶)، دشواری در بیان احساس‌ها (۰/۸۰) و تفکر برون‌مدار (۰/۷۴) به‌دست آمد.

ب) سیاهه سبک‌های حل تعارض رحیم (Rahim organizational conflict inventory-ROXI): این سیاهه در سال ۱۹۸۳ توسط رحیم برای اندازه‌گیری پنج سبک که افراد به تعارض پاسخ می‌دهند، تدوین شده است. این سیاهه دارای ۲۸ ماده و پنج خرده‌مقیاس است که هر خرده‌مقیاس یک سبک حل تعارض بین‌فردی را نشان می‌دهد که عبارتند از سبک یکپارچگی، سبک مسلط، سبک ملزم، سبک اجتناب‌کننده و سبک مصالحه. ماده‌های این سیاهه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. رحیم و مگنر (۱۹۹۴)، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این سیاهه را از ۰/۷۲ تا ۰/۷۷ گزارش کردند. در تحقیق حقیقی و همکاران (۱۳۹۰)، برای برآورد همسانی درونی سیاهه سبک‌های حل تعارض رحیم، از آلفای کرونباخ استفاده شده و همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های سبک یکپارچگی ۰/۷۱، سبک ملزم‌شده ۰/۷۰، مسلط ۰/۷۰، اجتنابی ۰/۷۲ و سبک مصالحه ۰/۷۵ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر نیز اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ برای سبک یکپارچه (۰/۸۶)، سبک اجتنابی (۰/۸۰)، سبک مسلط (۰/۷۰)، سبک مصالحه (۰/۷۴)، سبک ملزم‌شده (۰/۷۶) و اعتبار و همسانی درونی کل (۰/۷۵) محاسبه شد.

ج) مقیاس رابطه کودک-والد (child parent relationship scale- CPRS): این مقیاس توسط پیاندا در سال ۱۹۹۲ طراحی شد و شامل ۳۳ ماده است که ادراک والدین از رابطه خود و فرزندان‌شان را می‌سنجد. این مقیاس دارای چهار خرده‌مقیاس نزدیکی، وابستگی، تعارض و رابطه مثبت کلی است و پاسخ افراد را در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای دربرمی‌گیرد. برای تفسیر و نمره‌گذاری

نمرات خرده‌مقیاس‌های تعارض و وابستگی کدگذاری مجدد و معکوس می‌شوند، بنابراین هرچه نمره فرد بیشتر باشد نمایان‌گر رابطه والد-کودک بهتری است. این مقیاس در ایران توسط طهماسیان (۱۳۸۶)، ترجمه و روایی محتوایی آن نیز توسط متخصصان تأیید شد. آلفای کرونباخ هر یک از خرده‌مقیاس‌های تعارض، نزدیکی، وابستگی، و رابطه مثبت کلی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶ و ۰/۸۰ بوده است (آبارشی و همکاران، ۲۰۰۹). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۸ محاسبه شد.

د) مقیاس شکایت‌های روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (Takata and Sakata's psychosomatic complaints scale-)

(TSPCS): این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط تاکاتا و ساکاتا برای سنجش شکایت‌های روان‌تنی نوجوانان ژاپنی ساخته شده است که دارای ۳۰ ماده است و از ساختار تک عاملی برخوردار است. پاسخ به هر بخش از طریق انتخاب یکی از گزینه‌های «هرگز» (نمره صفر) تا «به‌طور مکرر» (نمره ۳) صورت می‌گیرد. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، طیف و شدت مشکلات روان‌تنی او بیشتر است. سازندگان این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس سلامت روانی گلدبرگ، روایی هم‌زمان آن را در دو مطالعه جداگانه، ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آوردند. سازندگان مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در سه بار اجرا بین ۰/۹۰ تا ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی سازه آن نیز با استفاده از تحلیل عامل بررسی شده و ساختار تک‌عاملی آن مورد تأیید قرار گرفت. به طوری که عامل مورد نظر در سه بار اجرا ۳۱/۱ تا ۳۴/۱ درصد واریانس بخش‌ها را تبیین کرده است (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۱ برآورد شد.

• یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از آن بود که از مجموع ۱۲۰ شرکت‌کننده ۶۰ درصد زن و ۴۰ درصد مرد بودند که از بین آنها ۲۱/۶۶ درصد (۲۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم یا پایین‌تر، ۴۵ درصد (۵۴ نفر)، دارای مدرک کارشناسی، ۲۳/۳۳ درصد (۲۸ نفر)، دارای مدرک کارشناسی ارشد و ۱۰ درصد (۱۲ نفر) دارای تحصیلات دکتری بودند. طبق نتایج جدول ۱، میانگین نمونه آماری در متغیرهای ناگویی هیجانی ۶۱/۰۱، در سبک حل تعارض ۳/۰۸، در مقیاس کیفیت رابطه والد-کودک ۹۶/۵۴ و در مقیاس شکایت‌های روان‌تنی برابر با ۵۰/۳۶ بود.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

تعداد ماده	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
۲۰	۶۱/۰۱	۱۶/۲۱	۳۰	۸۹
۲۸	۳/۰۸	۱/۱۶	۱	۵
۳۳	۹۶/۵۴	۲۵	۵۳	۱۵۵
۳۰	۵۰/۳۶	۱۴/۳۵	۲۴	۸۱

به‌عنوان پیش‌نیاز انجام تحلیل‌های رگرسیونی و ارائه تصویر روشن‌تری از ارتباط میان متغیرهای پژوهش، در جدول ۲، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش محاسبه شده است. همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است تمامی متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ دارای روابط معنادار هستند.

از پیش‌فرض‌های (pls) معناداری مدل اندازه‌گیری یا به عبارتی شاخص‌های روایی و اعتبار مدل است. جهت سنجش اعتبار از آزمون آلفای کرونباخ، اعتبار ترکیبی و جهت سنجش روایی هم‌گرای مدل از شاخص متوسط واریانس استخراج شده (AVE) استفاده گردید. همان‌طور که در جدول ۳ گزارش شده است از آنجایی که در تمام متغیرهای پژوهش مقادیر مربوط به اعتبار متغیرها بالاتر از ۰/۷ و مقادیر مربوط به AVE بالاتر از ۰/۵ است. مدل از اعتبار و روایی هم‌گرای مطلوبی برخوردار است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ناگویی هیجانی	سبک حل تعارض	کیفیت رابطه والد-کودک	شکایت‌های روان‌تنی
-	-	-	-
** ۰/۴۲۲	-	-	-
** ۰/۸۹۱-	** ۰/۵۲۷	-	-
** ۰/۸۷۲	** ۰/۴۳۴	** ۰/۸۸۶	-

جهت بررسی روایی واگرا یا افتراقی مدل از شاخص فورنل- لاکر استفاده شد. همانطور که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است، مقادیر قطر اصلی ماتریس (جذر ضرایب AVE هر سازه) از مقدار همبستگی که در خانه‌های زیرین و راست آنها قرار دارد بیشتر است؛ روایی واگرای مدل از سطح مطلوبی برخوردار است.

پس از سنجش مدل اندازه‌گیری و به عبارتی تأیید روایی و اعتبار مدل، مدل ساختاری پژوهش ارزیابی می‌شود. با استفاده از مدل ساختاری می‌توان به بررسی فرضیه و سؤال‌های پژوهش پرداخت. مدل مفهومی آزمون شده و یا خروجی الگوریتم pls که حاوی ضرایب مسیر و سطح معناداری آن و مقدار R^2 در شکل ۲ ارائه شده است.

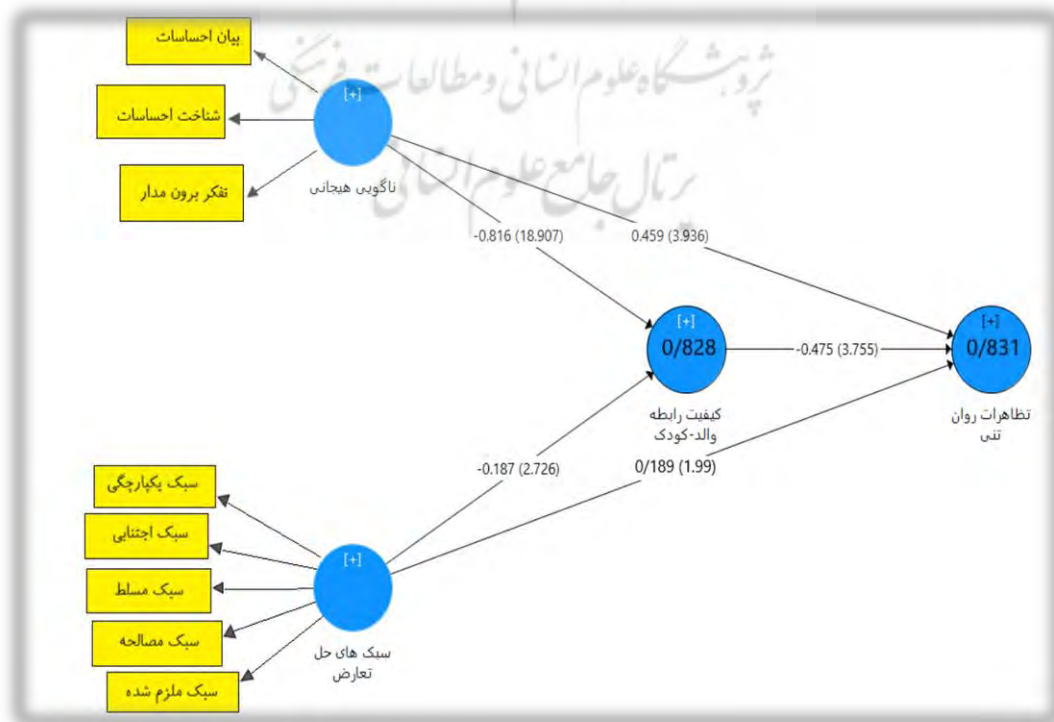
اعدادی که در مسیر سازه‌ها با یکدیگر وجود دارد، بیانگر ضریب Beta استاندارد شده در رگرسیون است. هرچه مقدار این شاخص بزرگ‌تر باشد پیش‌بینی قوی‌تری صورت می‌گیرد. اعداد داخل هر دایره نشان‌دهنده ضریب تعیین یا R^2 سازه‌های اصلی یا متغیر ملاک است؛ یعنی میزان واریانس مشترک متغیر ملاک و متغیرهای پیش‌بین. همان‌طور که در شکل ۲ قابل مشاهده است، تمامی ضرایب مسیر متغیرها در سطح ۹۵ درصد ($p < 0/05$) دارای روابط معنادار هستند. مقادیر داخل کمان آماره t-value هستند که همگی بالاتر از ۱/۹۶ است.

جدول ۳. شاخص‌های روایی و اعتبار مدل اندازه‌گیری

آلفای کرونباخ	اعتبار ترکیبی (CR)	AVE
۰/۸۱۳	۰/۸۳۹	۰/۸۱۷
۰/۷۰۹	۰/۷۱۲	۰/۵۶۳
۰/۷۴۱	۰/۷۶۲	۰/۷۰۲
۰/۸۹۱	۰/۸۹۶	۰/۶۴۳

جدول ۴. شاخص روایی واگرا (آزمون فورنل و لاکر) مدل اندازه‌گیری

ناگویب هیجانی	سبک حل تعارض	رابطه والد-کودک	شکایت‌های روان‌تنی
۰/۹			
۰/۶۷	۰/۷۴		
۰/۵۳	۰/۵۶	۰/۸۳	
۰/۷۴	۰/۶۲	۰/۷۹	۰/۸



شکل ۲. مدل مفهومی، R^2 ضرایب مسیر و مقادیر t-value

جدول ۵. ضرایب مسیر، t-value و سطح معناداری مدل ساختاری

سطح معناداری	آماره t	ضریب مسیر	
۰/۰۰۰۱	۳/۹۳۶	۰/۴۵۹**	ناگویی هیجانی ← تظاهرات روان‌تنی
۰/۰۵۰	۱/۹۹۰	۰/۱۸۹*	سبک‌های حل تعارض ← تظاهرات روان‌تنی
۰/۰۰۰۱	۳/۷۵۵	۰/۴۷۵**	کیفیت رابطه والد-کودک ← تظاهرات روان‌تنی
۰/۰۰۰۱	۱۸/۹۰۷	-۰/۸۱۶**	ناگویی هیجانی ← کیفیت رابطه والد-کودک
۰/۰۰۸	۲/۷۲۶	-۰/۱۸۷**	سبک حل تعارض ← کیفیت رابطه والد-کودک

طبق نتایج شکل ۲ و جدول ۵ از ضرایب استاندارد ناگویی هیجانی ۴۵ درصد از تغییرات متغیر تظاهرات روان‌تنی را تبیین می‌کند. همچنین ۱۸ درصد از تغییرات تظاهرات روان‌تنی فرزندان توسط سبک حل تعارض والدین، ۸۱ درصد از تغییرات متغیر رابطه والد-فرزند توسط متغیر ناگویی هیجانی و ۱۸ درصد از تغییرات کیفیت رابطه والد-کودک توسط سبک حل تعارض والدین تبیین می‌شود. کیفیت رابطه والد کودک هم ۴۷ درصد از تغییرات تظاهرات روان‌تنی فرزندان را پیش‌بینی می‌کند. که با توجه به مقدار t-value تمامی ضرایب مسیر در سطح ۹۵ درصد معنادار هستند. برای سنجش نقش میانجی کیفیت رابطه والد فرزند در رابطه ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین و اختلال‌های روان‌تنی فرزندان از شاخص ضریب اثر غیرمستقیم استفاده شد. مطابق با جدول ۶ ناگویی هیجانی والدین ۳۸ درصد و سبک حل تعارض والدین ۱۲ درصد از تغییرات متغیر تظاهرات روان‌تنی فرزندان را به واسطه متغیر کیفیت رابطه والد-فرزند تبیین می‌کند. با توجه به آماره t و بالاتر بودن آن از مقدار بحرانی ۱/۹۶ میانجی بودن متغیر کیفیت رابطه والد-فرزند تأیید می‌شود.

جدول ۶. ضرایب اثر غیر مستقیم و نقش میانجی رابطه والد-فرزند در رابطه ی ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین و اختلال‌های روان‌تنی فرزندان

p-value	آماره t	انحراف معیار	اثر غیرمستقیم	
۰/۰۰۰۱	۳/۷۸۴	۰/۱۰۲	۰/۳۸۸	ناگویی هیجانی-رابطه والد-فرزند-تظاهرات روان‌تنی
۰/۰۴۷	۱/۹۹۴	۰/۰۴۵	۰/۱۲۳	سبک حل تعارض-رابطه والد-فرزند-تظاهرات روان‌تنی

• بحث

نتایج پژوهش حاکی از آن است که ناگویی هیجانی والدین به‌طور مستقیم با تظاهرات روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار دارد که با نتایج پژوهش‌های مایلز و مرلو (۲۰۲۱)، رافاگناتو و همکاران (۲۰۲۰)، سروتی و همکاران (۲۰۲۰)، ناکائو و تاکائوچی (۲۰۱۸)، لویز و همکاران (۲۰۱۸)، لین و همکاران (۲۰۱۹) و یزدان‌پناه و همکاران (۱۳۹۱) مطابقت داشت. نتایج این پژوهش‌ها نشان دادند که بین ابعاد ناگویی هیجانی کودکان و والدین رابطه معناداری وجود دارد. بین سبک‌های حل تعارض والدین و تظاهرات روان‌تنی فرزندان رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد.

نظریه‌های اولیه بیماری روان‌تنی فرض می‌کردند که سرکوب تعارضات پویا به بروز آنها در چارچوب علائم جسمانی منجر می‌شود. اگر توجه هیجانی وجود نداشته باشد رفتارهای مقابله‌ای مؤثر، مانند حالات عاطفی منفی در فرزندان همچنان ادامه خواهد داشت. به عبارتی دیگر زمانی که غمگینی، ناامیدی، عصبانیت و اضطراب فرزندان مورد توجه قرار نگیرد؛ بعداً نتیجه تداوم می‌یابد. ناگویی هیجانی یک ویژگی مشترک در رفتارهای آسیب‌رسان به خود و اختلال‌های جسمانی‌سازی است که هر دو مورد از بدن برای بیان مشکلات عاطفی و روان‌شناختی استفاده می‌کنند و ناگویی هیجانی یک مخرج مشترک در استفاده از بدن به‌جای کلمات برای بیان احساس‌ها در مورد بیماری روانی است (رافاگناتو و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر اختلال روان‌تنی با مجموعه‌ای یکنواخت از علائم مشخص نمی‌شود، بلکه یک گروه ناهمگن از علائم است که ممکن است در افراد مختلف و در یک فرد در طول زمان متفاوت باشد. انبوهی از تظاهرات جسمی احتمالی احساس‌ها، مانند افزایش ضربان قلب، اختلال در عملکرد دستگاه گوارش و تنش عضلانی، در بسیاری از علائم جسمی احتمالی که افراد بدن‌ساز تجربه می‌کنند، منعکس می‌شوند و همچنین فردی که توانایی تشخیص و برچسب‌زدن حالات عاطفی خود را ندارد، ممکن است روی هر یک از این احساس‌های جسمانی تمرکز کرده و در نتیجه انواع علائم جسمانی ممکن را ایجاد کند، بنابراین در صورتی که والدین قدرت تشخیص هیجان‌ها را

نداشته باشند، فرزندان نیز در شناخت و بیان هیجان‌های خود دچار مشکل شده و ممکن از علائم بدنی برای تخلیه عاطفی خود استفاده کنند (بالوتین و همکاران، ۲۰۱۴). از طرفی ممکن است که این ارتباط به صورت متقابل باشد. به عبارتی تشخیص یک بیماری مزمن در خانواده منجر به تعدادی تغییر در روال روزانه و همچنین تخصیص مجدد نقش‌های خانوادگی می‌شود. این تغییرات می‌تواند بر هیجان‌های والدین تأثیرگذار باشد؛ بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که ناگویی هیجانی والدین در بروز اختلال‌های روان‌تنی فرزندان نقش داشته باشد (گارلدا و راسک، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که سبک‌های حل تعارض والدین با اختلال‌های روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار دارد. این نتیجه با نتایج مطالعات لین و همکاران (۲۰۲۰)، فوسکو و همکاران (۲۰۱۹)، گارلدا و رسک (۲۰۱۵)، هارت و همکاران (۲۰۱۳) و یزدان‌پناه و همکاران (۱۳۹۱)، در یک راستا هستند. جو نامطلوب خانواده، که در آن عوامل استرس‌زای روانی - اجتماعی و سطوح بالای تعارض به‌طور مداوم وجود دارد، ممکن است محیطی را ایجاد کند که آسیب‌پذیری کودک در ایجاد و حفظ مشکلات روان‌تنی افزایش یابد (گارلدا و رسک، ۲۰۱۵؛ ون گیلز و همکاران، ۲۰۱۴). کودکانی که در معرض تعارض‌های شدید والدین قرار دارند، ترس از طردشدن، تمایل به تجربه حسادت و خشم، کسب اطمینان بیش از حد، و تمایل به درونی‌کردن چالش‌های روزانه و مشکلات بین‌فردی، ایجاد استرس روانی بیشتر و فراتر از استرس موجود ناشی از فرآیندهای مخرب خانواده را نشان می‌دهند (لوکن و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که ارزیابی ناسازگارانه کودک از تعارض منجر به مشکلات درونی و بیرونی می‌شود (فوسکو و برای، ۲۰۱۶؛ فوسکو و لیدون استالی، ۲۰۱۹). کودکانی که احساس می‌کنند، نمی‌توانند به‌طور مؤثر با تعارض والدین خود کنار بیایند، ممکن است افکار یا احساس‌های مزاحم را تجربه کنند یا به درگیری والدین کشیده شوند، که به احتمال زیاد منجر به افزایش ترس و اضطراب و سایر مشکلات روانی و عاطفی می‌شود (فیگ و همکاران، ۲۰۱۸). به‌طور ویژه طبق نتایج پژوهش‌ها، تعارض والدین با اضطراب دلبستگی و علائم جسمی و اضطراب دلبستگی با علائم جسمی مرتبط است (لین، ۲۰۱۹). بنابراین روابط خانوادگی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی کودکان از جمله سلامت عاطفی، روانی و جسمی آنها تأثیرگذار است و در رابطه فرزندان با اختلال‌های روان‌تنی این نقش مهم‌تر می‌شود. در تعبیر نتایج این مطالعات می‌توان بیان کرد که اگر در خانواده بین اعضا تنش برقرار باشد، کودک در ایجاد روابط مطلوب با دیگران، مقابله صحیح با فشارهای روانی و رشد سالم روانی و رفتاری، دچار مشکل شده و مستعد اختلال‌های روان‌تنی خواهد شد. تعارض‌های والدین در روابط بین‌فردی با فرزندان به‌طور عمده به این بستگی دارد که چگونه آنها یاد گرفته‌اند که تعارض را در محیط‌های خانوادگی خود مدیریت کنند. استفاده از سبک‌های مدیریت تعارض سازنده مانند حل مسئله، سازش، محبت، شوخ‌طبعی و عذرخواهی. استفاده از سبک‌های مثبت مدیریت تعارض یکی از عناصر تشکیل‌دهنده یک رابطه بین‌فردی پربار است. در مقابل استفاده از سبک‌های مخرب مدیریت تعارض مانند تهدید، توهین و کناره‌گیری، می‌تواند روابط والدین با فرزند مبتلا به اختلال‌های روان‌تنی را مختل کند (کامپنگز و همکاران، ۲۰۰۲). به این دلیل تعارضات والدین و نحوه مدیریت تعارض‌ها با ناسازگاری‌های کودکان، از جمله طیف گسترده‌ای از اختلال‌های درونی و بیرونی، مانند علائم افسردگی، رفتار منزوی، پرخاش‌گری، مشکلات رفتاری و شکایت‌های روان‌تنی مرتبط است (لین و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین طبق نتایج پژوهش حاضر، کیفیت رابطه والد-فرزند به‌طور مستقیم با شکایت‌های روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار داشت. این نتیجه با نتایج مطالعات آگوستین و همکاران (۲۰۲۱)، هگکوئیست (۲۰۱۶)، و برگستروم و همکاران (۲۰۱۵) مطابقت داشت. رابطه خوب والدین و فرزند ممکن است احساس ازدست‌دادن کودکان را کاهش دهد و ممکن است به فرزندان اجازه دهد تا به‌طور مؤثرتری از منابع مالی و عاطفی والدین خود سود ببرند (آگوستین و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین رابطه بین والدین و فرزند پیامدهای گسترده‌ای در پیامدهای رشدی کودک دارد. برای تخمین مناسب موقعیت خانواده به‌عنوان عامل تعیین‌کننده مشکلات روان‌تنی نوجوانان، باید ساختار خانواده و همچنین عملکرد درونی آن در نظر گرفته شود (هاگکوئیست، ۲۰۱۶). در مطالعه او روابط کودک و والدین به‌عنوان یک متغیر مستقل قدرتمند ظاهر شد که به‌شدت با مشکلات روان‌تنی مرتبط بود و رابطه بدتر با والدین، احتمال بروز مشکلات روان‌تنی را بین ۰/۱۱ تا ۰/۱۷ افزایش داد؛ بنابراین او نتیجه گرفت رابطه کودک و والدین یک عامل تعیین‌کننده قوی برای مشکلات روان‌تنی است.

کیفیت روابط والد کودک با مشکلات روان‌تنی کودکان به‌عنوان علائم یا بیماری‌های جسمی ناشی از تأثیر متقابل فرآیندهای روانی-اجتماعی و فیزیولوژیکی رابطه دارد (برگستروم و همکاران، ۲۰۱۵؛ هاگکوئیست، ۲۰۱۶). شکلیت‌های روان‌تنی کودکان باکیفیت رابطه والدین با کودک تبیین می‌شود. روابط بهتر والدین با کودک به نوبه خود، سطوح پایین‌تری از مشکلات روان‌تنی را در کودکان پیش‌بینی می‌کند (آگوستین و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین براساس یافته‌های پژوهش حاضر اختلال‌های روان‌تنی فرد باکیفیت رابطه والد-فرزند قابل توضیح است. رابطه کودک و والدین یک عامل تعیین‌کننده قوی برای مشکلات روان‌تنی است. برای تخمین مناسب موقعیت خانواده به‌عنوان عامل تعیین‌کننده مشکلات روان‌تنی نوجوانان، باید ساختار خانواده و همچنین عملکرد درونی آن در نظر گرفته شود (هاگکوئیست، ۲۰۱۶). روابط کودک و والدین به‌عنوان یک متغیر مستقل قدرتمند ظاهر شد که به‌شدت با مشکلات روان‌تنی مرتبط بود و رابطه بدتر با والدین، احتمال بروز مشکلات روان‌تنی را بین ۰/۱۱ تا ۰/۱۷ افزایش داد (هاگکوئیست، ۲۰۱۶)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که رابطه کودک و والدین یک عامل تعیین‌کننده قوی برای پیش‌بینی مشکلات روان‌تنی است.

از طرفی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی والدین به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد فرزند با تظاهرات روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار داشت. این نتیجه با نتایج مطالعات آرنبرگ و همکاران (۲۰۲۰)، کاستا، استفنگن و ووگل (۲۰۱۹) و احمدی‌خواه و همکاران (۱۳۹۶) از رابطه منفی بین ناگویی هیجانی والدین و کیفیت رابطه والد-فرزند و نتایج مطالعات آگوستین (۲۰۲۱)، هگکوئیست (۲۰۱۶) و برگستروم و همکاران (۲۰۱۵) از رابطه کیفیت رابطه والد-فرزند و تظاهرات روان‌تنی فرزندان حمایت می‌کند.

ناگویی هیجانی مشکلات بین‌فردی زیادی ایجاد می‌کند؛ زیرا این افراد از روابط نزدیک عاطفی اجتناب می‌کنند و حتی اگر چنین روابطی را ایجاد کنند، تمایل دارند وابسته یا غیرشخصی باشند. در نتیجه، چنین رابطه‌ای سطحی باقی می‌ماند. روابط والد-فرزند نیز از این قاعده مستثنا نیست. ناگویی هیجانی والدین ممکن است بر توانایی والدین تأثیر بگذارد و باعث کیفیت پایین‌تر رابطه والد-کودک شود (آرنبرگ و همکاران، ۲۰۲۰). وقتی مراقبان نسبت به ارتباطات عاطفی کودکان کوچک‌تر واکنش نشان نمی‌دهند و بیان عاطفی خود مراقبان بی‌رحمانه، ناسازگار یا نفرت‌انگیز است، کودکان به‌طور ناایمن دلبستگی پیدا می‌کنند و نمی‌توانند ظرفیت‌های خود را برای ارتباط عاطفی و خودتنظیمی به‌طور کامل توسعه دهند (کاستا و همکاران، ۲۰۱۹). از سویی دیگر، ناگویی هیجانی والدین ممکن است بر توانایی والدین تأثیر بگذارد و باعث کیفیت پایین‌تر رابطه والد-کودک شود. والدین ممکن است به دلیل ناتوانی در درک و بیان احساسات و حالات عاطفی، در واکنش عاطفی و حفظ روابط مثبت با فرزندان خود مشکل داشته باشند (تملترک و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین ممکن است ناگویی هیجانی والدین به دلیل تأثیر منفی که روی ارتباط با فرزندان دارد؛ به اختلال‌های عاطفی و روانی کودک از جمله اختلال‌های روان‌تنی در کودکان منجر شود.

همچنین نتایج نشان داد که سبک حل تعارض والدین به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد-فرزند با تظاهرات روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار داشت که با نتایج مطالعه فیگ و همکاران (۲۰۲۱)، جلالی و همکاران (۱۳۹۳)، گارالدا و رسک (۲۰۱۵)، شولت و پیترمن؛ ون‌گیلز و همکاران (۲۰۱۴) و لین و همکاران (۲۰۱۹) مطابقت داشت. سبک‌های حل تعارض والدین با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد-فرزند، با اختلال‌های روان‌تنی فرزندان ارتباط دارد؛ تأیید شد. این یافته با مطالعات فیگ و همکاران (۲۰۲۱)، جلالی و همکاران (۱۳۹۳)، گراهام و همکاران (۲۰۱۲)، ون‌گیلز و همکاران (۲۰۱۴) و لین و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. رشد عاطفی و روانی سالم به مرزهای بین‌فردی ثابت و روشن بین اعضای خانواده، پیوند زناشویی قوی، و خودداری والدین از ایجاد ائتلاف با فرزند برای مخالفت با والد دیگر بستگی دارد. ساختارهای ناکارآمد خانواده که شامل تعارضات زناشویی، ائتلاف‌ها، درگیری بیش از حد والدین-کودک و معکوس شدن نقش والدین-کودک است، کودکان را وادار می‌کند تا در سیستم خانواده درگیر بمانند و معمولاً منجر به اختلال در رشد عاطفی و همچنین مشکل در تلاش‌های بعدی برای جداسازی از خانواده می‌شود (فیگ و همکاران، ۲۰۲۱). انتقال خصوصیت از رابطه زناشویی به رابطه والد-کودک می‌تواند مشکلات برونی‌سازی کودکان را پیش‌بینی کند (گراهام و همکاران، ۲۰۱۵). اکثر این مطالعات تعارض زناشویی را به‌عنوان رفتارهای تعارض آشکارا خصمانه (مانند فریادزدن، انتقادکردن، ضربه‌زدن یا پرتاب‌کردن چیزها) تعریف می‌کنند؛ بنابراین نحوه حل تعارض والدین می‌تواند موجب اختلال در رابطه والد فرزند و به‌دنبال آن مشکلات سازگاری فرزندان از جمله اختلال‌های روان‌تنی فرزندان شود.

• نتیجه گیری

در این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ناگویی هیجانی والدین، سبک‌های حل تعارض والدین و کیفیت رابطه والد-فرزند به‌طور مستقیم با شکایت‌های روان‌تنی فرزندان رابطه معنادار دارند. همچنین ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین می‌توانند به‌طور غیرمستقیم و با میانجی‌گری کیفیت رابطه والد-فرزند تظاهرات روان‌تنی فرزندان را پیش‌بینی کنند. به‌عبارتی دیگر، زمانی که ناگویی هیجانی والدین، سبک‌های حل تعارض والدین از مسیر کیفیت رابطه والد-فرزند می‌گذرد، می‌تواند شکایت‌های روان‌تنی فرزندان را بیشتر تبیین کند. با توجه به اینکه این پژوهش در جامعه ایران انجام شده است، نتایج آن به ویژگی‌ها و نیازهای اجتماعی و خانوادگی این جامعه تأکید دارد و برای طراحی برنامه‌های درمانی و ارائه مداخله‌ها در شکایت‌های روان‌تنی کودکان و نوجوانان در جامعه ایران به‌عنوان یک منبع معتبر قابل استفاده است. از این رو، نتایج این پژوهش می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای مهم برای پژوهش‌های آتی و توسعه روش‌های پیش‌گیری و درمانی شکایت‌های روان‌تنی در جامعه ایران مورد استفاده قرار گیرند. افزون بر این نقش میانجی‌گری متغیر کیفیت رابطه والد-فرزند روی رابطه ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض والدین با شکایت‌های روان‌تنی فرزندان رهنمودهایی ارائه می‌کند که والدین و روان‌شناسان حوزه کودک و نوجوان به نقش ناگویی هیجانی و سبک حل تعارض آگاه شوند و با تشویق و به‌کارگیری یک رابطه کارآمد بین والد و فرزند در پیشگیری از شکایت‌های روان‌تنی فرزندان و همچنین به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار در فرآیند درمان سهیم شوند. از آنجایی که پژوهش حاضر روی مراجعه‌کنندگان در مراکز خدمات بهداشتی و درمانی شهر اصفهان انجام شده است، ممکن است شرایط اجتماعی و خانوادگی شرکت‌کنندگان بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشند. از این رو در نتیجه‌گیری، تبیین و تعمیم نتایج محدودیت ایجاد می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نقش این متغیرها، مطالعه یا کنترل شوند.

• تعارض منافع

به اظهار نویسندگان در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض و منافعی وجود ندارد.

• تقدیر و تشکر

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند که از همکاری مسئولین مراکز درمانی اختلال‌های روان‌تنی شهر اصفهان و همچنین از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی کند.

• منابع

- Abareshi, Z., Tahmasian, K., Mazaheri, M. A., & Panaghi, L. (2009). The impact of psychosocial Child Development training program, done through improvement of mother-child interaction, on parental self-efficacy and relationship between mother and child under three. *Journal of Research in Psychological Health*, 3(3):49-58.
- Ahrnberg, H., Pajulo, M., Scheinin, N. M., Karlsson, L., Karlsson, H., & Karukivi, M. (2020). Association between parental alexithymic traits and self-reported postnatal reflective functioning in a birth cohort population. Findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*, 286, 112869.
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bagby, RM., Taylor, GJ., Parker JD. (1994) The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*, 38(1):33-40.
- Balottin, L., Nacinovich, R., Bomba, M., & Mannarini, S. (2014). Alexithymia in parents and adolescent anorexic daughters: comparing the responses to TSIA and TAS-20 scales. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1941-1951. <https://doi.org/10.2147/NDT.S67642>
- Beck J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of pediatric psychology*, 33(5), 547-562. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm113>
- Bergström, M., Fransson, E., Modin, B., Berlin, M., Gustafsson, P. A., & Hjern, A. (2015). Fifty moves a year: is there an association between joint physical custody and psychosomatic problems in children? *Journal of epidemiology and community health*, 69(8), 769-774. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205058>
- Bondar-Kakhaki, Z., Shid-Anbarani, B., & Aghamohammadian-Sharbaaf, H. (2021). The Role of Cognitive Emotion Regulation and Mother-Child Relationship in Prediction of Psychological Well-Being of Mothers with Intellectual Disabled Children. *Journal of Psychology*, 96(4), 490.

- Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., Solano, L., & Di Trani, M. (2020). Alexithymic Traits and Somatic Symptoms in Children and Adolescents: a Screening Approach to Explore the Mediation Role of Depression. *The Psychiatric quarterly*, 91(2), 521–532. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09715-8>
- Cottrell D. J. (2016). Fifteen-minute consultation: Medically unexplained symptoms. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition*, 101(3), 114–118. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309344>
- Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(4S), S49–S60. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- De Gucht, V., & Maes, S. (2006). Explaining medically unexplained symptoms: toward a multidimensional, theory-based approach to somatization. *Journal of psychosomatic research*, 60(4), 349–352. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.021>
- Eminson D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 27(7), 855–871. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.007>
- Farzadnia, M. (2022). The role of alexithymia to predict high-risk behaviors based on mediating role of perceived social support. *Journal of Psychology*, 25(4), 550-559.
- Figge, C. J., Martinez-Torteya, C., & Weeks, J. E. (2018). Social–ecological predictors of externalizing behavior trajectories in at-risk youth. *Development and psychopathology*, 30(1), 255-266.
- Fosco, G. M., & Bray, B. C. (2016). Profiles of cognitive appraisals and triangulation into interparental conflict: Implications for adolescent adjustment. *Journal of Family Psychology*, 30(5), 533.
- Fosco, G. M., & Lydon Staley, D. M. (2019). A within family examination of interparental conflict, cognitive appraisals, and adolescent mood and well being. *Child Development*, 90(4), e421-e436.
- Fosco, G. M., DeBoard, R. L., & Grych, J. H. (2007). Making sense of family violence: Implications of children's appraisals of interparental aggression for their short-and long-term functioning. *European psychologist*, 12(1), 6.
- Garralda, M. E. and Rask, C. U. (2015) Somatoform and related disorders. Rutter's child and adolescent psychiatry, 6th ed., John Wiley & Sons, 1035–1054.
- Gerard, A.B. (1994). Parent-Child Relationship Inventory Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Hagquist, C. (2016). Family residency and psychosomatic problems among adolescents in Sweden: The impact of child-parent relations. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44 (1), 36–46. doi:10.1177/1403494815610664
- Janca, A., Isaac, M., & Ventouras, J. (2006). Towards better understanding and management of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 5-12. doi:10.1080/09540260500466766
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). The associations between parental conflict, attachment anxiety, and somatic symptoms in adult children affected by parental separation. *Journal of Divorce & Remarriage*, 61(3), 168-185.
- López, Esther & Puente, Cecilia & Benito-Moreno, Silvia. (2018). Is there any relation between alexithymia in parents and children? Effects on children's quality of life. Electronic. *Journal of Research in Education Psychology*. 16. 10.25115/ejrep. V16i44.1939.
- Luecken, L. J., Hagna, M. J., Wolchik, S. A., Sandlender, I. N., & Tein, J. Y. (2016). A longitudinal study of the effects of child-reported maternal warmth on cortisol stress responses 15 years after parental divorce. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 163–170. doi:10.1097/PSY.0000000000000251
- Mnif, D., Hadjkacem, I., & Sellami, R. (2023). Alexithymia in adolescents treated for psychiatric disorders: A study of the relationship with Alexithymia in parents and with the parental link. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S719. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1507>
- Myles, L. A. M., & Merlo, E. M. (2021). Alexithymia and physical outcomes in psychosomatic subjects: a cross-sectional study. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 8(1), 86-93.
- Nakao, M., & Takeuchi, T. (2018). Alexithymia and somatosensory amplification link perceived psychosocial stress and somatic symptoms in outpatients with psychosomatic illness. *Journal of clinical medicine*, 7(5), 112.
- Pianta, R. C. (1994). Patterns of relationships between children and kindergarten teacher. *Journal of school psychology*, 32, 15-32.
- Raffagnato, A., Angelico, C., Valentini, P., Miscioscia, M., & Gatta, M. (2020). Using the Body When There Are No Words for Feelings: Alexithymia and Somatization in Self-Harming Adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 11, 262. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00262>
- Rahim, M. A. & Magnet, N. R. (1994). Convergent and discriminate validity of the rahim organizational conflict inventory. *Psychological Report*, 74, 35-38.

- Rezapour, M., Soori, H., Nezam Tabar, A., & Khanjani, N. (2020). Psychosomatic Problems and their Relation with Types of Involvement in School Bullying in Iranian Students: A Cross-Sectional Study. *International Journal of School Health*, 7(1), 6-13.
- Shahabi-vand, S., Afshari, A., & Cheragh-Mollaei, L. (2021). The efficiency of trauma focused-cognitive behavioral therapy on mood and somatic symptoms of children with interpersonal trauma. *Journal of Psychology*. 25(2), 236–254.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymia' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.
- Steele, E. H., & McKinney, C. (2019). Emerging adult psychological problems and parenting style: Moderation by parent-child relationship quality. *Personality and individual differences*, 146, 201-208.
- Takata Y, Sakata Y. Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58(1): 3-7
- van Gils, A., Janssens, K. A., & Rosmalen, J. G. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(11), 1354–1361. <https://doi.org/10.1037/hea0000073>
- Yazdanpanah M H, Hazrati A, Kiani S, Ashrafabadi M.(2013) The Role of Parent's Conflict Resolution Styles in Children's Social Adjustment and Their social Problem Solving. *Social Welfare Quarterly*, 12 (47) :267-279.

