

## ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه باورهای درد کودکان

حسین اتابکی<sup>۱</sup>، صدیقه حیدری<sup>۲</sup>، پریسا کریمی<sup>۳</sup>، شکیب لجمیری<sup>۴</sup>

<sup>۱،۲،۳</sup> کارشناس ارشد روانسنجی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

حسین اتابکی

### چکیده

براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با یک آسیب بافتی فعال یا بالقوه می‌باشد. تا امروز، بیشتر مطالعات انجام شده در کشور تنها به بررسی باورهای درد در بین افرادی که دچار بیماری‌های مختلف هستند پرداخته‌اند و هیچکدام به باورهای درد در افراد سالم آن هم کودکان و نیز بررسی ویژگی‌های روانسنجی ابزار بکار گرفته شده اقدام ننموده‌اند. هدف این پژوهش بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه باورهای درد کودکان می‌باشد. نمونه آماری ۲۷۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تبریز بوده که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، تحلیل عاملی اکتشافی (چرخش مایل) و آلفای کرونباخ با نرم‌افزار SPSS-24 و حداکثر درست‌نمایی با نرم‌افزار Lisrel-8.72 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد  $KMO=0.704$ ، آزمون کرویت بارتل با تقریب کای اسکوئر  $1916/237$  و ارزش‌ویژه اولیه برای هر سه عامل بزرگتر از ۱ حاصل شد. در مدل ارائه شده  $X2=474.90$ ،  $RMSEA=0.102$ ،  $RMR=0.099$ ،  $CFI=0.68$ ،  $NFI=0.60$ ،  $IFI=0.68$ ،  $RFI=0.54$  مناسب گزارش شد که بر روی هم  $38/872$  درصد واریانس را تبیین کردند. مقدار آلفا برای عامل اول  $0/769$ ، عامل دوم  $0/693$  و عامل سوم  $0/634$  و پایایی کلی پرسشنامه نیز  $0/701$  بدست آمد. در مجموع پرسشنامه از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** پرسشنامه باورهای درد کودکان، فرم کوتاه، تحلیل عاملی، حداکثر درست‌نمایی.

## مقدمه

ناتوانی در ارائه تعریفی واضح برای درد علت بنیادی مشکل بودن اندازه‌گیری آن می‌باشد (اسملزر و همکاران، ۲۰۰۸). بسیاری از پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده، با افزایش عملکرد روانی، افزایش سلامت جسمی و روانی، احساس تنهایی کمتر و سازگاری بهتر همراه است و بر ابعاد سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد (برکمان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ هالت لونسند<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نیز در زمینه ارتباط ابعاد حمایت اجتماعی با ادراک درد، نشان داده است که حمایت ادراک شده از طرف خانواده، قوی‌ترین ارتباط را با ادراک کمتر از شدت کلی درد و به خصوص ادراک حسی کمتر از درد دارد. به عبارت دیگر هر چه میزان حمایت اجتماعی بیشتر باشد فرد دردهای حسی کمتری را ادراک می‌کند و کیفیت حسی درد در قالب زمان، مکان، فشار، گرمی و سایر خصوصیات آن کمتر آزار دهنده می‌شود (کانو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). باورها در مورد درد جزء مرکزی تجربه درد می‌باشد (گاتچل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ تورک و رودی<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶؛ جنسن<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). ارزیابی شناختی درد به عنوان تهدید شدید و فراتر از توانایی فرد برای مقابله با آن به طور موثر با مقابله غیرفعال با درد همراه می‌باشد (استرهل<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). مقابله منفعل، به نوبه خود، اثرات منفی مستقیم بر شدت درد و ناتوانی بلند مدت، نشان داده شده است (جونز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ مرکودو<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). برای اندازه‌گیری تغییرات در فرآیندهای شناختی که ممکن است واکنش درمان را به طور میانگین در نظر بگیرند، اندازه‌گیری‌های روانسنجی صحیح ارزیابی‌های مرتبط با درد ضروری است. اگرچه بسیاری از آزمایشات، درمان رفتاری شناختی اثربخشی را برای درد مزمن ارزیابی کرده‌اند، اما این‌ها تنها تعداد کمی از پروسه‌هایی را که توسط این درمان‌ها تأثیرات خود را اعمال می‌کنند، بررسی نموده‌اند (فیشر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از مشکلات کودکان و به عبارتی باور درد کودکان کودک آزاری است که یکی از مسائل مهم امنیت اجتماعی محسوب می‌شود. کودک‌آزاری شامل هرگونه آسیب جسمی، روانی، جنسی، غفلت و بهره‌کشی از فرد زیر ۱۸ سال توسط والدین و یا سایر افراد است که به صورت بالقوه باعث آسیب بر رشد، سلامت و بقاء کودک می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹).

سوء رفتار با کودک یک مشکل جهانی است که هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای پیشرفته مشاهده می‌شود. وزارت بهداشت آمریکا اعلام کرد که دو و نیم میلیون مورد کودک آزاری در سال ۲۰۰۹ میلادی گزارش شده که شامل ۳,۷۰۰,۰۰۰ کودک بوده است. هشتاد درصد از این آزارها توسط والدین بوده و ۱۷۷۰ نفر از کودکان توسط کسانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند فوت کرده‌اند (دیپارتمان بهداشت روانی، ۲۰۱۰).

مهمترین پیامد کودک آزاری مرگ و میر بوده ولی عواقب دیگری نیز دارد که کودکی و بزرگسالی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد (مک میلان و موون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). عواقب اجتماعی و بهداشتی کودک آزاری نسبت به مرگ و آسیب‌های جسمی و روانی آن خیلی وسیعتر است (بوئچرا و هاروی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶)، به طوری که بر اساس نتایج مطالعات، اختلالاتی مانند افسردگی اساسی، اختلال هراس، وابستگی به الکل، اختلال سلوک، اختلال استرس بعد از ضربه، اضطراب جدایی و وجود رفتارهای خودکشی در این افراد بیشتر است (مک میلان و موون<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۱). همچنین، به احتمال زیاد این کودکان در آینده والدین آزار دهنده‌ای خواهند شد (کاپریز و جانسون<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲). کودک‌آزاری علاوه بر اثرات جسمانی، روانی و اجتماعی به دلیل هزینه‌های ناشی از درمان، بستریهای طولانی مدت و هزینه‌های سلامت روان، بار اقتصادی زیادی را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (همان).

پرسشنامه باورهای درد ۳۲ سوالی، یک مقیاس اندازه‌گیری خودگزارش باورهای درد کودکان و نوجوانان مبتلا به درد مزمن است که ارزیابی‌های شناختی را ارزیابی می‌کند که ممکن است استراتژی‌های مقابله با کودکان از جمله ناتوانی، حالت و شدت درد را تحت تأثیر قرار دهد (والکر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). این پرسشنامه از سوی چندین محقق در مطالعات با طرح‌های مختلف (به عنوان مثال مطالعات

1 - Berkman  
2 - Holt Lunstad  
3 - Cano  
4 - Gatchel  
5 - Rudy  
6 - Jensen  
7 - Strahl  
8 - Jones  
9 - Mercado  
10 - Fisher  
11 - MacMillan HL, Munn C  
12 - Butchart A, Harvey  
13 - MacMillan HL, Munn C  
14 - Kairys SW, Johnson CF  
15 - Walker

مقطعی، طولی و تصادفی کنترل شده) مورد استفاده قرار گرفته است (لانگر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ لوی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ لیپانی<sup>۳</sup> و والکر، والکر، ۲۰۰۶؛ لیپزیس<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

در ارتباط با باورهای درد کودکان تاکنون پرسشنامه‌های اندکی در خارج کشور در قالب پژوهش با هدف‌های خاصی که گروه ویژه‌ای از افراد جامعه را پوشش می‌دادند مورد بررسی روانسنجی قرار گرفته‌اند از جمله "پرسشنامه باور درد کودکان: خواص روان‌سنجی فرم کوتاه" (آماندا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، "پرسشنامه باورهای درد کودکان: خواص روانسنجی فرم کوتاه" (استون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، "اندازه‌گیری باورهای والدین در مورد پذیرش درد توسط کودک: بررسی مقدماتی اعتبار و پرسشنامه پذیرش درد مزمن، گزارش پدر و مادر" (لورا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، "توسعه و اعتبار پرسشنامه پاسخ به درد کودکان" (لین<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)، و "پرسشنامه باورهای درد فرم بلند ۳۲ سوالی" (والکر و همکاران، ۲۰۰۵). اما در کشور ما تا به امروز هیچ پرسشنامه‌ای در این حیطه تدوین نگردیده است.

در بین پرسشنامه‌های ذکر شده، فرم کوتاه پرسشنامه ۱۸ سوالی باورهای درد کودکان که توسط استون و همکاران در سال ۲۰۱۶ در "مجله درد" چاپ گردیده، یک فرم کوتاه از ۳۲ پرسش اصلی پرسشنامه باورهای درد کودکان می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس تهدید، اثربخشی مقابله‌ای مساله محور و خرده مقیاس اثربخشی مقابله‌ای احساس محور می‌باشد که مورد بررسی روانسنجی واقع شده و نتایج آن در مجلات خارجی ثبت گردیده است، اما با توجه به بررسی‌های انجام شده در خصوص این پرسشنامه، تاکنون هیچ بررسی روانسنجی در ایران بر روی فرم ۱۸ سوالی این پرسشنامه صورت نپذیرفته است؛ لذا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا "فرم کوتاه پرسشنامه باورهای درد کودکان" در نمونه ایرانی دارای ویژگی‌های روانسنجی (روایی و اعتبار) قابل قبول هست یا خیر؟

### پیشینه پژوهش

اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی تحت عنوان نقش باورهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری سرطان بیان کردند که؛ باورهای مربوط به درد با شدت درد و میزان اختلال در عملکرد روزانه رابطه دارد. همچنین همبستگی‌های معناداری بین باور به استمرار درد در آینده، باور به ثبات درد در زمان حال و باور به اسرارآمیز بودن درد و بسیاری از شاخص‌های سلامت وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که پس از کنترل عامل سن، باور عمیق‌تر به ثبات درد در زمان حال، پیش‌بینی‌کننده درد شدیدتر و اختلال بیشتر در عملکرد روزانه است. علاوه بر این، نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری حاکی از آن است که پس از کنترل شدت درد، باور عمیق‌تر به ثبات درد در زمان حال پیش‌بینی‌کننده درد بدنی بیشتر و سلامت عمومی و سرزندگی ضعیف‌تری است؛ همین تحلیل‌ها نشان داد که باور عمیق‌تر به استمرار درد در آینده پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی ضعیف‌تر و نیز باور عمیق‌تر به اسرارآمیز بودن درد پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی و سلامت روانی ضعیف‌تری است.

لارا<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۷) طی پژوهشی تحت عنوان "مراقبت از کودکان دارای معلولیت ذهنی قسمت ۱: تجربه با جمعیت، باورهای مربوط به درد و تصمیمات مراقبت" به این نتیجه دست یافتند که در مقایسه با کسانی که تجربه نداشتند، افراد مهدکودکی باورهای مربوط به ناتوانی مثبت بیشتری داشتند،  $t(192) = 4.23, p < .001$ . باورهای مرتبط با درد (مثلاً حساسیت به درد) بسته به شدت معلولیت ذهنی کودک و گروه‌های شرکت‌کننده متفاوت بوده است. باورهای مربوط به درد بیماران پیش‌بینی‌کننده تصمیمات مراقبت است. نتایج به دست آمده از بینش اولیه در مورد باورهای مربوط به درد بیماران در مورد کودکان مبتلا به اختلالات عقلی و درک پایه ای از روابط بین باورهای درد، ویژگی‌های فردی و تصمیمات مرتبط با درد است.

سینتیا<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۶) پژوهشی تحت عنوان "باورهای پرستاران در مورد درد در کودکان مبتلا به نقص حیاتی: به روش مطالعه متقابل" انجام دادند. یافته‌های این مطالعه در مورد باورهای پرستاران در مورد درد در کودکان مبتلا به بیماری‌های مضر با مطالعات گذشته سازگار است. حضور واکنش‌های واگرا و متناقض نشان می‌دهد که باورهای درد در پرستاران ثابت نیستند و ممکن است با ویژگی‌های بیمار متفاوت باشد.

جوردی میورو<sup>۱۱</sup> و همکارانش (۲۰۱۶) در پژوهشی رابطه مثبت بین باورهای دردناکی که به نظر نادرست و بی‌درد در ناتوانی در نظر گرفته شده‌اند را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که یکی از آن‌ها به علت درد قادر به فعالیت نیست و علاوه بر این،

<sup>1</sup> - Langer

<sup>2</sup> - Levy

<sup>3</sup> - Lipani

<sup>4</sup> - Lipsitz

<sup>5</sup> - Amanda

<sup>6</sup> - Stowne

<sup>7</sup> - Laura

<sup>8</sup> - Lynn

<sup>9</sup> - Lara

<sup>10</sup> - Cynitia

<sup>11</sup> - Jurdio Meyoro

روابط منفی بین باورهای دردناکی که به نظر می‌رسد سازگاری و شدت درد و ناتوانی را نشان می‌دهند، به واسطه اعتقاد بر این است که ورزش برای مدیریت درد مفید است. همچنین بررسی نگرشهای درد از طریق بررسی نسخه کودکان در این پژوهش تأیید شده و به نظر می‌رسد ابزار بسیار خوبی برای ارزیابی باورهای درد کودکان است و بنابراین می‌تواند ابزار موثر در مداخله درمان درد مزمن در کودکان و نوجوانان باشد.

## ابزار پژوهش

در این پژوهش ابتدا از طریق مراجعه به کتابخانه‌ها، سایت‌ها، مجلات و مقالات به مطالعه منابع پیشین پرداخته، اطلاعات اولیه را در خصوص پژوهش بدست آورده، سپس پرسشنامه باورهای درد کودکان مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری پرسشنامه مطابق طیف لیکرت بوده و روایی و پایایی آن در این پژوهش بررسی گردید.

## روش تحلیل آماری داده‌های پژوهش

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش و ساختار عاملی پرسشنامه از تحلیل عاملی اکتشافی با روش چرخش مایل و جهت بررسی سازگاری داخلی کلی پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن از ضریب آلفای کرونباخ، که معمولاً به عنوان برآورد پایایی استفاده می‌شود، استفاده گردید.

## یافته‌ها

در این پژوهش محدوده سنی پاسخ‌دهندگان از ۸ تا ۱۲ سال متغیر بوده است و بیشترین درصد فراوانی را کودکان ۸ ساله با درصد ۳۱/۲، به خود اختصاص داده‌اند.

## بررسی روایی فرم کوتاه پرسشنامه باورهای درد کودکان

جدول ۱: آزمون کایز-میر-اولکین و بارتلت

شاخص کفایت نمونه‌گیری	۰/۷۱۴
تقریب کای اسکوتر	۷۸۰/۰۴۰
درجه آزادی	۱۵۳
سطح معناداری	۰/۰۰۰

شاخص کفایت نمونه بالاتر از ۰/۷ بدست آمده که از لحاظ آماری مقداری مطلوب و قابل پذیرش می‌باشد. از آنجایی که سطح معناداری در محدوده معناداری بوده، بنابراین نمونه‌گیری انجام شده در این پژوهش دارای کفایت کافی بوده است.

جدول ۲: مشخصه‌های نهایی تحلیل عاملی برای استخراج عوامل مربوط به نسخه بیماران

عامل	ارزش ویژه اولیه			استخراج مجموع مربعات بارها			چرخش مجموع مربعات بارها
	جمع	درصد واریانس	تراکم	جمع	درصد واریانس	تراکم	جمع
۱	۳/۲۳۰	۱۷/۹۴۳	۱۷/۹۴۳	۳/۲۳۰	۱۷/۹۴۳	۱۷/۹۴۳	۲/۷۳۰
۲	۲/۱۴۲	۱۱/۹۰۲	۲۹/۸۴۵	۲/۱۴۲	۱۱/۹۰۲	۲۹/۸۴۵	۱/۹۷۲
۳	۱/۵۷۱	۸/۷۲۷	۳۸/۵۷۲	۱/۵۷۱	۸/۷۲۷	۳۸/۵۷۲	۲/۴۷۳
۴	۱/۲۱۷	۶/۷۶۰	۴۵/۳۳۲				

مطابق جدول (۲) این مقیاس از ۳ عامل اشباع شده است. این ۳ عامل بر روی هم در حدود ۳۸/۵۷ درصد واریانس را تبیین می‌کنند.

## بررسی پایایی فرم کوتاه پرسشنامه باورهای درد کودکان

به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید.

جدول ۳: محاسبه ضریب آلفای کرونباخ

عامل	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ
تهدید درد	۶	۰/۷۶۹
اثربخشی مقابله‌ای مساله محور	۶	۰/۶۹۳
اثربخشی مقابله‌ای احساس محور	۶	۰/۶۳۴
مجموع	۱۸	۰/۷۰۱

مطابق جدول (۳) مقدار آلفا برای عامل تهدید درد به مقدار ۰/۷۷، برای عامل اثربخشی مقابله‌ای مساله محور به مقدار ۰/۶۹، برای عامل اثر بخشی مقابله‌ای احساس محور برابر با ۰/۶۳ و همچنین پایایی کلی ۰/۷ و به میزان مطلوب بدست آمد.

## نتیجه گیری

در این پژوهش برای انجام تحلیل مؤلفه‌های اصلی از تحلیل اکتشافی (از روش چرخش مایل) استفاده شده است. بار عاملی بالاتر از ۰/۳ و با داشتن دست کم سه سوال در یک عامل، مشخص شد که پرسشنامه از ۳ عامل اشباع شده است. این ۳ عامل بر روی هم در حدود ۳۸/۸۷۲ درصد واریانس را تبیین کردند. با توجه به بار عاملی بدست آمده سوالات شماره ۹، ۱۲، ۴، ۲، ۵، ۸ و ۱۰ برای عامل تهدید درد شناسایی گردیدند. در پژوهش استون و همکارانش (۲۰۱۶) نیز همین سوالات برای عامل تهدید درد شناسایی شد، لذا نتیجه فوق همراستا با نتایج استون و همکارانش (۲۰۱۶) می‌باشد.

سوالات شماره ۷، ۱، ۱۴، ۱۱ و ۶ برای عامل اثربخشی مقابله‌ای مسأله محور شناسایی گردید. این نتیجه با نتایج بدست آمده توسط استون و همکاران (۲۰۱۶) مغایرت دارد. وی در پژوهش خود سوالات شماره ۱، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ را برای این عامل شناسایی نموده بود. سوالات شماره ۱۶، ۱۷، ۱۵، ۳، ۱۸ و ۱۳ برای عامل اثربخشی مقابله‌ای احساس محور شناسایی گردید. این نتیجه نیز با نتایج حاصله توسط استون و همکاران (۲۰۱۶) مغایرت دارد. او در پژوهش خود سوالات شماره ۳، ۶، ۸، ۱۴، ۱۵ و ۱۷ را برای این عامل شناسایی نموده بود.

حالت‌های روانی می‌توانند رویارویی با انواع دردها و بیماری‌های جسمانی را در وضعیتی مثبت و یا منفی قرار دهند، چنان که می‌توانند موجب تسریع و یا تأخیر اثرگذاری بیماری جسمانی باشد و می‌توانند اساساً به عنوان بخشی پایدار از درمان کلی تلقی گردند. بنابراین دیدگاه منفی روانی نسبت به باورهای درد سبب می‌شود تا سلامت روان با باورهایی که نسبت به درد دارد رابطه‌ای وارون داشته باشد. شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می‌شویم و با وجود امکانات دارویی بسیار، اجتناب از درد اجتناب‌ناپذیر است. شاید بتوان گفت موثرترین عامل در بهبود و اصلاح باورهای درد کودکان به والدین آن‌ها برمی‌گردد. اینکه کودک چه تصویری در خصوص دردهایی که متحمل می‌شود داشته باشد طبیعتاً با پاسخ والدین به سوالاتی که در حین درد از آن‌ها می‌پرسد، وابسته است. به عنوان مثال وقتی کودک احساس درد در ناحیه شکم دارد و والد او محل درد را از کودکش می‌پرسد، کودک با نشان دادن محل درد انتظار دارد والدش پاسخی امیدوار کننده به وی دهد تا از میزان نگرانی کاسته شده و این اطمینان به کودک داده شود که دردی را که متحمل می‌شود موقتی بوده و به زودی برطرف می‌شود. متأسفانه برخی والدین امروزی برای فهماندن معنی درد به کودکان خود اینگونه عمل می‌کنند: برای مثال هنگام فصل سرد با تهدید به کودک خود می‌گویند که اگر لباس گرم نپوشد اگر بازیگوشی کند به سرماخوردگی مبتلا شده، درد کشیده و چاره درد آن داور و آمپول است و اینگونه در باور کودک نهادینه می‌کنند که آمپول دردناک است در نتیجه کودک با دیدن سرنگ خالی هم درد را احساس می‌کند بدون اینکه نیدل سرنگ به بدن او کوچکترین تماسی داشته باشد. و اینگونه است که باورهای دروغین نسبت به درد در ذهنیت کودکان ما شکل می‌گیرد.

## مراجع

۱. رضایی، م. (۱۳۷۹). بررسی کارکردهای شناختی لب فرونتال در نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
۲. کاوه، م. (۱۳۹۱). آسیب شناسی بیماری‌های اجتماعی (جلد اول)، تهران، نشر جامعه شناسان، چاپ اول.
1. Ahmadi E., Sheikh Alizadeh S., Shir-MohammadZadeh M. (2006). The experimental effect of sport on mental health. *Movement (Iranian Journal)*. 8(28): 20-28 (Persian).
2. Berkman LF., Glass T., Brissette I., Seeman TE. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med*. 51(6):843-57.
3. Butchart A, Harvey A. *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva (Switzerland): World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect 2006; pp: 11.
4. Cano A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*, 110(3):656-64.
5. Cynthia M., Fond La., Van Hulle Vincent C., Oosterhouse K., Wilkie DJ. (2016). Nurses' Beliefs Regarding Pain in Critically Ill Children: A Mixed-Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, Volume 31, Issue 6, Pages 691-700.
6. Edwards L. C., Pearce S. A., Turner-Stokes L., and Jones A. (1992). The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain, *Pain*, vol. 51, no. 3, pp. 267–272. View at Publisher · View at Google Scholar · View at Scopus.
7. Fisher E., Heathcote L., Palermo TM., Cwac DE, Lau J., Eccleston C. (2014). Systematic review and meta-analysis of psychological therapies for children with chronic pain. *J. Pediatr. Psychol.* 39:763-782. doi:10.1093/jpepsy/jsu008.
8. Gatchel RJ., Peng YB., Peters ML., Fuchs PN., Turk DC. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol. Bull.* 133:581.
9. Holt Lunstad J., Smith TB., Layton B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 7(7):e1000316.
10. [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats\\_research/index.htm#can](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can).
11. Hurmuz M., Popescu A., Bredicean C., Ienciu M., Nirestean A. (2015). Children's Beliefs About Mental Disorders. *European Psychiatry*, Volume 30, Supplement 1, 28–31, Page 322.
12. Ingersoll B., Saengtienchai C., Kespichayawattana J., Aunguroch Y. (2001). Psychological Well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of cross – cultural*.
13. Jensen MP., Turner JA., Romano JM., Karoly P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*. 47:249-28. doi:10.1016/0304-3959(91)90216-K
14. Jones MP., Wessinger S., Crowell MD. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 4:474-481.
15. Kairys SW, Johnson CF. Committee on Child Abuse and Neglect: The psychological maltreatment of children-technical report. *Pediatrics* 2002; 109(4): 63-73.
16. Landgraf JM., Abetz L., Ware JE. (1996). The CHQ user's manual. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
17. Langer SL., Romano JM., Levy RL., Walker LS., Whitehead WE. (2009). Catastrophizing and parental response to child symptom complaints. *Child. Health Care.* 38:169-184.
18. Lara M., Genik C., McMurtry M., Breau LM. (2017). Caring for children with intellectual disabilities part 1: Experience with the population, pain-related beliefs, and care decisions. *Research in Developmental Disabilities*, Volume 67, Pages 99.
19. Lazarus RS., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer Publishing Company, New York.
20. Levy RL., Langer SL., Romano JM., Labus J., Walker LS., Murphy TB., Van Tilburg MA., Feld LD., Christie DL., Whitehead WE. (2014). Cognitive mediators of treatment outcomes in pediatric functional abdominal pain. *Clin. J. Pain.* 30:1033-1043.
21. Lipani TA., Walker LS. (2006). Children's appraisal and coping with pain: Relation to maternal ratings of worry and restriction in family activities. *J. Pediatr. Psychol.* 31:667-673. doi:10.1093/jpepsy/jsj038.
22. Lipsitz JD., Gur M., Albano AM., Sherman B. (2011). A psychological intervention for pediatric chest pain: development and open trial. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 32:153-157. doi:10.1097/DBP.0b013e318206d5aa.
23. MacMillan HL, Munn C. The sequelae of child maltreatment. *Current Opinion Psychiatry* 2001; (14): 325-31.
24. Mercado AC., Carroll LJ., Cassidy JD., Côté P. 2005. Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain*. 117:51-57.

25. Miró J., Solé E., Castarlenas E., Mark P. Jensen. (2016). The Survey of Pain Attitudes: A revised version of its pediatric form. *Scandinavian Journal of Pain*, Volume 11, Pages 90-95.
26. Palermo TM. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain in Children and Adolescents*, Oxford University Press, New York, NY.
27. Pedersen L. K. (2016). Aspects of pain attitudes and pain beliefs in children: Clinical importance and validity. *Scandinavian Journal of Pain* 11: 123-124.
28. Raat H., Botterweck A., Landgraf J., Hoogveen Ch., Essink-Bot M. L. (2005). Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples, THEORY AND METHODS, *J Epidemiol Community Health*. 59:75-82. doi: 10.1136/jech.2003.012914.
29. Ryff C. D., Keyes M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 719-727.
30. Ryff, C., (1989). Happiness is every thing, or is it? Exploration on the meaning of psychological WELL-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
31. Smelzer SC., Bar BG., Hinkle JL., Cheever KH. (2008). *Brunner and suddarth,s Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams Press: 259.
32. Soltanian A., Bahraini F., Namazi S., Amiri M., Ghaedi H., Kohen G. (2004). The study of mental health of high school students in Bushehr Province and its influencing factors in the academic year 2003-2004. *Southern Journal of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences*. 7 (2): 182-173 (Persian).
33. Stone AL., Walker LS., Laird KT., Shirkey KC., Smith CA. (2016). Pediatric Pain Beliefs Questionnaire: Psychometric Properties of the Short Form, *Journal of Pain*, doi: 10.1016/j.jpain.2016.06.006.
34. Strahl C., Kleinknecht RA., Dinnel DL. (2000). The role of pain anxiety, coping, and pain selfefficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behav. Res. Ther.* 38:863-873. doi:10.1016/S0005-7967(99)00102-3.
35. Thastum M., Herlin T., Zachariae R. (2005). Relationship of pain-coping strategies and pain-specific beliefs to pain experience in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum.* 53(2):178-84.
36. Turk DC., Meichenbaum D., Genest M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive- Behavioral Perspective*, Guilford Press, New York, NY.
37. Turk DC., Rudy TE. (1986). Assessment of cognitive factors in chronic pain: A worthwhile enterprise? *J. Consult. Clin. Psychol.* 54:760-768. doi:10.1037/0022-006X.54.6.760.
38. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2010). *Child Maltreatment 2009* [online]. Cited 2011 May 1. Available from
39. Williams A., Manias E. (2008). A structured literature review of pain assessment and management of patient with chronic kidney disease. *J Clin Nurs*. 17:69-81.
40. World Health Organization. Report of the consultation on child abuse prevention, Geneva: World Health Organization. 1999.