



The effect of childhood trauma on psychological symptoms mediated by psychological flexibility in students female 20-29 years

Parastou Mir, M.A

Master of General Psychology, Shams Gonbad Kavos Institute of Higher Education, Gonbad Kavos, Iran.

Ali Hosseinaei, Ph.D

Assistant Professor Department of Psychology and Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of childhood trauma on psychological symptoms with the mediating role of psychological resilience. The research is applied in terms of purpose and descriptive in terms of descriptive nature. The statistical population of the study includes all female undergraduate and graduate students (in the age range of 20 to 29 years) of Shams Gonbad Higher Education Institute in the academic year 2020-2021 with 752 people, which according to Krejcie and Morgan table, 254 people as Research data were selected. Online data collection using Bernstein et al's Child Trauma Questionnaires. (2003), Dennis and Vander's Cognitive Flexibility Inventory(2010) and Derogatis's self-reported symptom checklist (1994). Data analysis was performed using spss25 and liserel 8.8 software. The results showed that the experience of childhood trauma was associated with more psychological symptoms and lower psychological flexibility; in addition, the results of path analysis showed psychological flexibility in the relationship between childhood trauma and psychological symptoms play a mediating role. The results of this study show that psychological resilience can be considered as a therapeutic intervention in people who have experienced trauma in future studies. **Keywords:** childhood trauma, psychological symptoms, psychological flexibility, students Female 20 - 29 years.

تأثیر ترومای دوران کودکی بر علائم روان‌شناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال

پرستو میری

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی شمس گنبد کاووس، گنبد کاووس، ایران.

*علی حسینیانی

استادیار گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر علائم روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام گرفت. تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت توصیفی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانشجویان دختر دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد (در بازه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال) مؤسسه آموزش عالی شمس گنبد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تعداد ۷۵۲ نفر است که بر اساس جدول کرجسی و مورگان، تعداد ۲۵۴ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. گردآوری داده‌های پژوهش به شیوه آنلاین و با استفاده از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (Bernstein et al (2003)، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Dennis and Vander (2010) و نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه نشانگان روانی (Derogatis (1994) صورت گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار spss25 و liserel8.8 صورت گرفت. نتایج نشان داد تجربه تروما در دوران کودکی با علائم روان‌شناختی بیشتر ($p < 0/01$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر ($p < 0/01$) مرتبط است؛ علاوه بر این نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی نقش میانجی‌گری دارد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک مداخله درمانی در افرادی که تروما را تجربه کرده‌اند در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ترومای دوران کودکی، علائم روان‌شناختی،

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، دانشجویان دختر ۲۰ تا ۲۹ سال

مقدمه

(2006; Stoltenborgh and et al, 2015).

بر اساس احکام حقوقی کانادا تجاوز جنسی به عنوان هر گونه تماس جنسی بین یک کودک زیر ۱۶ سال و یک شخصی که حداقل ۵ سال بزرگتر است، تعریف شده است (Criminal Code, R.S.C. 1985, c.34, s.150 (1)). میزان شیوع تجاوز جنسی کودکان در آمریکای شمالی در مطالعات مختلف متفاوت است، اما تأیید شده است که ۱۰ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان این نوع آسیب بین‌فردی را گزارش کرده‌اند (Hébert, Cyr and Tourigny, 2011). شکل دیگری از ترومای دوران کودکی در معرض خشونت والدین قرار گرفتن است (Trocmé, Fallon, MacLaurin, Sinha, Black and et al, 2010)، به طور خاص قرار گرفتن در معرض این نوع خشونت به عنوان مشاهده، والدین در زمان تعرض فیزیکی، اجبار جنسی، آزار و اذیت روانی یا به طور کلی محدودیت و تهدید و اجبار تعریف شده است (World Health Organization, 2002). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که حداکثر ۲۶ درصد از کودکان در معرض خشونت روانی یا جسمی والدین قرار دارند (Trocmé and et al, 2010). در ایران اما، آماری از میزان آزارهای جنسی کودکان در دست نیست؛ اگرچه آمارهای جسته و گریخته نشان می‌دهد که دختران ۲۵ درصد بیشتر از پسران در معرض آزارهای جنسی هستند؛ همچنین بر اساس گزارش ایسنا در تیر ماه ۱۳۹۸، هشت درصد از مداخلات اورژانس اجتماعی مرتبط با کودک آزاری است که از این میزان ۳۰ درصد بی‌توجهی عاطفی به کودکان، ۱۵ تا ۱۶ درصد آزار جسمانی و ۳ تا ۴ درصد آزار جنسی است (Iska News Agency, 2019).

نکته قابل تأمل این است که، ترومای کودکی می‌تواند تأثیر مخربی بر رشد کودک به خصوص در عملکرد روان‌شناختی و بین‌فردی داشته باشد (Dodge Reyome, 2010; Schury and Kolassa, 2012) و سلامت روان افراد را در بزرگسالی تحت تأثیر قرار دهد. بررسی‌های سیستماتیک ادبیات نشان می‌دهد که کودک آزاری، پیش‌بینی کننده اضطراب و افسردگی (Lindert, von Ehrenstein and Grashow, 2014; Li, D'arcy and Meng, 2016; Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott and et al, 2012; Hatcher, Gibbs, Jewkes,

سوء استفاده (Abuse) روانی، جسمی، جنسی، مسامحه (Carelessness) و خشونت خانوادگی (Family Violence)، قبل از سن ۱۸ سالگی، از اشکال مختلف ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma) است؛ این عوامل آسیب‌های بالفعل یا بالقوه به سلامت، بقا، تکامل یا جایگاه اجتماعی، اعتماد یا توان کودک را موجب می‌شوند (World Health Organization, 2015). آسیب‌های دوران کودکی را می‌توان به دو دسته تقسیم‌بندی کرد: مسامحه و اعمال زور. مسامحه به ناتوانی یا امتناع مراقبان برای اعمال رفتارهای ضروری برای رشد کودک مانند پاسخگویی یا در دسترس بودن اشاره دارد؛ به گونه‌ای که کودک از مراقبت، حمایت و تحریک روان‌شناختی محروم شود (Briere, 2002). مسامحه در برگیرنده دو بعد روانی (نادیده گرفتن) و جسمانی (به معنای عدم دریافت وعده‌های غذایی معمولی، حمام، لباس تمیز، مراقبت‌های پزشکی یا محبوس کردن در یک اتاق) است (Higgins and McCabe, 2001). بر اساس نتایج یک فراتحلیل صورت گرفته، مسامحه روان-شناختی توسط ۱۸ درصد از جمعیت عمومی و بی‌توجهی جسمی توسط ۱۶ درصد گزارش شده است (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink and van Ijzendoorn, 2012). بر خلاف مسامحه، اعمال زور، در برگیرنده سوءاستفاده‌های رفتاری، روانی، جسمی یا تجاوز جنسی به کودک (Briere, 2002) است. بدرفتاری روان‌شناختی، تجربه مکرر تحقیر، سرزنش، انتقاد، طرد، تهدید یا توهین از سوی مراقب را توصیف می‌کند (Canadian Red Cross, 2015). این شکل از سوء استفاده ۳۶-۶۶ درصد از جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار داده است (Godbout, Lussier and Sabourin, 2006; Stoltenborgh and et al, 2015). بدرفتاری جسمی به تجربه تماس‌های جسمی یا قیودی که با هدف مجروح کردن کودک انجام می‌شود اشاره دارد؛ این اعمال شامل مشت زدن، لگد زدن، سیلی زدن، هل دادن، فشار دادن و ضرب و شتم با یک جسم است (Bremner, Bolus, and Mayer, 2007)؛ در کل جامعه ۳۱-۴۲ درصد از مردان و ۲۱-۳۳ درصد از زنان گزارش کرده‌اند که در دوران کودکی بدرفتاری جسمی را متحمل شده‌اند (Godbout and et al,

روان‌شناختی ناخواسته یا چالش‌انگیز باشند. اهمیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از آنجایی معلوم می‌شود که بسیاری از آسیب‌های روانی و ناهنجاری‌های رفتاری با آن مرتبط‌اند. پژوهش‌های قبلی شواهد محکمی ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد سطوح پایین‌تر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با علائم افسردگی بیشتر (Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel and Hoyer, 2011; Masuda, Mandavia and Tully, 2014; Woodruff, Glass, Arnkoff, Crowley, Hindman and et al, 2014; Kato, 2016; Gabrys, Tabri, Kämpfe,) (Anisman and Matheson, 2018) اختلال هراس (Gloster, Wittchen, Helbig-Lang, Lang and et al, 2012) اختلالات اضطرابی (Curtiss and Klemanski, 2014;) Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway, Jencius, McCracken, Barker (2013; Nemati, 2019;) and Chilcot, 2014; McCracken, Williams and Tang, 2011) در دانشجویان همراه است.

در جمع‌بندی مطالب بیان شده و پیشینه نظری بررسی شده می‌توان اذعان داشت، ترومای دوران کودکی برای درک سلامت روان در دوران زندگی بسیار مهم است. با این حال پژوهش‌های اندکی در زمینه آسیب‌های روانی ترومای دوران کودکی در اختلالات روانی دوران بزرگسالی و متغیرهای که شدت یا ضعف این رابطه را تحت تأثیر قرار می‌دهند، وجود دارد. بر همین اساس این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر علائم روان‌شناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال انجام گرفت. بدین ترتیب با توجه به مطالعات گذشته، ادبیات نظری و پیشینه تحقیق می‌توان به فرضیه‌های زیر را مطرح نمود و در ادامه الگوی پژوهشی (شکل ۱) را پیشنهاد کرد:

فرضیه اول: ترومای دوران کودکی بر علائم روان‌شناختی دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال اثرگذار است.

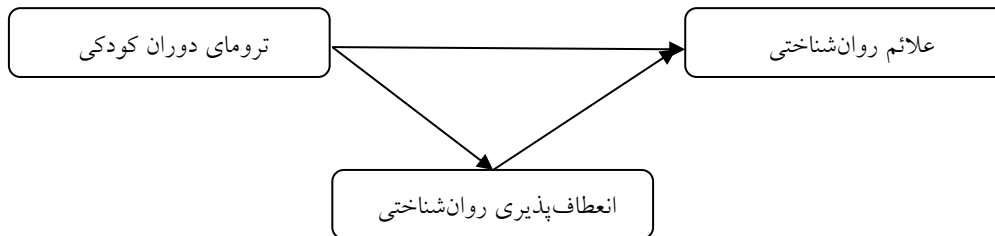
فرضیه دوم: ترومای دوران کودکی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال اثرگذار است.

فرضیه سوم: انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر علائم روان‌شناختی دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال اثرگذار است.

(McBride, Peacock and et al, 2018; Ahmadi, 2017) علائم استرس پس از سانحه (posttraumatic stress symptoms)، پرخاشگری (aggression)، مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی (risky sexual behaviors)، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (schizotypal personality disorder) (STPD)، اختلال شخصیت منزوی و کناره‌گیری (avoidant)، رفتارهای ضداجتماعی (antisocial) و اختلالات شخصیت اسکیزوئید (schizoid personality disorders) (Godbout and Briere, 2012; Norman and et al, 2012; Ramo-Fernández, Schneider, Wilker and Kolassa, 2015; Waxman, Fenton, Skodol, Grant and Hasin, 2014; Haferkamp, Bebermeier, Möllering and Neuner, 2015; Dugal, Bigras, Godbout and Belanger, 2016; Hosseinzade khamiri, Shalchi and Bafande Gheramalki, 2017; Pournaghash-Tehrani and, Amini-Tehrani, 2018) در بزرگسالی است؛ در دراز مدت، این پیامدهای روان‌شناختی ممکن است مزمن شوند و به افزایش احتمال خودکشی و سطوح پائین عملکرد اجتماعی منجر شوند (Stansfeld, Clark, Rodgers, Caldwell and Power, 2010;) (Ebrahimi, Dejkam and Yousefi, 2013). با این حال، همه افرادی که ترومای دوران کودکی را تجربه می‌کنند، مشکلات روان‌شناختی را گزارش نمی‌کنند؛ مطالعات کمی، به بررسی متغیرهایی که ممکن است واسطه یا تعدیل‌گر ارتباط میان ترومای دوران کودکی و مشکلات روان‌شناختی باشند، پرداخته‌اند. تمرکز پژوهش حاضر بر روی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological flexibility) است و نقش این متغیر را به عنوان واسطه در رابطه میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی مورد بررسی قرار داده است.

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک مفهوم اصلی در مدل پذیرش و تعهد درمانی (ACT) است و به عنوان «توانایی افراد برای تمرکز بر موقعیت کنونی و استفاده از فرصت‌های آن موقعیت برای گام برداشتن در راستای اهداف و ارزش‌های درونی» تعریف می‌شود (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole and et al, 2011) و اغلب در مواردی اتفاق می‌افتد که افراد در تلاش برای جلوگیری از تجربه رویدادهای

فرضیه چهارم: ترومای دوران کودکی از طریق انعطاف-پذیری روان‌شناختی بر علائم روان‌شناختی دانشجویان دختر تأثیر دارد. ۲۰-۲۹ سال اثر غیر مستقیم دارد.



شکل (۱) مدل نظری پژوهش

روش

این که چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر را مشخص می‌کند. دروگاتیس (۱۹۹۴) ضمن تأیید همسانی درونی مقیاس، پایایی بازآزمایی آن را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است (Derogatis, 1994). در این پژوهش پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. نمونه سوالات این پرسشنامه عبارتند از: " آیا در هفته گذشته یا امروز سردردهایی داشته‌اید؟". " آیا بی‌جهت دلشوره دارید و توی دلتان می‌لرزد؟"

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش، توصیفی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان دختر شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (در بازه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال)، مؤسسه آموزش عالی شمس گنبد در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به تعداد ۷۵۲ نفر تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه از جدول کرجسی و مورگان (krejcie and morgan) استفاده شد که از جامعه مذکور نمونه‌ای به تعداد ۲۵۴ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): فرم

کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط Bernstein, Stein, Newcomb, Walker, Pogge and et al (2003) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی طراحی شد؛ این پرسشنامه ۲۵ ماده دارد که برای دامنه سنی ۱۲ و بالاتر قابل اجراست و پنج حوزه‌ی تجارب آسیب‌زا را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی. پاسخ‌گویی به سوالات در طیف پنج درجه‌ای لیکرت (هرگز= ۱ تا همیشه = ۵) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. در پژوهش Bernstein et al (2003) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ به دست آمد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه

ابزار سنجش

گردآوری داده‌های پژوهش با استفاده از سه پرسشنامه زیر صورت گرفت:

الف. نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه نشانگان روانی دراگوتیس (۱۹۹۴): نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه نشانگان روانی (self-reported symptom checklist (SCL)) اولین بار توسط Derogatis (1994) ساخته شد و سپس مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسشنامه یک سیاهه خودسنجی شامل ۹۰ گویه برای ارزشیابی علائم روانی است که شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۹ بُعد جسمانی کردن (۱۲ ماده)، افسردگی (۱۳ ماده)، اضطراب (۱۰ ماده)، خصومت (۶ ماده)، اضطراب فوبیک (۷ ماده)، افکار پارانوئید (۶ ماده) و روان‌پریشی (۱۰ ماده) است. برای هر گویه پرسشنامه پنج گزینه هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن

تصمیم‌گیری، چندین گزینه را در نظر می‌گیرم".

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

با توجه به همزمانی بخش میدانی پژوهش با شیوع بیماری کووید-۱۹، گردآوری داده‌های پژوهش به شیوه آنلاین صورت گرفت. بدین صورت که پس از تهیه نسخه الکترونیکی پرسشنامه‌های پژوهش و هماهنگی‌های لازم با دانشگاه، لینک پرسشنامه‌ها از طریق دانشجویان دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد در شبکه‌های مجازی (تلگرام و واتساپ) قرار داده شد؛ و از دانشجویان درخواست شد در صورتی که واجد معیارهای ورود به پژوهش هستند نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمایند. گردآوری داده‌ها طی دو ماه یعنی مهر و آبان ۹۹ به طول انجامید.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: دانشجویان دختر در بازه سنی ۲۰-۲۹ سال، اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. در نهایت تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری spss25 و نرم‌افزار تحلیل ارتباطات ساختار خطی LISREL8.8 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت.

یافته‌ها

در بخش نتایج توصیفی، میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۵/۶۴ و ۳/۲۹ به دست آمد. جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها را بر حسب متغیرهای اصلی پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اصلی

| متغیرهای پژوهش | میانگین | انحراف معیار |
|--------------------------|---------|--------------|
| علائم روان‌شناختی | ۱۴۰/۶۵ | ۱۴/۸۹ |
| ترومای دوران کودکی | ۹۳/۰۱ | ۲۱/۴۸ |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | ۷۶/۴۱ | ۱۶/۶۶ |

Bernstein and et al,) ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (Ebrahimi, Dejkam and (2013). در ایران نیز Yousefi ضرایب پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند. در این پژوهش ضریب پایایی نمره کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. نمونه سوالات این پرسشنامه عبارتند از: "غذای کافی برای خوردن نداشتم". " می‌دانستم شخصی یا اشخاصی وجود دارند تا از من مراقبت کنند".

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Cognitive

Flexibility Inventory (CFI)): این پرسشنامه توسط Dennis and Vander (2010) طراحی شد و یک ابزار خودگزارشی کوتاه با ۲۰ سوال است که تلاش می‌کند تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را بسنجد: ادراک کنترل‌پذیری توانایی، ادراک توجه رفتار و ایجاد ادراک گزینه‌های مختلف. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۶) است. نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۲۰ در نوسان می‌باشد که هر چه نمرات آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالاتر فرد و میزان بالای پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر می‌باشد. سازندگان پایایی پرسشنامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ به دست آوردند (Dennis and Vander, 2010). در ایران ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۷۲ گزارش شد (Soltani, Shareh, Bahrainia and Farmani, 2013). در این پژوهش ضریب پایایی نمره کل آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. نمونه سوالات این پرسشنامه عبارتند از: "من در درک موقعیت‌ها، توانایی خوبی دارم". " هنگام

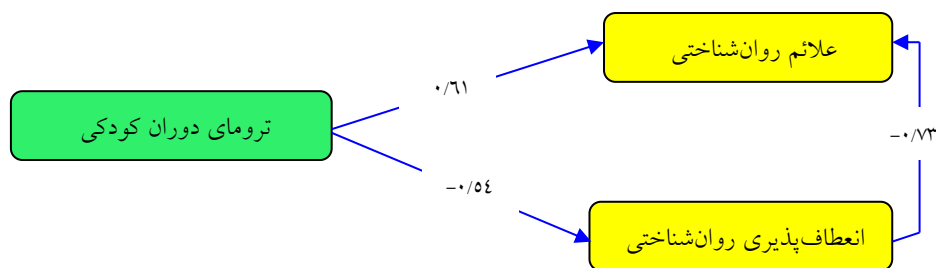
به منظور بررسی اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر علائم روان‌شناختی، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌نمایید، مدل ساختاری پژوهش از برازش مطلوبی

برخوردار است. به عبارت دیگر داده‌های مشاهده شده تا میزان زیادی منطبق بر مدل مفهومی پژوهش است.

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

| شاخص | مقدار گزارش شده | مقدار مطلوب |
|---|-----------------|--------------|
| خطای تقریب (RMSEA) | ۰/۰۴ | کمتر از ۰/۰۵ |
| شاخص تعدیل برازندگی (AGFI) | ۰/۹۲ | بیشتر از ۰/۹ |
| شاخص برازش تطبیقی (CFI) | ۰/۹۵ | بیشتر از ۰/۹ |
| شاخص نیکویی برازش (GFI) | ۰/۹۷ | بیشتر از ۰/۹ |
| شاخص نسبت مجذور خی دو بر درجه آزادی (X2/DF) | ۱/۷۰۱ | ۵-۱ |

شکل ۲ مدل معادلات ساختاری مربوط به فرضیات تحقیق و همچنین جدول ۳ و ۴ نیز خلاصه نتایج مربوط به فرضیات تحقیق را نشان می‌دهد.



شکل ۲. مدل تحلیل مسیر پژوهش در حالت استاندارد

جدول ۳. برآورد ضرایب مسیر مستقیم در الگوی تأیید شده

| مسیر | ضریب اثر | سطح معناداری | واریانس تبیین شده | نتیجه فرضیه |
|---|----------|--------------|-------------------|-------------|
| ترومای دوران کودکی → علائم روان‌شناختی | ۰/۶۱ | < ۰/۰۱ | | تأیید |
| ترومای دوران کودکی → انعطاف‌پذیری روان‌شناختی | ۰/۵۴ | < ۰/۰۱ | ۰/۳۶ | تأیید |
| انعطاف‌پذیری روان‌شناختی → علائم روان‌شناختی | ۰/۷۳ | < ۰/۰۱ | | تأیید |

جدول ۴. برآورد ضرایب مسیر غیرمستقیم در الگوی تأیید شده

| مسیر | ضریب اثر | سطح معناداری | واریانس تبیین شده | نتیجه فرضیه |
|--|----------|--------------|-------------------|-------------|
| ترومای دوران کودکی → علائم روان‌شناختی | ۰/۳۹ | < ۰/۰۱ | ۰/۴۴ | تأیید |

با بررسی روابط ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی، نتایج نشان داد که ترومای دوران کودکی با علائم روان‌شناختی مرتبط است و به صورت مستقیم با هم ارتباط معناداری دارند؛ بنابراین می‌توان گفت فرضیه اول تأیید شد. همچنین ضرایب برآورد شده در جدول ۳ نشان دهنده مؤثر بودن یا نبودن هر مؤلفه است. در ستون اول مقدار ضریب اثر

استاندارد و به ترتیب سطح معناداری و در نهایت نتیجه فرضیه، گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول (۳) ترومای دوران کودکی با سطح معناداری (۰/۰۱) بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر منفی دارد. از اینجا فرضیه دوم تأیید می‌شود و این بدان معناست که تجربه تروما در دوران کودکی با کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بزرگسالی همراه است. آزمون فرضیه سوم ضمن تأیید این فرضیه نشان داد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با سطح معناداری (۰/۰۱) بر علائم روان‌شناختی تأثیر منفی دارد.

علاوه بر این همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش میانجی‌گری در رابطه میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی دارد. روابط میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی از طریق واسط انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش آسیب‌های اوایل کودکی و ضعف انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را به عنوان عامل بروز علائم روان‌شناختی در بزرگسالی برجسته می‌سازد.

چندین مطالعه تا به امروز (به عنوان مثال Bryan, Ray- Sannerud, and Heron, 2015; Dutra and Sadeh, 2017; Elliott, Hsiao, Kimbrel, Meyer, DeBeer and et al, 2015)

نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده مورد بررسی قرار داده‌اند؛ اما در بررسی پیشینه پژوهشی، هیچ مطالعه‌ای تاکنون بر روی ترومای دوران کودکی متمرکز نبوده است. در تبیین فرضیه اصلی پژوهش می‌توان بیان داشت، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تمرکز کامل بر لحظه کنونی و ایجاد توانایی در انتخاب عملی بوده که در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد و نه انجام کاری که فقط برای اجتناب از افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها یا امیال آزار دهنده است (Behrouz, Bavali, Heidarizadeh and Farhadi, 2016).

افراد دارای توانایی تفکر انعطاف‌پذیر، توجیه‌های جایگزین را به کار گرفته و به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و نیز موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای اضطراب‌آور را می‌پذیرند (Soltani and et al, 2013). این سبک از انعطاف‌پذیری می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات وضعیت محیطی سازگار کند. اشخاص بدون این انعطاف‌پذیری، به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابد؛ زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله

علاوه بر این همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نقش میانجی‌گری در رابطه میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی دارد. در نهایت طبق نتایج به دست آمده از جداول ۳ و ۴ تصمیم‌گیری تحلیل میانجی بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل را می‌توان بدین صورت گزارش کرد که متغیر برون‌زا یعنی ترومای دوران کودکی، هم به طور مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم، از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند بر متغیر درون‌زا یعنی علائم روان‌شناختی تأثیر بگذارد. لذا فرضیه چهارم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد و بر این اساس می‌توان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در رابطه میان ترومای دوران کودکی و علائم روان‌شناختی دارای نقش میانجی‌گری دانست. در مجموع ترومای دوران کودکی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ۴۴ درصد از واریانس علائم روان‌شناختی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر علائم روان‌شناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانشجویان دختر ۲۰-۲۹ سال انجام گرفت. نتایج نشان داد تجربه تروما در دوران کودکی با علائم روان‌شناختی بیشتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر مرتبط است؛ همسو با این یافته پژوهش (Hatcher and et al (2018) نیز دریافتند که ترومای دوران کودکی، پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی در دوران بزرگسالی است. مهم‌تر آنکه پژوهش طولی

منابع

- Ahmadi, M. (2017). *Predicting Depression Symptoms and Emotional Schemas by Childhood Trauma in Adolescents*. Master Thesis of Shahed University. [Persian]
- Arnsten A. F. T. (2015). Stress weakens prefrontal networks: Molecular insults to higher cognition. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1376–1385. pmid: 26404712
- Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Symptoms, Coping Styles, and Quality of Life in Patients with Type-2 Diabetes. *j.health*. 7 (2): 236-253 URL: <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-919-fa.html>. [Persian]
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169–190.
- Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. (2017). Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*. 357:j1334.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. (2011) Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011; 42:676–688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 211–218.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Bryan, C. J., Ray-Sannerud, B., & Heron, E. A. (2015). جایگزین پیدا کنند (Sabri Nazarzadeh, Fazeli, Meamarbashi Aval and Maddah Shourche, 2015). تجربه تروما در دوران کودکی به دلیل آن که اغلب از توانایی کودک در ارزیابی یا مقابله فراتر است، به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی منجر می‌شود. این عوامل استرس‌زای اولیه به احتمال زیاد غیر قابل کنترل تلقی می‌گردند و از این رو ناتوان کننده هستند (Arnsten, 2015). در واقع شواهد همگرا نشان می‌دهد که پیشرفت عصبی در پاسخ به تروما ممکن است مکانیزیمی باشد که به منجر به اختلالات شناختی و عاطفی می‌شود و در نتیجه خطر ابتلا به انواع مشکلات روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson and et al, 2001).
- بر مبنای نتایج به دست آمده پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی زیر ارائه می‌گردد:
- نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک مداخله درمانی در افرادی که تروما را تجربه کرده‌اند در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت سال‌های اولیه زندگی و نقش مهم خانواده در رشد ذهنی و سلامت فرزندان، اتخاذ سیاست‌هایی در جهت ارتقاء آموزش والدین باید در دستور کار قرار گیرد.
- محدود بودن جامعه آماری پژوهش به دانشجویان دختر کارشناسی و کارشناسی ارشد موسسه آموزش عالی شمس گنبد (در بازه سنی ۲۰–۲۹ سال)، محدودیت‌هایی را در تعمیم نتایج به سایر جوامع ایجاد می‌کند. از آنجایی که برخی از پرسشنامه‌های این مطالعه به صورت گذشته‌نگر بود، ممکن است شرکت‌کنندگان هنگام یادآوری اطلاعات در مورد سال‌های اولیه زندگی خود اشتباه کرده باشند، لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های گسترده‌تری استفاده شود.
- سپاسگزاری**
- از شرکت‌کنندگان در پژوهش که کمال همکاری را داشتند سپاسگزاری می‌گردد. در این پژوهش از کمک مالی هیچ نهاد و سازمانی استفاده نشده است.

- flexibility mitigates effects of PTS symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma-exposed veterans. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000251> (Advance online publication).
- Ebrahimi, H., Dejkam, M.,; Yousefi, S. (2013). Relationship between childhood traumas and attachment styles with suicidal behavior in women referred to Loghman Hakim Hospital in comparison with the general population. *Cultural-Educational Quarterly of Women and Family*. 7 (23): 47-69. [Persian]
- Elliott, T. R., Hsiao, Y., Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Morissette, S. B. (2015). Resilience, traumatic brain injury, depression, and posttraumatic stress among Iraq/Afghanistan war veterans. *Rehabilitation Psychology*, 60, 263–276. <https://doi.org/10.1037/rep0000050>.
- Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Gier-Lonsway S, Jencius S. (2013). The cognitive attentional syndrome: examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Res*. 2013; 210: 215–219. doi: 10.1016/j.psychres.2013.04.020.
- Gabrys, R., Tabri, N., Anisman, H., Matheson, K., (2018). Cognitive Control and Flexibility in the Context of Stress and Depressive Symptoms: The Cognitive Control and Flexibility Questionnaire. *Journal List Front Psychol*.9; PMC6252356.
- Gloster AT, Klotsche J, Chaker S, Hummel KV, Hoyer J. (2011). Assessing psychological flexibility: what does it add above and beyond existing constructs? *Psychol Assess*. 2011;23:970–982. doi: 10.1037/a0024135.
- Godbout, N., & Briere, J. (2012). Psychological responses to trauma. In C. R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of Trauma, an Interdisciplinary Guide* (pp. 485–489). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. ISBN: 9781412978798.
- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.10.002>.
- Canadian Red Cross. (2015). Emotional and Physical Abuse and Neglect. Retrieved from <http://www.redcross.ca/how-we-help/violence-bullying-and-abuse-prevention/youth/>.
- Curtiss J, Klemanski DH. (2014). Teasing apart low mindfulness: differentiating deficits in mindfulness and in psychological flexibility in predicting symptoms of generalized anxiety disorder and depression. *J Affect Disord*. 2014; 166:41–47. doi:10.1016/j.jad.2014.04.062.
- Dennis, J.P., Vander, Wal. J.S., (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*, 34(3):241-53.
- Derogotis KR, Lipman RS, Covi L.(1973). SCL-90-AR outpatients' psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull*.1973; 9: 13-27.
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R; Symptom checklist -90-R. National Computer System. *United States of America*, 27, 32-45.
- Dodge Reyome, N. (2010) Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: themes from the empirical literature, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 224–242, doi: 10.1080/10926770903539664.
- Dube S. R., Anda R. F., Felitti V. J., Chapman D. P., Williamson D. F., & Giles W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096. pmid:11754674.
- Dugal, C, Bigras, N, Godbout, N., Belanger, C. (2016). *Childhood Interpersonal Trauma and its Repercussions in Adulthood: An Analysis of Psychological and Interpersonal Sequelae*. Additional information is available at the end of the chapter <http://dx.doi.org/10.5772/64476>.
- Dutra, S. J., & Sadeh, N. (2017). Psychological

- studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016;46:717–30.
- Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2014;59:359–72.
- Manyema M, Norris SA, Richter LM. (2018). Stress begets stress: the association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC public health*. 2018;18(1):835. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0a>.
- Masuda A, Mandavia A, Tully EC. (2014). The role of psychological inflexibility and mindfulness in somatization, depression, and anxiety among Asian Americans in the United States. *Asian Am J Psychol*. 2014;5:230–236. doi: 10.1037/a0034437.
- McCracken LM, Barker E, Chilcot J. (2014). Decentering, rumination, cognitive defusion, and flexibility in people with chronic pain. *J Behav Med*. 2014;37:1215–1225. doi: 10.1007/s10865-014-9570-9.
- McCracken LM, Williams JL, Tang NKY. (2011). Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study. *Pain Med*. 2011;12:904–912. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01115.x.
- Nemati, Z. (2019). *Relationship between cognitive flexibility and Emotional control skills with test anxiety in seconsary school students East Golestan*. Master Thesis Shams Institute of Higher Education. [Persian]
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The longterm health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11): e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
- Pournaghash-Tehrani S S, Amini-Tehrani M. (2018). The Impact of Adverse Experiences in Childhood Relationships on the Mental Health of University Students. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2019; *Victims*, 21(6), 744–760. doi:10.1891/vvv21i6a005.
- Haferkamp, L., Bebermeier, A., Möllering, A., & Neuner, F. (2015). Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(1), 86–99. doi: 10.1080/15299732.2014.959149
- Hatcher, A M., Gibbs, A., Jewkes, R., McBride, R-S., Peacock D., Christofides, N. (2018). Effect of Childhood Poverty and Trauma on Adult Depressive Symptoms Among Young Men in Peri-Urban South African Settlements. *Journal of Adolescent Health*. 64 (2019) 79-85.
- Hébert, M., Cyr, M., & Tourigny, M. (2011). *Sexual assault on children*. Tome I. Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the comprehensive child maltreatment scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7–28.
- Hosseinzade khammiri, B., Shalchi, B., Bafande Gheramalki, H. (2017). Explain the effects of child abuse on addiction. Explain the effects of child abuse on addiction. *Contemporary Psychology*, 12, (suppl.): 569-5272. [Persian]
- Iska News Agency. (2019). *Take sexual harassment of your children seriously*. Available through the portal: www.independentpersian.com.
- Kämpfe CK, Gloster AT, Wittchen H, Helbig-Lang S, Lang T, Gerlach AL, Richter J, Alpers GW, Fehm L, Kircher T, Hamm AO, Ströhle A, Deckert J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: do both constructs measure the same? *Int J Clin Health Psychol*. 2012;12:5–22.
- Kato, T. (2016). Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. *Journal ListSpringerplus*. PMC4908084. Springerplus. 2016; 5(1): 712. Published online 2016 Jun 14. doi: 10.1186/s40064-016-2393-0
- Li M, D'arcy C, Meng X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort

- metaanalysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890. doi: 10.1080/10926771.2012.708014.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. doi:10.1002/car.2353.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E.,...Holroyd, J. (2010). Canadian *Child Abuse and Neglect Report Incidence Study* - Key Data Recieved from <http://www.phacaspc.gc.ca/cm-vee/public-fra.php>.
- Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30–41. doi:10.1002/pmh.1239.
- Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. (2014). Comparing self compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *Mindfulness*. 2014;5:410–421. doi: 10.1007/s12671-013-0195-9.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2015). *Violence and Injury Prevention: Child Maltreatment (“child abuse”)*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention.
- 7 (2): 231-244 URL: <http://journal.ihepsa.ir/article-1-1134-fa.html>. [Persian]
- Ramo-Fernández, L., Schneider, A., Wilker, S., & Kolassa, I.-T. (2015). Epigenetic alterations associated with war trauma and childhood maltreatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(5), 701–721. doi:10.1002/bsl.2200
- Sabri Nazarzadeh, R., Fazeli, M., Meamarbashi Aval, M., Maddah Shourche, R. (2015). Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Cognitive Flexibility in Perfectionist. *Psychology* Vol.06 No.14. doi:10.4236/psych.2015.614174 [Persian]
- Schury, K., Kolassa, I. T. (2012). *Biological memory of childhood maltreatment: current knowledge and recommendations for future research*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1262, 93–100.
- Soltani, E., Shareh, H, Bahrainian, S A.M, Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *pajoohande*; 18 (2) :88-96. URL: <http://pajoohande.sbm.ac.ir/article-1-1518-fa.html>. [Persian]
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., & Power, C. (2010). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life depressive and anxiety disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 549–558.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a