

تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود بر اساس ترومای دوران کودکی

مانده خوش اخلاق^{۱*}، مجتبی صدقاتی فرد^۲

چکیده

مقدمه: تجربیات نامطلوب دوران کودکی/ترومای دوران کودکی، موضوع حساسی است که کمتر بدان پرداخته شده است. با این حال ترومای کودکی می‌تواند منجر به تغییر شخصیت و بی‌ثباتی سلامت روان در بزرگسالی شود؛ در همین راستا پژوهش حاضر با هدف تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود بر اساس ترومای دوران کودکی انجام شد.

روش پژوهش: در یک طرح توصیفی-همبستگی از میان دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در نیم سال دوم تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲، ۴۴۰ نفر به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان نمونه پژوهش گزینش شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و همکاران، رضایت از خود عباس‌نیا و فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، ترومای دوران کودکی تنها توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان را دارد؛ به طوری که سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی قادر به تبیین ۲۱ درصد اضطراب و اختلال خواب بودند. ۱۹ درصد اختلال در کارکردهای اجتماعی توسط سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی و غفلت عاطفی تبیین شد. ۱۰ درصد علائم جسمانی توسط ابعاد سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی و در نهایت ۷ درصد افسردگی توسط غفلت عاطفی قابل تبیین بود. دیگر یافته پژوهش نشان داد، از میان ابعاد ترومای دوران کودکی، تنها سوء استفاده جنسی قادر به تبیین ۴ درصد از واریانس رضایت از خود در دانشجویان است.

نتیجه‌گیری: این یافته پیامدهای مهمی در چگونگی درک و درمان مشکلات روانی و رضایت از خود در افراد دارای تجربه تروما در محیط‌های بالینی دارد.

کلید واژه‌ها: ترومای دوران کودکی، رضایت از خود، سلامت روان

استناد: خوش اخلاق مانده، صدقاتی فرد مجتبی. تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود بر اساس ترومای دوران کودکی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۴۰(۱): ۲۲۵-۲۰۵

^۱ - نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد، روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

tell: 09128389401 zimer778@gmail.com,

^۲ - استادیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران، sedaghati_fard@yahoo.com



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی

به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

سازمان جهانی بهداشت سلامت روان را به عنوان وضعیتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً به عنوان عدم وجود بیماری روانی تعریف می‌کند (۱). این تعریف مشخص می‌کند که سلامت روان شامل عناصر مثبتی است که بهزیستی^۱ را به عنوان یک عنصر اصلی در درک سلامت برجسته می‌کند. بنابراین وجود یا عدم وجود یک اختلال روانی سطح سلامت روانی را فرد را تعیین نمی‌کند؛ چرا که برخی از افراد مبتلا به بیماری روانی ممکن است سطح بالایی از بهزیستی را گزارش کنند. به همین ترتیب، صرف نداشتن اختلالات روانی، سلامت روانی مطلوب را تضمین نمی‌کند. از این منظر سلامت روان مثبت و بیماری روانی را می‌توان به عنوان پدیده‌های متمایزی تفسیر کرد که «در مسیرهای مختلفی محقق می‌شوند» اما ممکن است با یکدیگر تلاقی کنند (۲). بدون سلامت روانی، افراد احساس می‌کنند کمتر قادر به انجام فعالیت‌های زندگی روزمره از جمله مراقبت از خود، آموزش، اشتغال و مشارکت در زندگی اجتماعی هستند. بر همین اساس سرمایه‌گذاری در سلامت روان برای پایداری سلامت و سیاست‌های اجتماعی-اقتصادی ضروری است (۱).

سلامت روان می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیادی چون شرایط خانوادگی، مدرسه و رویدادهای زندگی قرار گیرد (۳). قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب در دوران کودکی^۲ یکی از پدیده‌هایی است که بیشترین تأثیر را بر سلامت روان دارد (۴). تجربیات نامطلوب دوران کودکی/ترومای دوران کودکی رویدادهای حاد یا مزمنی هستند که سلامت جسمانی یا عاطفی کودک را تهدید می‌کنند. پیچیدگی این مفهوم، ایجاد یک تعریف قابل قبول را دشوار کرده است. این اصطلاح در ابتدا در مطالعه فلیتی، آندا، نوردنبرگ، ویلیامسون، اسپیت و همکاران^۳ (۵) استفاده شد و به تمام تجربیات سوء استفاده (فیزیکی، عاطفی و جنسی) و غفلت (جسمی و عاطفی) مانند اختلال در عملکرد خانواده، بزرگ شدن با یکی از اعضای خانواده مبتلا به بیماری روانی، طلاق والدین یا خشونت خانگی اشاره دارد. در یک مطالعه با استفاده از داده‌های خودگزارشی از حدود هفده هزار بزرگسال که عمدتاً سفید پوست و از طبقه متوسط جامعه بودند، مشخص شد که ترومای دوران کودکی بسیار رایج است و این تجربیات با چندین بیماری مزمن مهم، امید به زندگی و مشکلات اجتماعی مرتبط است (۶). مطالعات نشان می‌دهد که بین ۴۹ تا ۶۱ درصد از کودکان در آمریکا، حداقل یک تروما را تجربه کرده‌اند (۷-۸). در گزارشات والدین از کودکان ۰ تا ۱۷ سال، جایی که ترومای دوران کودکی بر حسب اختلال عملکرد خانواده تعریف شده بود، ۳۴ میلیون کودک-تقریباً نیمی از کودکان ایالات متحده- حداقل یک مورد تروما را تجربه کرده بودند (۷). شواهد گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد ترومایی که به طور مکرر در دوره‌های طولانی مدت تجربه می‌شود، بر ابعاد مختلفی از رشد کودک، از جمله عصب-بیولوژیکی، شناختی، عاطفی و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارد (۹-۱۰). شیوع بالای ترومای دوران کودکی آن را به یک مشکل جهانی تبدیل کرده است. قرار گرفتن در معرض ترومای دوران کودکی پیامدهای طولانی مدتی دارد و با بروز بیماری‌های مختلف در بزرگسالی و اخیراً در سنین بالاتر- به عنوان مثال، با بیماری‌های التهابی، خودایمنی و مزمن- مرتبط

^۱. Wellbeing

^۲. Adverse Childhood Experiences (ACEs)

^۳. Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz et al

است (۱۱-۱۲). علاوه بر این به شدت با افزایش خطر اختلالات اضطرابی^۱، خلقی^۲، رفتاری^۳، مصرف مواد (۱۱-۱۳) و همچنین افکار خودکشی (۸) مرتبط است.

مطالعات به طور گسترده نقش ترومای دوران کودکی را به عنوان یک عامل خطر اصلی برای ایجاد و حفظ افسردگی در بزرگسالی برجسته کرده‌اند (۱۳-۱۵). علاوه بر این دوره‌های افسردگی اغلب بیشتر رخ می‌دهند و پایدارتر هستند، که بر روند بیماری تأثیر می‌گذارد و مانع موفقیت درمان می‌شود (۱۳، ۱۷-۱۸). جالب توجه است، به ویژه در بزرگسالان (۱۸ تا ۲۳ سال) افزایش علائم افسردگی مرتبط با تروما مشاهده شده است (۱۹). با توجه به اثرات خاص مرتبط با اشکال مختلف تروما، شواهد نشان می‌دهد که تهدیدهایی مانند سوء استفاده فیزیکی و عاطفی، به شدت با پیامدهای سلامت روان مرتبط هستند (۱۸-۱۹). علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند که آزار روان‌شناختی و بی‌توجهی، انواع بدرفتاری‌هایی هستند که شدیداً با پیامدهای افسردگی مرتبط هستند (۸، ۱۳، ۱۹). به عنوان مثال افرادی که سوء استفاده عاطفی را در دوران کودکی گزارش کرده‌اند، تقریباً سه برابر افزایش خطر ابتلا به اختلال افسردگی را در طول عمر خود گزارش کردند و این خطر برای زنان بیشتر از مردان بود (۱۵). همچنین نشان داده شده است که عواقب سوء استفاده عاطفی و غفلت در دوران کودکی بر سایر جنبه‌های روان‌شناختی مانند رضایت از خود تأثیر می‌گذارد. رضایت از خود به عنوان شادی ناشی از احساسات مثبت و خوب نسبت به خود و زندگی تعریف شده است (۲۰). زمانی که افراد از هر جنبه‌ای از زندگی خود احساس خوشحالی می‌کنند و از وضعیت زندگی خود راضی هستند؛ این رضایت از تحقق اهداف شخصی و کاری حاصل می‌شود (۲۰). به گفته پاسوپولتی، آلن، لامبرت و کلوس-تولا^۴ (۲۱) زمانی که افراد نسبت به خود احساس خوشبختی می‌کنند و معتقدند در زندگی به آنچه که هدفشان بوده است دست یافته‌اند، شادتر از دیگران هستند و این تأثیر مثبتی بر شیوه زندگی، برخورد با مردم و حتی کار آن‌ها دارد. کسانی که راضی هستند بهتر می‌توانند مشکلات را از نظر شخصی و کاری مدیریت کنند. این به این دلیل است که آن‌ها بر احساسات روانی خود کنترل دارند و بنابراین بهتر می‌توانند به جای احساسات منفی خود-مثلاً احساس استرس و اضطراب- روی موضوع تمرکز کنند (۲۱). علاوه بر این دونوان و هالپرن^۵ (۲۲) دریافتند افرادی که راضی هستند، بازتر و هنرمندانه‌تر هستند که این به این معنی است که آن‌ها در مورد طرز فکرشان تخیلی‌تر و خلاق‌تر هستند که می‌تواند باعث شود آن‌ها زندگی کاری خود را بهتر مدیریت کنند. اگر چه هنوز در پژوهش‌های داخلی و خارجی تأثیر ترومای دوران کودکی بر رضایت از خود مورد بررسی قرار نگرفته است؛ اما ثابت شده است که تجارب و تصورات از بدرفتاری با کودک باعث افزایش شرم از خود و کاهش عزت نفس می‌شود که به نوبه خود منجر به علائم افسردگی در بزرگسالی می‌شود (۲۳-۲۴). در حالی که دلبستگی ایمن در دوران کودکی در پرورش خودارزشمندی مثبت حیاتی است (۲۵). در کودکان و نوجوانانی که تجارب نامطلوب دارند و کمتر از مراقبت و حمایت والدین بهره‌مند می‌شوند، خطر ایجاد خودپنداره تحریف شده و احساس کم ارزش بودن، یعنی عزت نفس پایین یا خودارزیابی منفی و کناره‌گیری از اجتماعی شدن افزایش می‌یابد (۲۵). این منجر به این فرض می‌شود که می‌توان به روابط مشابه میان ترومای دوران کودکی و رضایت از خود دست یافت.

^۱. Anxiety Disorders

^۲. mood disorders

^۳. behavioral disorders

^۴. Pasupuleti, Allen, Lambert & Cluse-Tola

^۵. Donovan & Halpern

بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که در ایران پژوهش‌های بسیار محدودی پیامدهای روان‌شناختی ترومای دوران کودکی را در بزرگسالی مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۶-۲۷). از سویی دیگر در ایران و سایر کشورهای غربی، زندگی دانشگاهی به عنوان دوره‌ای از کاوش و گذار برای ساختن هویت شخصی برجسته شده است (۲۸). در این دوره وجود چالش‌هایی چون دستیابی به استقلال، برآورده ساختن انتظارات خود و خانواده و ... می‌تواند در بروز مشکلات روانی نقش داشته باشد و عین حال منابع انطباقی دانشجویان را به شدت به چالش بکشد و به یک رویداد استرس‌زای بسیار مهم تبدیل شود که میزان بروز بیشتر مشکلات روان‌شناختی چون افسردگی را در این جمعیت تبیین می‌کند (۲۹). بنابراین شواهد بیشتری برای درک سلامت روان و رضایت از خود ناشی از ترومای دوران کودکی در این گروه مورد نیاز است. در همین راستا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر ترومای دوران کودکی بر سلامت روان و رضایت از خود دانشجویان انجام شد؛ و سوال اصلی پژوهش به این صورت قابل طرح است: آیا ترومای دوران کودکی توانایی تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود را دارد؟

روش پژوهش:

مطالعه حاضر از نظر هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی و بر اساس روش یک پژوهش توصیفی-همبستگی است. که در آن روابط ترومای دوران کودکی، سلامت روان و رضایت از خود مورد بررسی قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل همه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در نیم سال دوم تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ است. بر اساس اطلاعات کسب شده از مرکز آموزش دانشگاه آزاد واحد گرمسار، تعداد دانشجویان دختر و پسر ۸۰۰۰ نفر است. حجم نمونه پژوهش بر اساس فرمول کوکران محاسبه شد. بر این اساس حجم نمونه پژوهش ۳۶۶ نفر تعیین شد. که به منظور افزایش دقت نمونه‌گیری، افت احتمالی شرکت-کنندگان و یا نقص در تکمیل ابزارها، حجم نمونه پژوهش با ۲۰ درصد افزایش به ۴۴۰ نفر افزایش یافت. انتخاب نمونه‌ها به شیوه خوشه‌ای چند مرحله‌ای و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش صورت گرفت. بدین صورت که از بین دانشکده‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سه دانشکده و از هر دانشکده چهار کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند. در مرحله بعدی با همکاری اساتید، ابزارهای پژوهش که به صورت الکترونیکی تهیه شده بودند، در گروه‌های آموزشی قرار داده شد و از دانشجویانی که تمایل به همکاری داشتند، درخواست شد، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمایند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از دانشجویان دختر و پسر شاغل به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در نیم سال دوم تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲. حداقل سن آزمودنی‌ها ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش مصرف داروهای روان-پزشکی بر اساس گزارش شخصی، عدم تمایل به همکاری و نقص بارز جسمانی بود. ابزار پژوهش:

الف. پرسشنامه سلامت عمومی: گلدبرگ و همکاران (۳۱) این پرسشنامه را با هدف کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف تدوین کردند. فرم ۲۸ گویه‌ای این پرسشنامه چهار بعد علائم جسمانی (سوالات ۱ تا ۷)، اضطراب و اختلال خواب (۸ تا ۱۴)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۱۵ تا ۲۱) و علائم افسردگی (۲۲ تا ۲۸) را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای چهار گزینه است و دو نوع روش نمره‌گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره‌گذاری (G.H.Q) که در این روش گزینه‌های آزمون به صورت (۰؛ ۱؛ ۲؛ ۳) نمره‌گذاری می‌شوند و در نتیجه نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره‌گذاری لیکرت است که بر اساس این شیوه نمره‌گذاری، هر یک از سوالات چهار درجه‌ای آزمون به صورت (۰؛ ۱؛ ۲؛ ۳) است و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره‌گذاری، نمره

کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شد. نسخه ۲۸ سوالی این پرسشنامه نسبت به سایر نسخه‌ها (۶۰، ۳۰ و ۱۲ سوالی) دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. مرور مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی دلالت بر اعتبار و روای بالای این آزمون دارد (۳۱). در ایران نظیفی، مکرمی، اکبری تبار، فرجی کوجردی و همکاران (۳۱) اعتبار، روایی و ساختار عاملی ترجمه فارسی را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد پرسشنامه سلامت عمومی همسانی درونی مناسبی برای سنجش سلامت عمومی در نمونه بررسی شده دارد. همچنین تحلیل عاملی با روش مرفه‌های اصلی، چهار عامل را شناسایی نمود و این چهار عامل ۶۰ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. همچنین پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید و شاخص کل سلامت عمومی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۷۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش شد. ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی (۳۲) چهار عامل پرسشنامه را در تحلیل عوامل مورد تأیید قرار دادند. علاوه بر این مشخص شد که بهترین نقطه برش این پرسشنامه ۲۴ است که شاخص‌های روان‌سنجی بالایی دارد. در پژوهش حاضر روایی صوری پرسشنامه از طریق نظری خواهی از اساتید و متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی کارکرد اجتماعی، افسردگی شدید و شاخص کل سلامت عمومی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

ب) پرسشنامه رضایت از خود: این پرسشنامه توسط عباس‌نیا طراحی و اعتباریابی شده است، پرسشنامه دارای ۶ گویه است که بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری گویه‌های ۳ و ۶ به صورت معکوس صورت می‌گیرد. در این پرسشنامه حد پایین نمرات ۶ و حد بالای آن ۳۰ است؛ بنابراین در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۶ تا ۱۲ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف است. نمرات پرسشنامه بین ۱۲ تا ۲۴ نشان دهنده آن است میزان متغیر در سطح متوسطی است و در نهایت کسب نمرات بالای ۲۴ نشان دهنده آن است که میزان رضایت از خود در حد بالایی قرار دارد. در پژوهش حاضر روایی صوری پرسشنامه از طریق نظری خواهی از اساتید و متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

ج) فرم کوتاه پرسشنامه ترومای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران (۳۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی (گویه‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوء استفاده جسمی (گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوء استفاده عاطفی (گویه‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (گویه‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و جسمی (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶). از ۲۸ گویه پرسشنامه، ۲۵ سوال آن برای سنجش مولفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سوال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش شد. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد. در ایران نیز ابراهیمی، دژگام و ثقه الاسلام (۳۴) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج گانه آن گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی صوری پرسشنامه از طریق نظری خواهی از اساتید

و متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و جسمی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۰، ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۰ محاسبه شد. در این پژوهش تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف^۱ جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون^۲ برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده شد. تمامی آزمون‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²⁶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی	تعداد
علائم جسمانی	۶/۰۳	۲/۵۱	۱	۱۲	۰/۱۱	-۰/۶۹	۴۴۰
اضطراب و اختلال خواب	۵/۴۰	۲/۲۱	۱	۱۱	۰/۴۸	-۰/۳۲	۴۴۰
اختلال در کارکرد اجتماعی	۵/۱۰	۲/۲۱	۰	۱۱	۰/۲۱	-۰/۳۹	۴۴۰
علائم افسردگی	۲/۹۸	۱/۸۸	۰	۷	۰/۷۰	-۰/۲۹	۴۴۰
شاخص کل سلامت عمومی	۱۹/۵۴	۰/۶۱	۴	۳۳	-۰/۰۹	-۰/۳۳	۴۴۰
رضایت از خود	۱۹/۶۰	۲/۸۲	۱۵	۲۶	۰/۲۹	-۰/۳۰	۴۴۰
سوء استفاده عاطفی	۱۷/۳۱	۳/۸۰	۷	۲۵	-۰/۰۰۹	-۰/۲۴	۴۴۰
سوء استفاده فیزیکی	۱۶/۱۹	۳/۸۲	۸	۲۵	۰/۱۸	-۰/۰۶	۴۴۰
سوء استفاده جنسی	۱۷/۰۹	۴/۰۶	۸	۲۵	-۰/۱۷	-۰/۵۰	۴۴۰
غفلت عاطفی	۱۷/۰۲	۳/۹۸	۸	۲۵	-۰/۱۸	-۰/۲۳	۴۴۰
غفلت جسمی	۱۶/۶۴	۴/۶۲	۵	۲۵	-۰/۴۸	-۰/۱۹	۴۴۰
شاخص کل تروما	۸۴/۲۴	۱۸/۱۱	۴۰	۱۲۵	۰/۰۰۹	-۰/۱۰	۴۴۰

۱. Kolmogorov-Smirnov

۲. Regression

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت سنجش نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آزمون آماری	معناداری
سلامت روان	۰/۰۸۹	۰/۰۵۱
رضایت از خود	۰/۰۹۱	۰/۰۴۲
ترومای دوران کودکی	۰/۰۷۹	۰/۱۳۰

جدول (۲) میزان بهنجار بودن داده‌ها را با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف می‌سنجد. همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میزان به دست آمده از آزمون در تمامی متغیرها، بهنجار است. از این رو می‌توان گفت، پیش فرض آزمون‌های پارامتریک برای سنجش فرضیه‌ها برقرار است.

جدول ۳. بررسی فرض استقلال یا عدم وجود هم خطی بین متغیرهای پیشگو

مدل	سطح معناداری	آماره‌های هم خطی		دوربین واتسون
		آماره‌های تحمل	تورم واریانس	
سلامت روان	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۱	۲/۰۱
رضایت از خود	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۱	
ترومای دوران کودکی	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۱	

با توجه به محقق شدن مفروضات نرمال بودن توزیع، استقلال خطاها و عدم هم خطی در ادامه با تفکیک فرضیات پژوهشی به ارائه یافته‌ها می‌پردازیم.

ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود در دانشجویان را دارد. برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل در جدول (۴) نشان داده شده است. جدول (۴) نتایج حاصل از رگرسیون ساده بین ترومای دوران کودکی، سلامت روان و رضایت از خود را نشان می‌دهد. در معادله رگرسیون ترومای دوران کودکی به عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت روان و رضایت از خود به صورت مجزا به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری ترومای دوران کودکی با سلامت روان و رضایت

از خود

شاخص							مدل / سلامت روان
sig	t	β	SE	R^2	R	F	
۰/۰۰۰			۵/۶۳	۰/۲۰	۰/۳۴	۷/۸۱	رگرسیون
۰/۰۰۱	۳/۴۲	۰/۳۴					ترومای دوران کودکی
							مدل / رضایت از خود
شاخص							

sig	t	β	SE	R^2	ریال	F
۰/۲۱			۲/۸۱	۰/۰۱	۰/۱۲	۱/۵۴
						رگرسیون
۰/۲۱	۱/۲۴	۰/۱۲				ترومای دوران کودکی

بر اساس نتایج جدول (۴) در مدل اول که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ترومای دوران کودکی و سلامت روان را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح $۰/۰۱$ درصد معنادار است ($F=۷/۸۱$, $P\leq ۰/۰۰۰$). مقدار $R^2= ۰/۲۰$ به این مفهوم است که ترومای دوران کودکی، ۲۰ درصد از تغییرات سلامت روان را تبیین می‌کنند. ضریب تأثیر ترومای دوران کودکی ($\beta=۰/۳۴$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. این بدان معناست که تجربه تروما در دوران کودکی با مشکلات سلامت روان در بزرگسالی مرتبط است. با توجه به علامت مثبت ضریب بتا، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه تروما در دوران کودکی منجر به افزایش مشکلات سلامت روان در دوران بزرگسالی می‌شود.

در مدل دوم که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ترومای دوران کودکی و رضایت از خود را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح $۰/۰۱$ معنادار نیست ($F=۱/۵۴$, $P> ۰/۰۰۰$). این بدان معناست که تجربه تروما در دوران کودکی با میزان رضایت از خود در بزرگسالی مرتبط نیست. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، به دلیل آنکه متغیر پیش‌بین حداقل روی یک متغیر ملاک تأثیر معنادار داشته، فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان گفت ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان را دارد؛ این متغیر قادر به تبیین ۲۰ درصد از تغییرات سلامت روان در دانشجویان است.

ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی سلامت روان در دانشجویان را دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول (۵) ماتریس همبستگی رابطه میان ابعاد ترومای دوران کودکی و سلامت روان گزارش شده است.

جدول ۵. ماتریس همبستگی رابطه میان ابعاد ترومای دوران کودکی و سلامت روان

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱	سوء استفاده عاطفی	۱								
۲	سوء استفاده فیزیکی	۰/۸۰**	۱							
۳	سوء استفاده جنسی	۰/۷۸**	۰/۶۹**	۱						
۴	غفلت عاطفی	۰/۸۲**	۰/۷۵**	۰/۷۶**	۱					
۵	غفلت جسمانی	۰/۷۶**	۰/۶۴**	۰/۷۸**	۰/۸۱**	۱				
۶	علائم جسمانی	۰/۰۸	۰/۴۲**	۰/۴۰**	۰/۴۳**	۰/۲۸*	۱			
۷	اضطراب و اختلال خواب	۰/۲۳*	۰/۰۸	۰/۲۷*	۰/۵۰**	۰/۲۸*	۰/۳۹**	۱		
۸	اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۴۱**	۰/۴۰**	۰/۱۴*	۰/۵۰**	۰/۳۴*	۰/۴۷*	۰/۷۲**	۱	
۹	علائم افسردگی	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۴۵**	۰/۲۰*	۰/۰۰۴	۰/۴۵**	۰/۲۰*	۰/۳۷**	۱

بر اساس نتایج جدول (۵) ضریب همبستگی سوء استفاده عاطفی با اضطراب و اختلال خواب ۰/۲۳ و اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۴۱ است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین همبستگی مثبت و متوسطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک به چشم می‌خورد. رابطه سوء استفاده فیزیکی با علائم جسمانی ($P<0/01$; $R=0/42$) و اختلال در کارکرد اجتماعی ($P<0/01$; $R=0/40$) بود. سوء استفاده جنسی با علائم جسمانی ($P<0/01$; $R=0/40$)، اضطراب و اختلال خواب ($P<0/01$; $R=0/27$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($P<0/01$; $R=0/14$) و علائم افسردگی ($P<0/01$; $R=0/45$) همبستگی مثبت و معناداری نشان داد. ارتباط غفلت عاطفی با علائم جسمانی ($P<0/01$; $R=0/43$)، اضطراب و اختلال خواب ($P<0/01$; $R=0/50$)، اختلال در کارکرد اجتماعی ($P<0/01$; $R=0/50$) و علائم افسردگی ($P<0/05$; $R=0/42$) نیز مثبت و معنادار بود. در نهایت رابطه غفلت جسمانی با علائم جسمانی ۰/۲۸، اضطراب و اختلال خواب ۰/۲۸ و اختلال در کارکرد اجتماعی ۰/۳۴ است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین همبستگی مثبت و ضعیفی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک به چشم می‌خورد.

جدول ۶. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری ترومای دوران کودکی با سلامت روان

شاخص							مدل / علائم جسمانی
sig	t	β	SE	R^2	R	F	
۰/۰۰۰			۲/۴۱	۰/۱۰	۰/۳۲	۸/۹۳	رگرسیون
۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۰۲					سوء استفاده عاطفی
۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۰۵					سوء استفاده فیزیکی
۰/۰۰۰	۴/۱۷	۰/۲۴					سوء استفاده جنسی
۰/۰۰۰	۴/۱۷	۰/۲۸					غفلت عاطفی
۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۱۶					غفلت جسمانی

شاخص							مدل / اضطراب و اختلال خواب
sig	t	β	SE	R^2	R	F	
۰/۰۰۱			۰/۰۲	۰/۲۱	۰/۴۶	۴/۱۹	رگرسیون
۰/۰۰۸	۲/۷۰	۰/۶۷					سوء استفاده عاطفی
۰/۲۷	۱/۱۰	۰/۲۷					سوء استفاده فیزیکی
۰/۵۱	۰/۶۵	۰/۱۳					سوء استفاده جنسی
۰/۰۰۲	۳/۱۲	۰/۸۰					غفلت عاطفی
۰/۸۶	۰/۱۷	۰/۰۳					غفلت جسمانی

شاخص							مدل / اختلال در کارکرد اجتماعی
sig	t	β	SE	R^2	R	F	
۰/۰۰۲			۲/۰۴	۰/۱۹	۰/۴۴	۳/۷۹	رگرسیون

۰/۰۱	۲/۴۷	۰/۶۲					سوء استفاده عاطفی
۰/۰۳	۲/۱۲	۰/۵۳					سوء استفاده فیزیکی
۰/۸۰	۰/۲۴	۰/۰۴					سوء استفاده جنسی
۰/۰۰۲	۳/۱۸	۰/۸۳					غفلت عاطفی
۰/۷۱	۰/۳۶	۰/۰۸					غفلت جسمانی
شاخص							
مدل / علائم افسردگی							
sig	t	β	SE	R^2	R	F	
۰/۰۰۰			۳/۸۳	۰/۰۷	۰/۲۶	۵/۷۰	رگرسیون
۰/۷۶	۰/۳۰	۰/۰۲					سوء استفاده عاطفی
۰/۴۰	۰/۸۴	۰/۰۵					سوء استفاده فیزیکی
۰/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰					سوء استفاده جنسی
۰/۰۰۰	۴/۱۱	۰/۲۸					غفلت عاطفی
۰/۱۹	۱/۲۸	۰/۰۸					غفلت جسمانی

بر اساس نتایج جدول (۶) در مدل اول که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ابعاد ترومای دوران کودکی و علائم جسمانی (از مؤلفه‌های سلامت روان) را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار است ($F=۸/۹۳, P\leq ۰/۰۰۰$) مقدار $R^2= ۰/۱۰$ به این مفهوم است که ترومای دوران کودکی، ۱۰ درصد از تغییرات علائم جسمانی را تبیین می‌کند. ضریب تأثیر سوء استفاده عاطفی ($\beta=۰/۰۲$)، سوء استفاده فیزیکی ($\beta=۰/۰۵$)، سوء استفاده جنسی ($\beta=۰/۲۴$)، غفلت عاطفی ($\beta=۰/۲۸$) و غفلت جسمانی ($\beta=۰/۱۶$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که تنها ابعاد سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به علائم جسمانی را پیش‌بینی می‌کنند. این بدان معناست که تجربه سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی در دوران کودکی با علائم جسمانی (از ابعاد سلامت روان) در بزرگسالی مرتبط است. با توجه به علامت مثبت ضریب بتا، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه تروما در دوران کودکی با افزایش مشکلات جسمانی در دوران بزرگسالی همراه است.

در مدل دوم که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ابعاد ترومای دوران کودکی و اضطراب و اختلال خواب (از مؤلفه‌های سلامت روان) را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار است ($F=۴/۱۹, P\leq ۰/۰۰۱$) مقدار $R^2= ۰/۲۱$ به این مفهوم است که ترومای دوران کودکی، ۲۱ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین می‌کند. ضریب تأثیر سوء استفاده عاطفی ($\beta=۰/۶۷$)، سوء استفاده فیزیکی ($\beta=۰/۲۷$)، سوء استفاده جنسی ($\beta=۰/۱۳$)، غفلت عاطفی ($\beta=۰/۸۰$) و غفلت جسمانی ($\beta=۰/۰۳$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که تنها ابعاد سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به اضطراب و اختلال خواب را پیش‌بینی می‌کنند. این بدان معناست که تجربه سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی در دوران کودکی با علائم اضطراب و اختلال خواب (از ابعاد سلامت روان) در بزرگسالی مرتبط است. با توجه به علامت مثبت ضریب

بتا، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه تروما در دوران کودکی منجر به افزایش میزان اضطراب و اختلال خواب در دوران بزرگسالی می‌شود.

در مدل سوم که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ابعاد ترومای دوران کودکی و اختلال در کارکرد اجتماعی (از مؤلفه‌های سلامت روان) را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح $0/01$ درصد معنادار است ($P \leq 0/001$). مقدار $R^2 = 0/19$ به این مفهوم است که ترومای دوران کودکی، ۱۹ درصد از تغییرات اختلال در کارکرد اجتماعی را تبیین می‌کنند. ضریب تأثیر سوء استفاده عاطفی ($\beta = 0/62$)، سوء استفاده فیزیکی ($\beta = 0/53$)، سوء استفاده جنسی ($\beta = 0/04$)، غفلت عاطفی ($\beta = 0/83$) و غفلت جسمانی ($\beta = 0/08$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که تنها ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی و غفلت عاطفی با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به اختلال در کارکردهای اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند. این بدان معناست که تجربه سوء استفاده عاطفی، فیزیکی و غفلت عاطفی در دوران کودکی با اختلال در کارکردهای اجتماعی (از ابعاد سلامت روان) در بزرگسالی مرتبط است. با توجه به علامت مثبت ضریب بتا، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه تروما در دوران کودکی منجر به افزایش میزان اختلال در کارکردهای اجتماعی در دوران بزرگسالی می‌شود.

در مدل چهارم که خلاصه نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین ابعاد ترومای دوران کودکی و علائم افسردگی (از مؤلفه‌های سلامت روان) را نشان می‌دهد، میزان F مشاهده شده در سطح $0/01$ درصد معنادار است ($P \leq 0/000$). مقدار $R^2 = 0/07$ به این مفهوم است که ترومای دوران کودکی، ۷ درصد از تغییرات اضطراب و اختلال خواب را تبیین می‌کنند. ضریب تأثیر سوء استفاده عاطفی ($\beta = 0/02$)، سوء استفاده فیزیکی ($\beta = 0/05$)، سوء استفاده جنسی ($\beta = 0/000$)، غفلت عاطفی ($\beta = 0/28$) و غفلت جسمانی ($\beta = 0/08$)، با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که تنها غفلت عاطفی با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به علائم افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. این بدان معناست که تجربه غفلت عاطفی در دوران کودکی با علائم افسردگی (از ابعاد سلامت روان) در بزرگسالی مرتبط است. با توجه به علامت مثبت ضریب بتا، می‌توان چنین نتیجه گرفت که تجربه تروما در دوران کودکی منجر به افزایش علائم افسردگی در دوران بزرگسالی می‌شود. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، به دلیل آنکه متغیر پیش‌بین حدافل روی یک متغیر ملاک تأثیر معنادار داشته، فرضیه فرعی اول پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان گفت ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان را دارد؛ به طوری که سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی قادر به تبیین ۲۱ درصد اضطراب و اختلال خواب بودند. ۱۹ درصد اختلال در کارکردهای اجتماعی توسط سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی و غفلت عاطفی تبیین شد. ۱۰ درصد علائم جسمانی توسط ابعاد سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی و در نهایت ۷ درصد افسردگی توسط غفلت عاطفی قابل تبیین بود.

ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی رضایت از خود در دانشجویان را دارد. برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول (۷) ماتریس همبستگی رابطه میان ابعاد ترومای دوران کودکی و رضایت از خود گزارش شده است.

جدول ۷. ماتریس همبستگی رابطه میان ابعاد ترومای دوران کودکی و رضایت از خود

شماره	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	سوء استفاده عاطفی	۱					
۲	سوء استفاده فیزیکی	۰/۸۰***	۱				
۳	سوء استفاده جنسی	۰/۷۸***	۰/۶۹***	۱			
۴	غفلت عاطفی	۰/۸۲***	۰/۷۵***	۰/۷۶***	۱		
۵	غفلت جسمانی	۰/۷۶***	۰/۶۴***	۰/۷۸***	۰/۸۱***	۱	
۶	رضایت از خود	۰/۱۲	۰/۳۵	۰/۰۲	-۰/۲۲*	۰/۰۹	۱

بر اساس نتایج جدول (۷) ضریب همبستگی سوء استفاده فیزیکی با رضایت از خود $0/22-$ است که در سطح $0/05$ معنادار است. بنابراین همبستگی منفی و ضعیفی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک به چشم می‌خورد. در ادامه جهت بررسی سهم سوء استفاده جنسی در میزان رضایت از خود دانشجویان از تحلیل رگرسیون چندگانه ساده استفاده شد- سایر ابعاد ترومای دوران کودکی به دلیل عدم ارتباط معنادار با رضایت از خود وارد معادله رگرسیون نشدند. در این تحلیل سوء استفاده جنسی به عنوان متغیر پیش‌بین و رضایت از خود به عنوان متغیر ملاک وارد معادله شدند (جدول ۸).

جدول ۸. خلاصه نتایج مدل پیش‌بینی رضایت از خود از روی متغیر پیش‌بین

مدل	F	R	R ²	SE	sig
۱	۴/۹۸	۰/۲۲	۰/۰۴	۲/۷۶	۰/۰۲

با توجه به جدول (۸) ضریب همبستگی چندگانه متغیرهای پیش‌بین با رضایت از خود ($0/22$) است. این متغیرها در مجموع قادر به تبیین ۴ درصد از تغییرات رضایت از خود در دانشجویان هستند. که با توجه به F مشاهده شده این میزان واریانس تبیین شده و در نتیجه مدل رگرسیون در سطح $0/05$ معنادار است. در جدول (۹) ضرایب استاندارد شده و استاندارد نشده رگرسیون گزارش شده است.

جدول ۹. ضرایب رگرسیون استاندارد نشده و استاندارد شده مدل پیش‌بینی رضایت از خود از روی متغیرهای پیش‌بین

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		T	سطح معناداری
	B	خطای استاندارد برآورد	Beta	شده		
ثابت	۱۶/۹۷	۱/۲۰			۱۴/۰۳	۰/۰۰۰
سوء استفاده جنسی	۰/۱۵	۰/۰۶	-۰/۲۲		-۲/۲۳	۰/۰۲

همان‌طور که نتایج جدول (۹) نشان می‌دهد عامل سوء استفاده جنسی با $\beta = -0/22$ بر رضایت از خود دانشجویان در سطح ۵ درصد تأثیر معنادار دارد و منفی بودن این ضریب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عامل، میزان رضایت از خود در دانشجویان کاهش می‌یابد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت، به دلیل آن‌که حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین (سوء استفاده جنسی)

روی متغیر ملاک تأثیر معنادار داشته، فرضیه فرعی دوم پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان گفت از میان ابعاد ترومای دوران کودکی، تنها سوء استفاده جنسی قادر به تبیین ۴ درصد از واریانس رضایت از خود در دانشجویان است.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود بر اساس ترومای دوران کودکی انجام شد. ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود در دانشجویان را دارد. سوال اصلی پژوهش این‌گونه مطرح شد که ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان و رضایت از خود را در دانشجویان دارد. بخشی از این فرضیه تأیید شد و یافته‌های پژوهش نشان داد، ترومای دوران کودکی تنها توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان را دارد؛ این متغیر قادر به تبیین ۲۰ درصد از تغییرات سلامت روان در دانشجویان است. دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین ترومای دوران کودکی و رضایت از خود ارتباط معناداری وجود ندارد. همسو با این یافته، شاملی و همکاران (۳۶) در پژوهشی دریافتند بدرفتارهای دوران کودکی زمینه‌ساز استفاده از راهبردهای اجتناب تجربه‌ای است و همین امر منجر به افزایش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در قربانیان بدرفتاری دوران کودکی است. نتایج پژوهش فرازمنند (۳۷) نیز نشان داد تجربه بدرفتاری‌های عاطفی در دوران کودکی می‌تواند آشفتگی‌های روانی در بزرگسالی را پیش‌بینی کند. دیگر یافته این پژوهش نشان داد کودکان و نوجوانانی که در معرض نوعی از آسیب‌های بین فردی قرار گرفته بودند، در مقایسه با افراد عادی، بیشتر مشکلات سلامت روان را گزارش کردند. در تبیین نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان می‌توان بیان داشت، رویدادهای آسیب‌زا شامل آسیب یا تهدید به آسیب است (۳۸). این امر به ویژه در مورد رویدادهای آسیب‌زایی چون قرار گرفتن در معرض خشونت بین فردی، از جمله آزار جسمی، سوء استفاده جنسی، شاهد خشونت خانگی و قرار گرفتن در معرض سایر اشکال خشونت در خانه یا جامعه صادق است. قرار گرفتن در معرض این نوع رویدادهای آسیب‌زا در دوران کودکی رشد عاطفی و عصبی زیستی را تغییر و به تبع آن شناسایی تهدیدهای بالقوه در محیط را افزایش و پاسخ‌های هیجان به آن تهدیدات را افزایش می‌دهد. اگرچه این سازگاری‌ها ممکن است ایمنی را در محیط‌های خطرناک افزایش دهند، اما مکانیسمی مرکزی هستند که آسیب‌های روانی کودک را با شروع آسیب‌شناسی روانی درونی و بیرونی‌سازی پیوند می‌دهند (۳۹). کودکانی که در معرض تروما قرار گرفته‌اند، سوگیری‌های پردازش اطلاعات را نشان می‌دهند که شناسایی سریع تهدیدات محیطی را تسهیل می‌کند. یکی از این سوگیری‌ها شامل افزایش حساسیت ادراکی به خشم است. کودکان با سابقه تروما خشم را با اطلاعات ادراکی کمتر شناسایی می‌کنند و طیف وسیع‌تری از احساسات را نسبت به کودکانی که هرگز تروما را تجربه نکرده‌اند به عنوان خشم طبقه بندی می‌کنند (۴۰). علاوه بر این کودکانی که در معرض تروما قرار گرفته‌اند، سوگیری‌های توجهی را نسبت به اطلاعات اجتماعی تهدیدکننده نشان می‌دهند، از جمله درگیر شدن سریع‌تر و عدم درگیری توجه با تأخیر از خشم (۴۱). در موقعیت‌های اجتماعی، شواهد گسترده‌ای نشان می‌دهد که کودکانی که در معرض تروما قرار می‌گیرند بیشتر از کودکان بدون سابقه تروما به نشانه‌های تهدیدکننده توجه می‌کنند، نشانه‌های غیرتهدیدکننده را نادیده می‌گیرند و اسناد خصمانه ایجاد می‌کنند (۴۲).

ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی سلامت روان در دانشجویان را دارد. فرضیه فرعی اول پژوهش این‌گونه مطرح شد که ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان در دانشجویان دارد. این فرضیه تأیید شد و نتایج حاصل از آن نشان داد، ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی سلامت روان را دارد؛ به طوری که سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی قادر به تبیین ۲۱ درصد اضطراب و اختلال خواب بودند. ۱۹ درصد اختلال در کارکردهای اجتماعی توسط سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی و غفلت عاطفی تبیین شد. ۱۰ درصد علائم جسمانی توسط ابعاد سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی و در نهایت ۷ درصد افسردگی

توسط غفلت عاطفی قابل تبیین بود. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های صورت گرفته در داخل شاملی و همکاران (۳۶)، فرازمنند (۳۷)، رستمی و همکاران (۲۶) و خارج از کشور داوونی و کرومی (۴۳)، باروس و همکاران (۴)، کیم و همکاران (۴۴)، مارشال و همکاران (۴۵) مبنی بر ارتباط مثبت تجربه تروما در دوران کودکی با سلامت روان همسو و هماهنگ است. نتایج مطالعه صورت گرفته توسط محمدپور و همکاران در سال ۱۳۹۳ حاکی از آن بود که بین بدرفتاری روان‌شناختی با افسردگی رابطه معناداری وجود ندارد؛ که با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو است. در تبیین نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی می‌توان بیان داشت، ترومای دوران کودکی با ایجاد اضطراب و افسردگی در بزرگسالی مرتبط است (۴۶) و سابقه سوء استفاده ممکن است در بزرگسالی بیشتر قابل شناسایی باشد زیرا الگوهای عاطفی و رفتاری در این دوره تکامل یافته است. از این رو، احتمالاً اختلالات مختلفی در میان قربانیان سوء استفاده در دوران کودکی ایجاد می‌شود (۴۷).

ترومای دوران کودکی توان پیش‌بینی رضایت از خود در دانشجویان را دارد. فرضیه فرعی دوم این‌گونه مطرح شد که ترومای دوران کودکی توان تبیین و پیش‌بینی رضایت از خود را دارد. این فرضیه تأیید شد و نتایج حاصل از آن نشان داد، از میان ابعاد ترومای دوران کودکی، تنها سوء استفاده جنسی قادر به تبیین ۴ درصد از واریانس رضایت از خود در دانشجویان است. با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی در خصوص بررسی نقش ترومای دوران کودکی در پیش‌بینی رضایت از خود، امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات و تحقیقات انجام شده پیشین و بحث پیرامون علل احتمالی تفاوت یا تشابه در نتایج به دست آمده با سایر تحقیقات انجام شده امکان‌پذیر نمی‌باشد. اما نتایج پژوهش زیر ممکن است نزدیک به یافته‌های پژوهش باشد. نتایج پژوهش داوونی و کرومی (۴۳) نشان داد تجربه تروما منجر به ایجاد یک تصویر منفی از خود و استعمال الکل و مواد مخدر می‌گردد. زمانی که افراد از هر جنبه‌ای از زندگی خود احساس خوشحالی می‌کنند و از وضعیت زندگی خود راضی هستند؛ رضایت از تحقق اهداف شخصی و کاری حاصل می‌شود (۲۰). به گفته پاسوپولتی و همکاران (۲۱) زمانی که افراد نسبت به خود احساس خوشبختی می‌کنند و معتقدند در زندگی به آنچه که هدفشان بوده است دست یافته‌اند، شادتر از دیگران هستند و این تأثیر مثبتی بر شیوه زندگی، برخورد با مردم و حتی کار آن‌ها دارد. کسانی که راضی هستند بهتر می‌توانند مشکلات را از نظر شخصی و کاری مدیریت کنند. این به این دلیل است که آن‌ها بر احساسات روانی خود کنترل دارند و بنابراین بهتر می‌توانند به جای احساسات منفی خود-مثلاً احساس استرس و اضطراب- روی موضوع تمرکز کنند (۲۱). علاوه بر این دونوان و هالپرن (۲۲) دریافتند افرادی که راضی هستند، بازرتر و هنرمندانه‌تر هستند که این به این معنی است که آن‌ها در مورد طرز فکرشان تخیلی‌تر و خلاق‌تر هستند که می‌تواند باعث شود آن‌ها زندگی کاری خود را بهتر مدیریت کنند. اگر چه هنوز در پژوهش‌های داخلی و خارجی تأثیر ترومای دوران کودکی بر رضایت از خود مورد بررسی قرار نگرفته است؛ اما ثابت شده است که تجارب و تصورات از بدرفتاری با کودک باعث افزایش شرم از خود و کاهش عزت نفس می‌شود که به نوبه خود منجر به علائم افسردگی در بزرگسالی می‌شود (۲۳-۲۴). در حالی که دلبستگی ایمن در دوران کودکی در پرورش خودارزشمندی مثبت حیاتی است (۲۵). در کودکان و نوجوانانی که تجارب نامطلوب دارند و کمتر از مراقبت و حمایت والدین بهره‌مند می‌شوند، خطر ایجاد خودپنداره تحریف شده و احساس کم ارزش بودن، یعنی عزت نفس پایین یا خودارزیابی منفی و کناره‌گیری از اجتماعی شدن افزایش می‌یابد (۲۵). این نشان می‌دهد که تجربیات آسیب‌زا از روابط بین فردی به خودشناسی عمومی کودک کمک می‌کند (۴۸).

محدودیت پژوهش: این پژوهش هم مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود که یکی از این محدودیت‌ها وضعیت روانی و عاطفی دانشجویان هنگام پاسخگویی به سوالات بود که ممکن است در صحت و دقت پاسخگویی آنان تاثیر گذار باشد که این محدودیت غیر قابل کنترل بود.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. World health organization. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1, accessed 19 August 2017).
2. Keyes C.L.M. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005;73(3): 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>.
3. Sobhi-Gharamaleki N., Hajloo N., Mohammadi S. The Effectiveness of life skill training on Social adjustment in preschool children. *Journal of School Psychology*, 2016; 5(3): 118-131. https://jssp.uma.ac.ir/article_466.html?lang=en
4. Barros Barros P., Assar R., Botto A., Leighton C., Quevedo Y., Jiménez J. P. The effect of child trauma on the relation between psychological well-being and depressive symptoms in Chilean university students. *In Healthcare* 2022; 10(12): 2463, <https://doi.org/10.3390/healthcare10122463>
5. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 1998; 14(4): 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
6. Manian N. *Becoming Trauma Informed: Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Trauma--Implications for Schools*. TI Brief# 1. National Comprehensive Center at Westat, 2021.
7. Bethell C.D., Davis M.B., Gombojav N., Stumbo S., Powers K. Issue Brief: A National and Across State Profile on Adverse Childhood Experiences among Children and Possibilities to Heal and Thrive. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2017. <http://www.cahmi.org/projects/adverse-childhood-experiences-aces>.
8. Merrick M.T., Ford D.C., Ports K.A., Guinn A.S. Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics*, 2018;172 (11): 1038-1044. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>.
9. Abraham E.H., Antl S.M., McAuley T. Trauma exposure and mental health in a community sample of children and youth. *Psychol. Trauma*, 2022; 14: 624–632. <https://doi.org/10.1037/tra0001035>
10. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat. Rev. Neurosci*, 2016; 17: 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>

11. Norman R. E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The longterm health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 2012; 9(11): 1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349. <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.1001349>
12. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, et al. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *Am J Prev Med*. 2015; 48(3): 345-349. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006>
13. Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020; 371: 3048. Published 2020 Oct 28. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
14. Hajat A, Nurius P, Song C. Differing trajectories of adversity over the life course: Implications for adult health and well-being. *Child Abuse Negl*. 2020; 102: 104392. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104392>
15. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2020; 102: 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
16. Nanni V., Uher R., Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2012; 169(2): 141-151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
17. Williams LM, Debatista C, Duchemin AM, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry*. 2016; 6(5): 799. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.61>
18. Iob E., Lacey R., Giunchiglia V. et al. Adverse childhood experiences and severity levels of inflammation and depression from childhood to young adulthood: a longitudinal cohort study. *Mol Psychiatry*, 2022; 27: 2255–2263. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01478-x>
19. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;190:47-55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
20. Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 1989; 57(6): 1069. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
21. Pasupuleti S., Allen R.I., Lambert E.G. Cluse-Tolar T. The Impact of work stressors on the life satisfaction of social service workers: A preliminary study. *Administration in Social Work*, 2009; 33(3): 319- 339. <https://doi.org/10.1080/03643100902988141>
22. Donovan N. Halpern D. Life satisfaction: the state of knowledge and implications for government. Retrieved online on Sep 12, 2011 from, 2002. <http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/strategy/assets/paper.pdf>.
23. Meadows P., Tunstall J., George A., Dhudwar A., Kurtz Z. The costs and consequences of child maltreatment. National Institute of Economic and Social Research, 2011.

24. Trickett P.K., Negriff S., Ji J., Peckins M. Child maltreatment and adolescent development. *Journal of research on adolescence*, 2011; 21(1): 3-20. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1532-7795.2010.00711.x>
25. Harter S. The effects of child abuse on the self-system. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 1998;2(1): 147-169. https://psycnet.apa.org/doi/10.1300/J146v02n01_09
26. Rostami M., Abdi M., Heidari H. Correlation of Childhood Maltreatment, Self-Compassion and Mental Health in Married People. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2014; 16(62): 130-41. <https://doi.org/10.22038/jfmh.2014.3269>
27. Farazmand Shi. Childhood emotional maltreatment and subsequent psychological disturbances among college students: The mediating role of early maladaptive schemas. Master's thesis of the University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, 2014.
28. Barrera-Herrera A., Vinet E.V. Emerging adulthood and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Psychological Therapy*, 2017; 35(1): 47-56. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4067/S0718-48082017000100005>
29. Akeman E, Kirlic N, Clausen AN, Cosgrove KT, McDermott TJ, Cromer LD, Paulus MP, Yeh HW, Aupperle RL. A pragmatic clinical trial examining the impact of a resilience program on college student mental health. *Depress Anxiety*. 2020 Mar; 37(3): 202-213. <https://doi.org/10.1002%2Fda.22969>
30. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997; 27(1): 191-197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>
31. Nazifi M, Hr Mokarami Ak, Akbaritabar M. Faraji Kujerdi R. Tabrizi A. Rahi H. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, *Journal of Advanced Biomedical Sciences*, 2014; 3(4): 336-342.
32. Ebrahimi A, Maulvi H, Mousavi Gh, Parnamanesh A, Yaqoubi M. Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *RBS* 2007; 5(1) :5-12. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1386.5.1.3.2>
33. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(2): 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
35. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood Traumas and Suicide Attempt in adulthood . *IJPCP*, 2014; 19(4): 275-282. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
36. Shameli L., Bahramara Z., Mohammadi M., Hadianfard H. The Relationship between Childhood Maltreatment and Mental Health with the Mediation of Experiential Avoidance in Girl Students. *Psychological Achievements*, 2022; 29(1): 57-78. <https://doi.org/10.22055/psy.2022.39038.2756>
37. Farzmand SH, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahee B. The role of sources of childhood emotional maltreatment in predicting conditional and unconditional maladaptive schemas in adulthood. *J thought & behavior in clinical psychology [Internet]*. 2017; 11(44):37-46.

38. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(8): 815-830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
39. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Nov; 47: 578-91. <https://doi.org/10.1016%2Fj.neubiorev.2014.10.012>
40. Pollak SD, Sinha P. Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Dev Psychol*. 2002;38(5):784-791. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.5.784>
41. Pollak SD, Tolley-Schell SA. Selective attention to facial emotion in physically abused children. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(3):323-338. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.3.323>
42. Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Valente E. Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *J Abnorm Psychol*. 1995;104(4):632-643. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.104.4.632>
43. Downey C., Crummy A. The impact of childhood trauma on children's wellbeing and adult behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2022; 6(1): 100237. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
44. Kim Y, Lee H, Park A. Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022 Feb;57(2):331-341. <https://doi.org/10.1007%2Fs00127-021-02129-2>
45. Marshall C, Semovski V, Stewart SL. Exposure to childhood interpersonal trauma and mental health service urgency. *Child Abuse Negl*. 2020;106:104464. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104464>
46. Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 122(1): 66-74. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01491.x>
47. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. 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(2): 359-372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
48. Crowley C. Exploring the Views and Perceptions of Adopted Young People Concerning Their Education and Social Development: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Educational Psychology in Practice*, 2019; 35(2): 165–83. <https://doi.org/10.1080/02667363.2018.1547895>