

Research Paper

Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms in mothers with children with Intellectual Defect

Leila Jaber^{*1}, Mohammad Mozafari²

1-Master's degree in General Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran, lj49298@gmail.com

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, Mozafari937@yahoo.com

Citation

jaber L, Mozaffari M. Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms in mothers with children with Intellectual Defect. *ijndd* 2022; 1 (2) : 1

URL: <http://jndd.ir/article-1-43-fa.html>



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

early life trauma,
psychological flexibility,
psychological symptoms,
intelligence defect

Background and purpose: childhood injuries, stability. It destroys the child's feelings. The child weakens its value and this feeling often stays with the child until adulthood and affects the person's life and mental health. The present study was conducted with the aim of modeling early life trauma and psychological symptoms with the mediation of psychological flexibility of mothers with children with intellectual disabilities.

Method: The current research was of a modeling type, which was carried out in a cross-sectional and descriptive-analytical manner. The statistical population of this research included all mothers with children with intellectual disabilities, whose children were studying in exceptional schools in Shiraz in the academic year of 2001-2001. The sample of this research includes 300 people who were selected through available sampling and answered the questions of early life trauma, psychological flexibility and depression and post-event stress questionnaire. The collected data were analyzed using SPSS26 and AMOS24 software and Pearson's correlation coefficient tests, regression, structural equation modeling and calculation of fit indices.

Findings: The results of the research indicated the fit of the model and the confirmation of the research hypothesis. Therefore, there is a positive and significant relationship between early life trauma and psychological symptoms with the mediation of psychological flexibility ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the research results, it seems that the impact of early life trauma on psychological symptoms can be influenced by psychological flexibility.

Received: 5 Apr 2022

Accepted: 11 May 2022

Available: 22 Jun 2022

***Corresponding author:** Master's degree in General Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran, lj49298@gmail.com

E-mail: lj49298@gmail.com

Tel: 09366297956

مقاله پژوهشی

رابطه ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی در مادران دارای کودکان با نقص هوشی

لیلا جابر^{*}، محمد مظفری^۲

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران، lj49298@gmail.com

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران، Mozafari937@yahoo.com

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها

ترومای اولیه زندگی،
انعطاف‌پذیری روانشناختی،
علائم روانشناختی،
نقص هوشی

زمینه و هدف: آسیب‌های دوران کودکی، ثبات، احساس کودک را از بین می‌برد. کودک ارزش خود را تضعیف می‌کند و این حس اغلب تا بزرگسالی با کودک می‌ماند و بر زندگی و سلامت روان فرد تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران دارای کودکان با نقص هوشی صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع مدل‌سازی بود که به‌صورت مقطعی و توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک با نقص هوشی بود که کودکان آنها در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در مدارس استثنایی شهر شیراز مشغول تحصیل بودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰۰ نفر که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سؤالات پرسشنامه ترومای اولیه زندگی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و افسردگی و استرس پس از رخداد پاسخ دادند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS26 و AMOS24 و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون، مدل‌سازی معادلات ساختاری و محاسبه شاخص‌های برازش، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی از برازش مدل و تأیید فرضیه تحقیق بود. بنابراین بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج پژوهش به‌نظر می‌رسد تأثیر ترومای اولیه زندگی بر علائم روانشناختی می‌تواند تحت تأثیر انعطاف‌پذیری روانشناختی باشد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۱/۱۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۲/۲۱

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

* نویسنده مسئول: لیلا جابر، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

رایانامه: lj49298@gmail.com

تلفن: ۰۹۳۶۶۲۹۷۹۵۶

مقدمه

مواجهه با یک تروما، تجربه‌ای مخاطره‌آمیز در زندگی است (۱ و ۲). ترومای کودکی، یک مسئله سلامت عمومی است که به‌عنوان عامل بالقوه برای بسیاری از اختلالات روانی پایه‌گذاری شده است (۳، ۴)، ترومای کودکی غالباً یک حقیقت پنهان زندگی افراد است اما همه‌گیری بیشتری را نسبت به آنچه بیشتر مردم ممکن است انتظار داشته باشند، تشکیل می‌دهد (۵ و ۶). تعریف سازمان بهداشت جهانی از بدرفتاری کودکی، شامل غفلت و رفتار سهل‌انگارانه، بدرفتاری فیزیکی و عاطفی یا سوءاستفاده جنسی است (۷). ترومای اولیه زندگی^۱ به دلیل شیوع بالا و پیامدهای منفی طولانی‌مدت به‌عنوان یک نگرانی برای سلامتی عمومی شناخته شده است (۸). گرین و همکاران (۸)، گزارش داده‌اند که ۵۳/۴ درصد از بزرگسالان انگلیسی زبان در ایالات متحده حداقل تجربه ترومای اولیه زندگی را گزارش کرده‌اند. ترومای اولیه زندگی به هر نوع تجربه آسیب که قبل از ۱۸ سالگی رخ می‌دهد تعریف می‌شود و شامل ترومای عمومی (مانند تصادف جدی، مرگ والدین یا خواهر و برادر) و همچنین آزار جسمی، جنسی یا عاطفی است (۹). تحقیقات نشان می‌دهد که تأثیر ترومای اولیه زندگی می‌تواند بسیار گسترده و عمیق باشد و باعث انواع آسیب‌های روانی در بزرگسالی از جمله اختلالات شخصیت^۲، اضطراب^۳، افسردگی^۴، سوء مصرف مواد^۵ و اختلال استرس پس از آسیب شود (۱۰ و ۱۱). افرادی که در دوران کودکی با مشکلاتی مواجه شده‌اند، معمولاً مشکلات خود را به دوران بزرگسالی انتقال می‌دهند (۱۰). این مسئله ممکن است به برخی مشکلات در زندگی آنها منجر (۱۲). برخی از این افراد نمی‌توانند به درستی تصمیم‌گیری کنند که این معضل باعث افزایش خطاهای آنها در زندگی می‌شود (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی‌مدت در دوران کودکی به مواردی مانند اختلال شخصیت منجر می‌شود (۱۲). مطالعات حتی ترومای اولیه زندگی را با تغییرات در ساختار و عملکرد مغز و همچنین اختلال عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۶ مرتبط دانسته‌اند. این تغییرات ممکن است ریشه آسیب روانی را در بین افرادی که تجربه ترومای اولیه زندگی را داشته‌اند باشد (۱۲). با این حال، جالب است که همه کودکانی که تروما را تجربه کرده‌اند، سطوح بالایی از اختلالات روانی را نشان نمی‌دهند (۱۳). داده‌های فراتحلیل به وسیله هیلر^۷ و همکاران (۱۴) نشان داد که بین ۱۱ تا ۲۰ درصد افرادی که با تروما در کودکی و نوجوانی روبه رو شده‌اند تجربه اختلال استرس پس از آسیب^۸ را داشته‌اند. عامل دیگری که ممکن است در ایجاد تروما اختلال استرس پس از آسیب به دنبال ترومای اولیه زندگی نقش داشته باشد، اجتناب^۹ از رویدادهایی است که مربوط به خاطرات تجربه تروما است. به عنوان مثال شنک^{۱۰} و همکاران (۱۵) گزارش کردند که اجتناب به عنوان واسطه‌ای بین ترومای اولیه و تروماختلال استرس پس از آسیب باشد. و افرادی که سطوح بالاتر اجتناب را داشتند، سطوح بالاتری از تروماختلال استرس پس از آسیب را به دنبال ترومای اولیه زندگی تجربه داشتند. علیرغم اهمیت این عوامل، راه دیگری برای درک اینکه چرا برخی افراد پس از تروما دچار علائم روانشناختی و برخی دیگر این علائم روانشناختی را نشان نمی‌دهند و به بهزیستی روانی می‌رسند (۱۶، ۱۷) و یکی از روش‌ها انعطاف‌پذیری روانشناختی^{۱۱} است به نظر می‌رسد (۹). انعطاف‌پذیری روانشناختی که سازگار با تغییر است و فرصتی برای مداخله درمانی است (۱۸). انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان توانایی سازگاری انعطاف‌پذیر با موقعیت‌ها از طریق پذیرش و تجربه همه افکار و احساسات تعریف می‌شود همچنین شامل تکیه بر چارچوبی از اهداف و ارزش‌ها برای تعیین رفتار می‌باشد (۱۸). انعطاف‌پذیری روانشناختی هسته اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} است (۱۸). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که از طریق درمان روانشناختی می‌توان انعطاف‌پذیری روانشناختی را بهبود بخشید (۹ و ۱۸). بنابراین، انعطاف‌پذیری روانشناختی یک هدف درمانی برای کاهش پیامدهای منفی تروما است. بررسی مروری که توسط بین^{۱۳} و همکاران (۱۹)، انجام شد، نشان می‌دهد یک درمان مؤثر برای افرادی است که سابقه تجربه تروما را دارند که از طریق آن بر انعطاف‌پذیری روانشناختی تأثیر می‌گذارد. عوامل بسیاری بر سلامتی افراد تأثیرگذارند؛ مانند وجود کودکان دارای نقص هوشی در خانواده که بر همه‌ی سطوح عملکردی و نقش‌های اعضای خانواده تأثیرگذار است (۲۰). در واقع کودکان با نقص هوشی در خانواده سبب مختل شدن خانواده‌ها می‌شوند و بر اساس مطالعات، خانواده‌هایی که فرزند دارای نقص هوشی یا جسمی دارند، سطح اضطراب، افسردگی و شکایت جسمی آنها به طور معناداری بیشتر از خانواده‌های عادی است و سلامت عمومی کمتری دارند (۲۱). مادران کودکانی که دچار ناتوانی هستند نه تنها با استرس‌های طبیعی زندگی بلکه با استرس‌هایی که با توجه به شرایط خاص کودکانشان نیز مواجه هستند (۲۲، ۲۳). در زمینه خانواده‌های دارای فرزند استثنایی، مادرانی که تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجیهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی

¹ Early Life Truma

² Personality Disorder

³ Anxiety

⁴ Depression

⁵ Substance Abuse

⁶ Hypothalamic-pituitary-adrenal

⁷ Hiller

⁸ Post-traumatic stress disorder

⁹ Avoidance

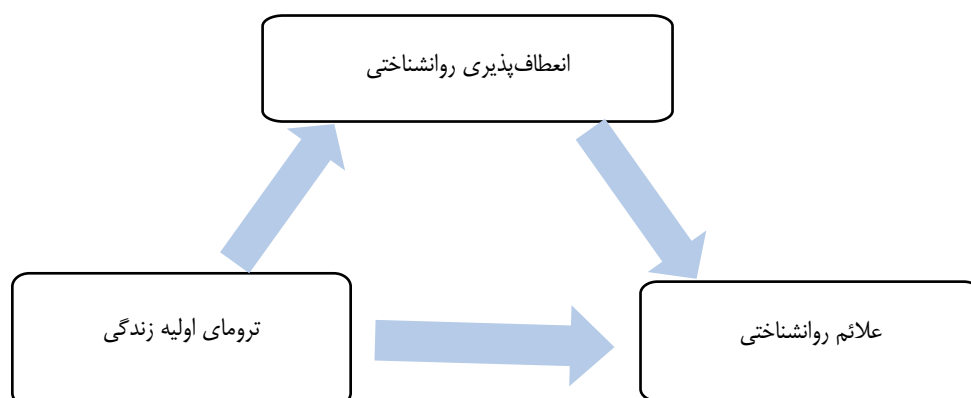
¹⁰ Shenk, Putnam, Rausch, Peugh., & Noll

¹¹ Psychological Flexibility

¹² Acceptance and Commitment Therapy

¹³ Bean, Ong, Lee, & Twohig

می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (۲۳). افرادی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارند می‌توانند مشکلات و موقعیت‌های جدید را در سطوح مختلف بررسی کرده و گزینه‌ها و ایده‌های جایگزین را ارائه کنند (۲۴) و تحمل تعارض در آنها بیشتر است (۲۵). افرادی که انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند، به سختی می‌توانند یادگیری‌های اولیه خود را فراموش کنند، آن‌ها بر یادگیری‌های قبلی خود که پیامدهای منفی برایشان دارد پافشاری می‌کنند و این پافشاری به سازگاری آنها با شرایط جدید آسیب می‌رساند (۲۶). به هر حال، تنها چند مطالعه انعطاف‌پذیری روانشناختی را در میان افرادی که تروما را تجربه کرده‌اند بررسی نموده‌اند و هیچ کدام از آنها این سازه را در میان افراد ترومای اولیه زندگی مطالعه نکرده‌اند از میان مقالات منتشر شده، یافته‌ها نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند عامل امیدوارکننده در میان افراد آسیب دیده باشد (۲۷). برای مثال، مطالعه‌ای که بر روی کهنه سربازان جنگ عراق، نشان داد که افرادی که سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری روانشناختی داشتند تجربه کمتر قربانی شدن و مورد تجاوز واقع شدن را گزارش کرده‌اند (۲۷). مطالعه دیگری روی جانبازان جنگ عراق/افغانستان نشان داد که انعطاف‌پذیری روانی، علاوه بر حمایت اجتماعی بیشتر باعث می‌شود که افراد تروما، اختلال استرس پس از آسیب و افسرده کمتر از مقابله اجتنابی استفاده کنند (۲۸). علاوه بر این، بوردی^۱ و همکاران (۲۸)، در یک نمونه افرادی که در معرض تروما که تحت درمان برای ترک مصرف حشیش بودند، گزارش کردند که افرادی که انعطاف‌پذیری بالاتری دارند کمتر احتمال دارد علائم تروماختلال استرس پس از آسیب را گزارش کنند. به علاوه، دوترا و سده^۲ (۲۹)، نشان دادند که انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد را در برابر بروز علائم تروماختلال استرس پس از آسیب و رفتارهای بیرونی در میان نمونه‌ای از جانبازان محافظت می‌کند. با توجه به تحقیقات فوق، واضح است در بین کسانی که تروما را تجربه می‌کنند، انعطاف‌پذیری از افراد در برابر مشکلات روانی و رابطه‌ای محافظت می‌کند. الیوت^۳ و همکاران (۳۰) نشان دادند انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند به عنوان میانجی در رابطه بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی باشد و انعطاف‌پذیری روانشناختی بالاتر اثرات ترومای اولیه زندگی را کم کند. با توجه به اینکه پژوهشی که نقش میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی را در بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی مادران دارای کودکان با نقص هوشی صورت نگرفته است و همچنین روش معادلات ساختاری از آنجا که غالباً پژوهشگران به بررسی روابط بین متغیرهای مختلف می‌پردازند شمای کلی از روابط بین متغیرها را در قالب مدلی از پیش ساخته طراحی می‌نمایند (۳۱). پژوهش حاضر با هدف رابطه ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با نقش میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی صورت گرفت و با توجه به این گفته می‌توان مدل نظری زیر شکل شماره (۱) را ارائه نمود.



شکل شماره ۱ مدل مفهومی پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است. مدل معادلات ساختاری خانواده‌ای از تکنیک‌های آماری در تجزیه و تحلیل داده‌های چند متغیره، طبقه‌بندی شده و ترتیبی است که به اندازه‌گیری متغیرهای پنهان و روابط بین آنها می‌پردازد، این روش به پژوهشگر این امکان را می‌دهد تا یک فرضیه را به یک مدل آزمایشی تبدیل کند. مدل معادلات ساختاری بر اساس تکنیک‌های آماری همچون همبستگی-رگرسیون و تجزیه و تحلیل واریانس بنا شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران دارای کودکان با نقص هوشی سنین ۱۷-۷ سال که فرزندان آنها در مدارس استثنایی مقطع ابتدایی در سال ۱۴۰۱-

¹. Bordier

². Dutra, & Sadeh

³. Elliott

۱۴۰۰ شهر شیراز مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ مادر دارای کودک با نقص هوشی انتخاب شد. در این روش محقق افرادی را مورد مطالعه قرار داد که در دسترس بودند و مصاحبه در چارچوب تعداد و حجم نمونه افرادی را به طور اتفاقی انتخاب کرد. جهت دسترسی به نمونه مورد نظر با توجه به اینکه پژوهشگر خود معلم کودکان استثنایی (نقص هوشی) است و به این مادران دسترسی مستقیم داشت، ابزارهای پژوهش را در بین مادران این کودکان پخش کرد. در این پژوهش برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای ترومای اولیه ۵ خرده مقیاس، انعطاف‌پذیری روانشناختی ۵ خرده مقیاس، اثر پس از رخداد ۲ خرده مقیاس و افسردگی ۵ خرده مقیاس و تخصیص ضریب ۱۵ برای هر متغیر و با توجه به اینکه تعداد خرده مقیاس‌های کل پرسشنامه ۱۸ است و با احتساب وجود پرسشنامه‌های ناقص ۳۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شد. برای پژوهش حاضر تحلیل ابتدایی برای به دست آوردن بیش از ۱۰۰ نفر به نسبت به داده‌ها (میانگین، انحراف معیار، همبستگی‌های ساده) انجام می‌شود، سپس تحلیلی مدل به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای AMOS (ویراست ۲۴) و SPSS (نسخه ۲۶) انجام خواهد شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه ترومای دوران کودکی: توسط برنستاین^۱ و همکاران (۳۲) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. در پژوهش برنستاین و همکاران (۳۲) 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 بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۲). این ابزار در ایران نیز توسط ابراهیمی و همکاران (۳۳) ترجمه گردید و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج گانه آن گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم: یک ابزار خود گزارشی ۲۱ گوی‌های است که برای سنجش شدت افسردگی و نشانه‌های آن طراحی شده است. ماده‌های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیگرت چهار درجه‌ای (از صفر تا سه) نمرگذاری می‌شوند و نمره‌های بالاتر نشان می‌دهد که فرد از شدت بیشتر افسردگی برخوردار است (۳۴). ویژگی‌های روان‌سنجی از جمله ضریب آلفای این پرسشنامه در ایران ۰/۹۱، ضریب همبستگی دوقیمه کردن ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۴ بود. در پژوهش دیگر نیز خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک را در ۳۵۴ نفر از بیماران افسرده‌ای که در مرحله بهبودی نسبی بودند، بررسی کردند. در این مطالعه ضریب همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد (۳۵).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی: توسط بن‌ایژاک و همکارانش در سال ۲۰۱۴ تدوین شد و پرسشنامه شامل ۲۰ گویه و ۵ خرده مقیاس است (۳۶). خرده مقیاس‌ها شامل تفسیر مثبت از تغییر، در نظر گرفتن خود به عنوان یک فرد منعطف، در نظر گرفتن خود به عنوان یک فرد خلاق، تفسیر واقعیت به عنوان امری پویا و تغییرپذیر و تفسیر واقعیت به عنوان امری چندوجهی است (۳۶). نمره‌گذاری بر اساس یک مقیاس لیکرت از ۱ تا ۶ ارزشی بوده در این مقیاس و نمره کل از ۲۰ تا ۱۲۰ است. نمره‌ی بالاتر در این پرسشنامه انعطاف‌پذیری بیشتر را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱۸ نشان داده شده است. برای روایی پرسشنامه دو روایی سازه و روایی همگرا بررسی شده است. برای روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی (تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس) استفاده شده بود که ۵ عامل پرسشنامه ۶۶/۸ درصد از واریانس کل را تبیین کردند (۳۶). اعتبارسنجی ابزار در ایران، آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ به دست آوردند و همچنین برای ۵ عامل پرسشنامه ۵۹/۸۳ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین می‌کند (۳۷).

مقیاس اثر پس از رخداد: این ابزار توسط هارویتز^۲ و همکاران (۳۸)، برای بررسی اثر روانشناختی سانحه طراحی گردیده است. این مقیاس برای تعیین دو الگوی پاسخ روانشناختی به سانحه، شامل اجتناب، افکار مزاحم و برانگیختگی طراحی شده است. این مقیاس همچنین در بررسی و مطالعه اثر روانشناختی رخداد‌های سوانح خاص در زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد و به عنوان یک ابزار در مطالعات درمانی مفید می‌باشد (۳۸). این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال می‌باشد که افراد مورد مطالعه برای هر سؤال به گزینه‌های "هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و غالباً" (به ترتیب با نمره ۰، ۱، ۳، ۵) پاسخ می‌دهند. بر این اساس حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه ۰ تا ۷۵ می‌باشد. شدت اثر تروما با توجه به نمره به دست آمده از پرسشنامه برای هر فرد بدین ترتیب تفسیر می‌گردد: بدون تأثیر (۰-۸)، احتمال تأثیر (۹-۲۵)، تأثیر واضح (۲۶-۴۳) و تأثیر شدید (۴۴-۷۵). این آزمون به عنوان سنجش درماندگی پس از سانحه دارای اعتبار می‌باشد. هنجاریابی این پژوهش نشان داد که، همسانی درونی این آزمون بالا با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و پایایی آن خوب ارزیابی شده است (۳۹).

^۱. Bernstein

^۲. Horowitz

ج) روش اجرا

پس از اخذ مجوزهای لازم، نمونه مورد نظر انتخاب شد. سپس گروه‌های آزمایش و گواه به‌عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه را تکمیل نمودند. بعد از آن برنامه مداخله‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد و در پایان مجدداً دو گروه آزمایش و گواه ابزار ذکر شده را تکمیل نمودند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج داده‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرها و خرده مقیاس‌های مربوط به آن در جدول شماره (۱)، آورده شده است.

جدول شماره ۱. یافته‌های توصیفی خرده مقیاس‌های تحقیق

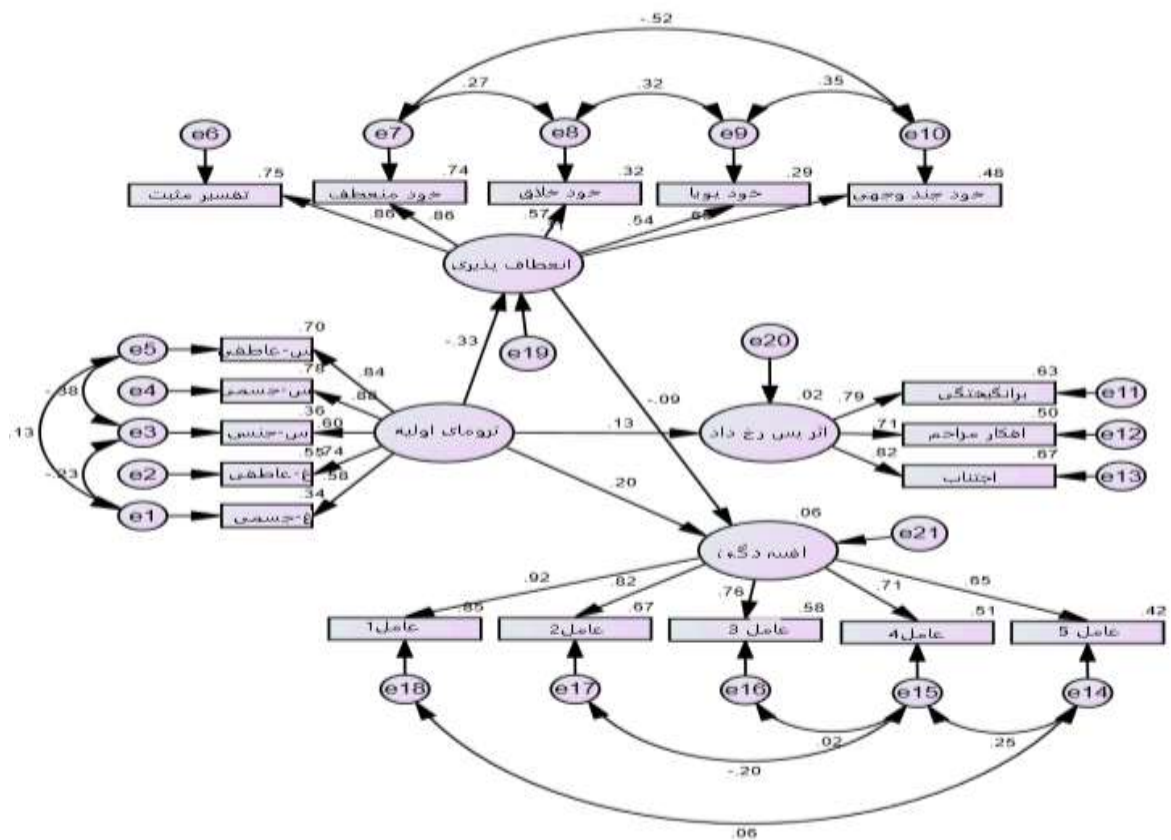
مقیاس	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سو استفاده عاطفی	۳۰۰	۶/۴۴	۲/۴۹
سو استفاده فیزیکی	۳۰۰	۵/۶۷	۱/۶۲
سو استفاده جنسی	۳۰۰	۵/۵۲	۱/۶۷
غفلت عاطفی	۳۰۰	۷/۹۷	۴/۰۷
غفلت جسمی	۳۰۰	۹/۲۰	۱/۸۰
ترومای اولیه زندگی	۳۰۰	۳۴/۸۱	۹/۲۲
تفسیر مثبت از خود	۳۰۰	۱۸/۹۹	۴/۹۳
در نظر گرفتن خود به عنوان فردی منعطف	۳۰۰	۱۸/۰۴	۵/۲۰
در نظر گرفتن خود به عنوان فردی خلاق	۳۰۰	۱۲/۱۵	۳/۲۵
در نظر گرفتن خود به عنوان فردی پویا	۳۰۰	۱۵/۳۶	۳/۷۶
در نظر گرفتن خود به عنوان فردی چند بعدی	۳۰۰	۱۲/۶۰	۳/۰۰
انعطاف‌پذیری روانشناختی	۳۰۰	۷۷/۱۵	۱۶/۱۱
بر انگیزختگی	۳۰۰	۷/۹۰	۱/۹۹
افکار مزاحم	۳۰۰	۱۵/۶۳	۲/۹۱
اجتناب	۳۰۰	۱۵/۷۴	۳/۶۹
اثر پس از رخ داد	۳۰۰	۳۹/۲۸	۷/۳۹
عامل ۱	۳۰۰	۵/۴۰	۵/۱۳
عامل ۲	۳۰۰	۲/۸۳	۲/۶۷
عامل ۳	۳۰۰	۳/۱۵	۲/۳۲
عامل ۴	۳۰۰	۳/۸۵	۲/۶۵
عامل ۵	۳۰۰	۱/۸۸	۱/۵۱
مقیاس افسردگی بک	۳۰۰	۱۷/۱۲	۱۲/۱۵

همان‌گونه که نتایج یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد، از میان مقیاس‌های ترومای اولیه زندگی بیشترین نمره مربوط به غفلت جسمی، از بین مقیاس انعطاف‌پذیری روانشناختی تفسیر مثبت از خود بیشترین میانگین را دارد و در مقیاس اثر پس‌رخداد اجتناب بالاترین میانگین را دارد و در مقیاس افسردگی بک هم عامل اول بالاترین میانگین را دارد.

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

افسردگی	اثر پس رخ داد	انعطاف‌پذیری روانشناختی	ترومای اولیه		
			۱	همبستگی پیرسون	ترومای اولیه
			۰/۰۰	معنی داری	
			۳۰۰	تعداد	
		۱	-۰/۳۵	همبستگی پیرسون	انعطاف‌پذیری روانشناختی
			۰/۰۰	معنی داری	
		۳۰۰	۳۰۰	تعداد	
	۱	۰/۰۱	۰/۰۶	همبستگی پیرسون	اثر پس از رخداد
		۰/۷۹	۰/۲۵	معنی داری	
	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	تعداد	
۱	۰/۱۷	-۰/۱۲	۰/۱۷	همبستگی پیرسون	افسردگی
	۰/۰۰۲	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	معنی داری	
۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	۳۰۰	تعداد	

نتایج در جدول شماره (۲)، نشان داده است که همبستگی درونی متغیرهای پژوهش به جز همبستگی اثر پس از رخداد با ترومای اولیه و انعطاف‌پذیری روانشناختی در سطح ۰/۰۱ تأیید شده است که نشان دهنده همبستگی معنی دار متغیرهای پژوهش است.



شکل شماره ۲. مدل اصلاحی در حالت ضرایب استاندارد شده

با توجه به اینکه در مدل آزمون شده شماره (۲)، مسیرهای بین متغیرها همان پرسشهای پژوهش هستند، در ادامه به همراه جداول اثرات مستقیم به آزمون سایر فرضیات پژوهش پرداخته شده است.

جدول شماره ۳. شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح

شاخص‌های برازش مدل	مقدار به دست آمده	مقدار مناسب شاخص	وضعیت
مجذور کای (X2)	۳۵۸.۰۷۲		مطلوب
درجه آزادی مدل	۱۲۰	+	مطلوب
مجذور کای تقسیم بر درجه آزادی (X2/d.f)	۲.۷۹۷	کمتر از ۳	مطلوب
نیکویی برازش (GFI)	۰.۹۳	بالتر از ۰.۹	مطلوب
نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)	۰.۷۶	بالتر از ۰.۵	مطلوب
برازندگی تعدیل یافته (CFI)	۰.۸۴	بالتر از ۰.۹	نا مطلوب
برازندگی نرم شده (NFI)	۰.۹۱	بالتر از ۰.۹	مطلوب
ریشه میانگین خطای برآورد (RMSEA)	۰.۰۱	کمتر از ۰.۱۰	مطلوب

همانگونه که در جدول شماره (۳)، مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل پس از اصلاح و ایجاد کوواریانس میان برخی زیرمقیاس‌های خطای متغیرها، در وضعیت مطلوبی قرار گرفته است. در ادامه مسیر استاندارد شده و استاندارد نشده مدل اصلاحی در شکل و جدول ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی با یکدیگر ارتباط معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، فرض صفر مبنی بر عدم رابطه معنادار بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی رد شده و فرض خلاف آن مبنی بر رابطه معنی‌دار بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی پذیرفته می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های، الیوت و همکاران (۳۰)، ردی و همکاران (۲۷)، ریچاردسون و جوست (۹)، همخوانی دارد که انعطاف‌پذیری را به عنوان یک عامل محافظتی در میان افراد آسیب‌دیده مورد بررسی قرار داده‌اند، بیشتر مطالعات بر روی عوامل خطر در ترومای اولیه زندگی را برجسته کرده‌اند، اما تمرکز بر نقاط مثبت افرادی که ترومای اولیه زندگی را تجربه کرده‌اند نیز مهم است. با توجه به شیوع ترومای اولیه زندگی، نیاز به درک بهتر عوامل تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی و همچنین عواملی که هدف درمانی جهت کاهش پیامدهای روانی ترومای اولیه زندگی است ضروری است. نتایج ما نشان داد که ترومای اولیه زندگی به صورت مثبت و معناداری با علائم افسردگی و تروماختلال استرس پس از آسیب ارتباط دارد. به عبارت دیگر، هر چه تروما و تأثیر منفی ترومای گزارش شده بیشتر باشد افراد علائم روانشناختی بیشتری را نشان می‌دهند. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیقات قبلی که ترومای اولیه زندگی را با انواع آسیب‌شناسی روانی در بزرگسالی مرتبط کرده است مطابقت دارد از جمله پژوهش که با پژوهش حاضر ارتباط دارد ریچاردسون و جوست (۹) است همچنین گزارش داده‌اند که افرادی که تأثیر منفی تروما را گزارش کردند، علائم تروماختلال استرس پس از آسیب بیشتری را تأیید کرده‌اند. علاوه بر تأثیر ترومای اولیه زندگی بر علائم روانشناختی، ما ارتباط بین ترومای اولیه زندگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی را بررسی کردیم. کسانی که گزارش دادند که تحت تأثیر اثرات منفی بیشتری ناشی از تروما (های) خود بوده‌اند، سطوح پایین‌تری از انعطاف‌پذیری روانشناختی را گزارش کردند. این ممکن است به این دلیل باشد که افرادی که هنوز اثرات منفی تروما را احساس می‌کنند، انعطاف‌پذیری روانشناختی برای کاهش تأثیر ضربه ایجاد نکرده‌اند. همچنین انعطاف‌پذیری روانشناختی با سطوح پایین‌تر افسردگی و تروماختلال استرس پس از آسیب مرتبط است (۹ و ۳۰). علاوه بر این، نقش میانجی انعطاف‌پذیری روانشناختی را بر ارتباط بین ترومای اولیه زندگی و علائم روانشناختی (مانند افسردگی و تروماختلال استرس پس از آسیب) ارزیابی کردیم. این نتایج نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روانشناختی نقش محافظتی در برابر افسردگی و تروماختلال استرس پس از آسیب در میان افرادی دارد که تحت تأثیر ترومای اولیه زندگی قرار گرفته‌اند. به عبارت دیگر، افرادی که بهتر می‌توانند به طور انعطاف‌پذیر با موقعیت‌ها سازگار شوند، تجربیات خود را بپذیرند (مانند افکار و احساسات) و برای تصمیم‌گیری در زندگی خود به چارچوب ارزشی تکیه کنند، کمتر احتمال دارد که پیامدهای روانی را به دنبال ترومای اولیه زندگی تجربه کنند. مطالعات نقش میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانشناختی را در افرادی که تجربه آسیب داشته‌اند و پیامدهای روانی که می‌تواند در آنها بروز پیدا کند را نشان داده‌اند (۲۹ و ۳۰) و همچنین ترومای اولیه زندگی اغلب تأثیرات مادام‌العمر بر سلامت روانی دارد (۹).

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: برای اجرای این مطالعه با توجه به این که پژوهشگران استاد و دانشجوی روانشناسی هستند و با این کودکان ارتباط مستقیم داشتند داده‌های به‌دست آمده با حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات صورت گرفت.

حامی مالی: این مطالعه بدون حامی مالی و با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز است که تحت نظر اساتید بزرگوار جناب آقای دکتر محمد مظفری صورت گرفته است.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را به‌دنبال نداشته است و نتایج آن کاملاً شفاف و بدون سوگیری گزارش شده است.

پژوهشگران اعلام می‌کنند در اجرای این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مادران دانش‌آموزان دارای نقص هوشی شهرستان شیراز که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Hauser TU, Iannaccone R, Walitza S, Brandeis D, Brem S. Cognitive flexibility in adolescence: Neural and behavioral mechanisms of reward prediction error processing in adaptive decision making during development. *NeuroImage*. 2015;104:347-54. [Link]
2. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2021;16(3):e0246454. [Link]
3. Kefeli MC, Turow RG, Yildirim A, Boysan M. Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2018;260:391-9. [Link]
4. Wang L, Yin Y, Bian Q, Zhou Y, Huang J, Zhang P, et al. Immature defense mechanisms mediate the relationship between childhood trauma and onset of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2021;278:672-7. [Link]
5. Danese A, Baldwin JR. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual review of psychology*. 2017;68:517-44. [Link]
6. Lacey RE, Bartley M, Kelly-Irving M, Bevilacqua L, Iob E, Kelly Y, et al. Adverse childhood experiences and early life inflammation in the Avon longitudinal study of parents and children. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;122:104914. [Link]
7. Hovdestad W, Campeau A, Potter D, Tonmyr L. A systematic review of childhood maltreatment assessments in population-representative surveys since 1990. *PloS one*. 2015;10(5):e0123366. [Link]
8. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(2):113-23. [Link]
9. Richardson CM, Jost SA. Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms. *Personality and individual differences*. 2019;141:101-6. [Link]
10. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression :A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression*. *European psychiatry*. 2015;30(6):665-80. [Link]
11. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(3):211-8. [Link]
12. Enfael N, Omidvar B, Zarenejad M. Predicting Borderline Personality Traits Based on Childhood Trauma and Family Emotional Atmosphere in Drug Addicts. *Pajouhan Scientific Journal*. 2021;19(3):1-11. [Link]
13. Schulz A, Schmidt CO, Appel K, Mahler J, Spitzer C, Wingenfeld K, et al. Psychometric functioning, socio-demographic variability of childhood maltreatment in the general population and its effects of depression. *International journal of methods in psychiatric research*. 2014;۴۰۰-۳۸۷(۳)۲۳; [Link]
14. Hiller RM, Meiser- Stedman R, Fearon P, Lobo S, McKinnon A, Fraser A, et al. Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post- traumatic stress disorder in the year following trauma– A meta- analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(8):884-98. [Link]

15. Shenk CE, Putnam FW, Rausch JR, Peugh JL, Noll JG. A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms. *Development and psychopathology*. 2014;26(1):81-91. [[Link](#)]
16. Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR, Tweed RG, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of personality and social psychology*. 2002;83(5):1150. [[Link](#)]
17. Nugent K. Physical impairment after acute lung injury. *The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles*. 2014;2(8):1-2. [[Link](#)]
18. Philippe FL, Laventure S, Beaulieu-Pelletier G, Lecours S, Lekes N. Ego-resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2011;30(6):583-98. [[Link](#)]
19. Bean RC, Ong CW, Lee J, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for PTSD and trauma: An empirical review. 2017. [[Link](#)]
20. Soltani S, Kamali, M., Eshairi, H., Sarabandi Chabak, A., Amin Esmaili, A. and Kakai, F. Cultural equivalence and psychometric analysis of the Farsi version of the support intensity scale in adults with disabilities. *New Scientific Research Journal - Faculty of Rehabilitation - Tehran University of Medical Science*. 2013;8(4):84-77. [[Link](#)]
21. Mitchell DB, Hauser-Cram P. The well-being of mothers of adolescents with developmental disabilities in relation to medical care utilization and satisfaction with health care. *Research in Developmental Disabilities*. 2008;29(2):97-112. [[Link](#)]
22. Cook MB, Akre O, Forman D, Madigan MP, Richiardi L, McGlynn KA. A systematic review and meta-analysis of perinatal variables in relation to the risk of testicular cancer—experiences of the son. *International journal of epidemiology*. 2010;39(6):1605-18. [[Link](#)]
23. Ashworth M, Palikara O, Van Herwegen J. Comparing parental stress of children with neurodevelopmental disorders: The case of Williams syndrome, Down syndrome and autism spectrum disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2019;32(5):1047-57. [[Link](#)]
24. DeBerry L. The relation between cognitive inflexibility and obsessive-compulsive personality traits in adults: depression and anxiety as potential mediators. 2012. [[Link](#)]
25. Martin LL, Clore GL. *Theories of mood and cognition: A user's guidebook*: Psychology Press; 2013. [[Link](#)]
26. Gunduz B. Emotional intelligence, cognitive flexibility and psychological symptoms in pre-service teachers. *Educational research and reviews*. 2013;8(13):1048-56. [[Link](#)]
27. Reddy MK, Meis LA, Erbes CR, Polusny MA, Compton JS. Associations among experiential avoidance, couple adjustment, and interpersonal aggression in returning Iraqi war veterans and their partners. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011;79(45):15. [[Link](#)]
28. Bordieri MJ, Tull MT, McDermott MJ, Gratz KL. The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(4):38-47. [[Link](#)]
29. Dutra SJ, Sadeh N. Psychological flexibility mitigates effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma-exposed veterans. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018;9(4):315. [[Link](#)]
30. Elliott TR, Hsiao Y-Y, Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, et al. Resilience, traumatic brain injury, depression, and posttraumatic stress among Iraq/Afghanistan war veterans. *Rehabilitation psychology*. 2015;60(3):263. [[Link](#)]
31. Dion PA. Interpreting structural equation modeling results: A reply to Martin and Cullen. *Journal of business ethics*. 2008;83:365-8. [[Link](#)]
32. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90. [[Link](#)]
33. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2014;19(4). [[Link](#)]

34. Whisman MA, Perez JE, Ramel W. Factor structure of the Beck Depression Inventory—Second Edition (BDI- ii) in a student sample. *Journal of clinical psychology*. 2000;56(4):545-51. [[Link](#)]
35. Toosi F, Rahimi C, Sajjadi S. Psychometric properties of beck depression inventory-II for high school children in Shiraz City, Iran. *International journal of school health*. 2017;4(3):1-6. [[Link](#)]
36. Ben-Itzhak S, Bluvstein I, Maor M. The psychological flexibility questionnaire (PFQ): Development, reliability and validity. 2014. [[Link](#)]
37. Safari-Mousavi SS, Nedri, M.; Amiri, M., Radfar, F. and Farkhancher, M. The predictive role of psychological flexibility and cognitive emotion regulation strategies on depression, anxiety, and stress in people with type 2 diabetes. *Journal of Disability Studies*. 2018;50(9):6-1. [[Link](#)]
38. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*. 1979;41(3):209-18. [[Link](#)]
39. Mansouri B, Shinozuka M, Huyck C, Houshmand B. Earthquake-induced change detection in the 2003 Bam, Iran, earthquake by complex analysis using Envisat ASAR data. *Earthquake Spectra*. 2005;21(1_suppl):275-84. [[Link](#)]