

Modeling of the Symptom Manifestation of Personality Disorders in Nursing Students and Temporary Nurses within the Human Research Project Based on Childhood Trauma and the Mediating Role of Emotional Cognitive Regulation

Mohammadali Ghodrattollahifard¹, Mahbobeh Chinaveh², Sajad Aminimanesh³

Abstract

Background & Aims: According to the World Health Organization (WHO) statistics, millions of children are victims of abuse each year. Childhood trauma could be physical or psychological abuse, sexual abuse or neglect of a child by the guardian. Abuse has long-lasting and irreversible effects on the psyche of children, which may linger even through adulthood. Among the long-term psychological effects of childhood abuse are major behavioral and psychological disorders in adolescence and adulthood. Such an example is the onset of the symptoms of cluster C personality disorders, which encompass avoidant, dependent, and obsessive-compulsive personality disorders, commonly characterized by anxiety, apprehension, and fear in the affected individuals. Cognitive emotional regulation is a variable that may be influenced by childhood trauma and lead to symptoms of personality disorders. Emotional regulation refers to the process through which an individual recognizes the emotions that are affecting them, how to experience these emotions, and their management. Recent findings suggest that even when child abuse is controlled, the problems associated with emotional regulation persist. Nurses constitute the largest portion of healthcare providers and affect the productivity and progress of the organization more than other hospital staff. In addition, the productivity of nurses ultimately leads to better decision-making in planning healthcare services. Therefore, assessing the predispositions of personality disorders in nursing students and temporary nurses within the program of human research project is paramount. One of these preconditions is the childhood traumas of the nursing students and temporary nurses within the program of human research project. The present study aimed to propose a model of childhood trauma and cognitive emotional regulation to help recognize cluster C personality disorders in the nursing students and temporary nurses within the program of human research project in 2019.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive-correlational study was conducted on the nursing students of Shiraz University of Medical Sciences in 2019 and the temporary nurses within the program of human research project in Shiraz, Iran. The inclusion criteria were consent to participate in the research, no history of psychological treatments for emotional disorders, no use of psychiatric medications for the reduction of anxiety, stress, and depression, living with parents, absence of specific chronic disorders affecting physical and mental health (e.g., migraine, severe lower back pain, diabetes, cardiac and renal diseases, and infertility), and normal course of life within six months before the investigation (i.e., no specific incidents or crisis such as the death of a loved one, an incurable disease of a family member, and change of residence). The subjects with incomplete questionnaires and those using psychiatric medications were excluded from the study. Data were collected using the self-report early trauma inventory-short form, cognitive emotion regulation questionnaire, and Millon clinical multi-axial inventory-III, which was completed in a self-report manner. During the completion of the questionnaires, the researcher, who was experienced in mental illness counseling, accompanied the participants to gain their trust and address their concerns in responding to the questions. The sample size of the study included

¹. Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

². Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran (Corresponding author)
Tel: 09177194031 Email: chinaveh@yahoo.com

³. Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

291 nursing students and employed nurses, which was estimated using the G-power software. The subjects were selected via simple cluster sampling. After providing the necessary explanations regarding the importance of the research and attracting sincere cooperation, the questionnaires were distributed among the students and nurses. Considering individual differences, the set time for the completion of the questionnaires was 15-30 minutes, and the questionnaires were received after completion. Data collection continued for one week and was performed at the hospital for the temporary nurses within the program of human research project with the coordination of the supervisor and at the nursing school for the senior nursing students. Data analysis was performed in SPSS version 22 using Pearson's correlation-coefficient to describe and analyze the statistical data. In addition, the AMOS-22 software was applied to determine the fit of the studied model based on the structural equation model and analyze the path of the observable variables. Notably, all the calculations were carried out at the statistical inference limit of $P < 0.05$.

Results: Childhood general traumas, childhood physical abuse, and childhood sexual abuse could explain the obsessive-compulsive disorder in the nursing students both directly ($P < 0.01$, $P < 0.0005$, and $P < 0.0005$, respectively) and indirectly through adaptive and maladaptive cognitive emotional regulation styles ($P < 0.01$). Moreover, childhood physical abuse could explain the avoidant personality disorder of the students both directly ($P < 0.05$) and indirectly through adaptive and maladaptive cognitive emotional regulation styles ($P < 0.05$). Childhood physical abuse and childhood sexual abuse could explain the dependent personality disorder of the students both directly ($P < 0.001$ and $P < 0.05$, respectively) and indirectly through maladaptive cognitive emotional regulation styles ($P < 0.05$). The statistical findings also indicated that the obtained data supported the theoretical model of explaining personality disorders to a great extent, and all the indicators of fit confirmed that the proposed model is acceptable.

Conclusion: According to the results, the senior nursing students and employed nurses within the program of human research project who have been abused as children were more likely to present with symptoms of cluster C disorder in their behaviors in adulthood. Furthermore, cognitive emotional regulation strategies acted as a mediating variable in the association of childhood trauma and cluster C personality disorder; in other words, childhood trauma leads to emotional maladjustment in adulthood, and the lack of appropriate emotional regulation strategies could lead to the symptoms of cluster C personality disorder. Based on the findings, it is expected that training on cognitive emotional regulation strategies would act as an effective mechanism in the modification of cognitive emotional regulation and become an proper approach to the improvement of cluster C personality disorders in nursing students and employed nurses within the program of human research project, thereby preventing mental illnesses and personality disorders.

Keywords: Child Abuse, Emotional Regulation, Personality Disorders, Compulsive Personality, Dependent Personality Disorder

Conflict of Interest: No

How to Cite: Ghodrattollahifard MA, Aminimanesh S, Chinaveh M. Modeling of the Symptom Manifestation of Personality Disorders in Nursing Students and Temporary Nurses within the Human Research Project Based on Childhood Trauma and the Mediating Role of Emotional Cognitive Regulation. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(123):84-107.

Received: 20 Jan 2020

Accepted: 23 Apr 2020

مدل‌یابی بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت در پرستاران در مرحله گذراندن طرح نیروی انسانی و دانشجویان سال آخر رشته پرستاری بر اساس آسیب‌های دوران کودکی با نقش واسطه‌ای تنظیم شناختی هیجان

محمدعلی قدرت‌الهی فرد^۱، محبوبه چین‌آوه^۲، سجاد امینی‌منش^۳

چکیده

زمینه و هدف: آسیب‌های دوران کودکی، عواقب پایدار و جبران‌ناپذیری را بر جا می‌گذارد. به طوری که از آثار روان‌شناختی طولانی‌مدت آن، می‌توان به بروز مشکلات رفتاری و روان‌شناختی عمده در نوجوانی و بزرگسالی از جمله اختلالات شخصیت خوشه C اشاره کرد. یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد از آسیب‌های دوران کودکی تأثیر می‌پذیرد و می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت شود، تنظیم شناختی هیجان است. از آنجا که پرستاران بزرگ‌ترین گروه بهداشتی و درمانی را تشکیل و بیش از هر گروه دیگری از کارکنان بیمارستان، بهره‌وری و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بنابراین مطالعه و بررسی پیشنهادهای اختلال شخصیت در دانشجویان پرستاری از اهمیت بالایی برخوردار است. هدف اصلی این پژوهش ارائه‌ی یک مدل از آسیب‌های دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان برای کمک به فهم بهتر اختلالات شخصیت خوشه C دانشجویان پرستاری بود.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی، ۲۹۱ نفر از دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۸ که به روش خوشه‌ای ساده انتخاب شده بودند، شرکت کردند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و پرسشنامه چند محوری بالینی Millon-III (۳-MCMI-III) بودند. به منظور تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و به منظور تعیین برازش مدل مورد مطالعه از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS-22 برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده پذیر بهره‌گیری به عمل آمد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی می‌تواند اختلال شخصیت وسواسی-جبری دانشجویان را یا به صورت مستقیم (به ترتیب $p < 0/01$ ، $p < 0/0005$ و $p < 0/0005$) و یا به صورت غیرمستقیم از طریق سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($p < 0/01$) تبیین کنند. سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی می‌تواند اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان را یا به صورت مستقیم ($p < 0/05$) و یا به صورت غیرمستقیم از طریق سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($p < 0/05$) تبیین کنند. سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی می‌تواند اختلال شخصیت وابسته دانشجویان را یا به صورت مستقیم (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/05$) و یا به صورت غیرمستقیم از طریق سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($p < 0/05$) تبیین کنند.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج نشان داد آسیب‌های دوران کودکی، بدتنظیمی‌های هیجانی در دوران بزرگسالی را به دنبال دارند و نبود راهبردهای تنظیم هیجان مناسب، می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C شود. بنابراین آموزش راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر اصلاح تنظیم شناختی هیجان عمل کرده و راهی مناسب برای بهبود اختلالات شخصیت خوشه C دانشجویان محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کودک‌آزاری، تنظیم هیجان، اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت جبری، اختلال شخصیت وابسته

تعارض منافع: وجود ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۴

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
 ۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)
 شماره تماس: ۰۹۱۷۷۱۹۴۰۳۱ Email: Chinaveh@yahoo.com

۳. گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

مقدمه

اختلالات شخصیت (personality disorders) از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و پزشکی هستند. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی تقریباً ۱۵ درصد گزارش شده است که رقمی هشداردهنده می‌باشد یعنی از هر ده نفر، بدون توجه به وضعیت اقتصادی/اجتماعی، یک نفر به اختلال شخصیت مبتلا است^(۱). درماندگی و مشکلات ناشی از اختلالات شخصیت، تقریباً در تمام عمر دامن‌گیر فرد می‌شود و انواع این اختلالات صرف‌نظر از خفیف یا شدید بودن آن‌ها، تمام جنبه‌های وجود شخص و روابط بین فردی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد^(۲). بر اساس تعریف اختلالات شخصیت شامل تجارب ذهنی و رفتاری پایداری هستند که با ملاک‌های فرهنگی منطبق نیستند، انعطاف‌ناپذیر هستند، از نوجوانی یا اوایل جوانی شروع می‌شوند، در طول زمان تغییر نمی‌کنند و موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارکردهای فرد می‌شوند^(۳). انجمن روانپزشکی آمریکا^(۳)، ۱۰ نوع اختلال شخصیت تعریف نموده و آن‌ها را در سه خوشه A، B و C طبقه‌بندی کرده است. خوشه C در برگیرنده اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته و سواسی-جبری می‌باشد. علایم افراد دارای اختلالات شخصیت خوشه C با علایم اختلالات اضطرابی شباهت دارد. در هر کدام از این اختلالات یک ویژگی اساسی برجسته می‌باشد. ویژگی اصلی در اختلال شخصیت اجتنابی، روی‌گردانی و اجتناب از مردم و تجربیات جدید است. در اختلال شخصیت وابسته، ویژگی اصلی عبارت است از اجازه دادن به دیگران برای تصمیم‌گیری‌های مهم در زندگی فرد، و همچنین در اختلال شخصیت سواسی-جبری، ویژگی بنیادی شامل الگوی فراگیر تلاش برای کمال است^(۴). با توجه به اینکه نشانه‌های اختلالات خوشه C که در بالا بدان اشاره شد بر رفتار افراد دارای این اختلالات مؤثر است لذا به نظر می‌رسد که این اختلالات عملکرد حرفه‌ای پرستاران هم تأثیرگذار باشد همچنین با در نظر

گرفتن حساسیت‌ها و اهمیت شغلی پرستاران پرداختن به این نوع اختلال بسیار مهم تلقی می‌شود. با وجود تحقیقات گسترده در خصوص سبب‌شناسی این اختلالات، هنوز ابهاماتی در خصوص شناسایی عوامل زمینه‌ساز وجود دارد. برخی معتقدند عوامل زیستی، روان‌شناختی و محیطی در بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت اثرگذار هستند^(۵). مطابق با نتایج تحقیقات از عوامل محیطی مؤثر بر بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت می‌توان به شیوه‌های فرزندپروری و کیفیت روابط اجتماعی^(۶)، کیفیت روابط خانوادگی^(۷) و تجارب دوران کودکی^(۸-۱۲) اشاره کرد. بنابراین یکی از مواردی که به نظر می‌رسد در بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C تأثیر داشته باشد، آسیب‌های دوران کودکی (childhood trauma) است.

آسیب‌های دوران کودکی عبارتند از آسیب‌های جسمی یا روانی، بدرفتاری یا بهره‌وری جنسی یا رفتار غفلت‌آمیز نسبت به یک کودک که توسط فرد مسئول رفاه و آسایش کودک، اعمال شود، این بدرفتاری خود شامل انواع سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی، سوءرفتار عاطفی و غفلت فیزیکی و عاطفی می‌باشد که می‌تواند به تنهایی و یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیفتد^(۱۳). این آسیب‌ها پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت جسمانی و سلامت روانی در طول دوره‌ی زندگی می‌باشند^(۱۴)، و یکی از مشکلات عمده‌ی سلامت عمومی و رفاه اجتماعی هستند^(۱۵) که نتایج منفی آن در سرتاسر حوزه‌های چندگانه‌ی کارکردی و بازه‌های زمانی رشد گسترش یافته است^(۱۶). عواقب طولانی‌مدت این آسیب‌ها ممکن است به عواقب فیزیکی، شناختی، روانی، رفتاری و اجتماعی در بزرگسالی منجر گردد^(۱۷). سوءاستفاده از کودک باعث احساس افسردگی، ناراحتی و ناامیدی و کاهش احساس امنیت روانی در فرد می‌شود. کودکانی که مورد سوءاستفاده فیزیکی قرار گرفته‌اند و به دنبال آن قربانی سوءاستفاده عاطفی و جنسی واقع شده‌اند، از امنیت روانی پایینی برخوردارند^(۱۸).

C رابطه معکوس معنی دار و با سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا رابطه مستقیم معنی داری به دست آمد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که فقط دو سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی توان پیش بینی خوشه اختلالات شخصیت C را دارا هستند.

از طرفی شواهد زیادی نشان می دهند که آسیب های دوران کودکی بر تنظیم شناختی هیجان نیز تأثیر گذار است. نتایج پژوهش های Kuo و همکاران^(۳۰) منجر به این نتیجه شد که مشکلاتی که در رابطه با تنظیم هیجان در بزرگسالی وجود دارد، با آزار در دوران کودکی مرتبط است. نتایج پژوهش آنان نشان داد رابطه مستقیمی بین آزار هیجانی، آزار جسمی و جنسی دوران کودکی با مشکلات تنظیم هیجان وجود دارد. Vettese و همکاران^(۳۱) در پژوهشی که بر روی ۸۱ نفر از جوانان در حال بلوغ انجام شد، نشان دادند کسانی که در دوران کودکی سابقه آسیب داشته اند در تنظیم هیجان خود با مشکل مواجه می شوند و نسبت به خود قضاوت منفی داشته و مشکلات را درونی سازی می کنند. Burns و همکاران^(۳۲) در پژوهشی بر روی ۹۱۲ دانشجوی دختر نشان دادند زنانی که سابقه سوء رفتار جنسی، جسمی و عاطفی را گزارش کرده اند، در مقایسه با زنان بدون چنین سابقه ای، مشکلات تنظیم هیجان بزرگتری را نشان دادند. به طور مشخص، سوء استفاده هیجانی قوی ترین پیش بینی کننده ی عدم تنظیم هیجان است. نتایج پژوهش پورشریار و همکاران^(۳۳) نیز نشان داده است که آزار هیجانی در کودکی زمینه را برای مشکلات در تنظیم هیجانی ایجاد می کند.

پرستاران بزرگترین گروه بهداشتی و درمانی را تشکیل می دهند و بیش از هر گروه دیگری از کارکنان بیمارستان، بهره وری و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار می دهند و همچنین بهره وری پرستاران در نهایت به تصمیم گیری بهتری در برنامه ریزی ارائه خدمات و مراقبت ها منجر می شود^(۳۴). این حرفه به عنوان حرفه ای استرس زا معرفی شده است و کارکنان آن مستعد مواجهه با استرس های

یکی از متغیرهایی که به نظر می رسد از آسیب های دوران کودکی تأثیر می پذیرد و می تواند منجر به بروز نشانه های اختلالات شخصیت شود، تنظیم شناختی هیجان (emotional cognitive regulation) است. راهبردهای تنظیم هیجان به فرآیندهایی اطلاق می شود که افراد با آن، هیجان های خود را تحت کنترل و مدیریت قرار می دهند و یاد می گیرند چگونه و چه موقع این هیجان ها را تغییر دهند و چگونه آن ها را ابراز کنند^(۱۹،۲۰) پژوهش ها نشان می دهند دشواری در تنظیم هیجان، پیوندی علی بین کودک آزاری و اختلال شخصیت است. از آن جا که افرادی که در زندگی کودک نقش دارند مانند اعضای خانواده و دیگر افرادی که به خانواده نزدیک هستند، اغلب خود انجام دهندگان کودک آزاری هستند، تحول مهارت های مربوط به توانایی تنظیم هیجان در قربانیان کودک آزاری مختل می شود^(۲۱). یافته های پژوهشی اخیر حاکی از آن است که حتی زمانی که دیگر انواع کودک آزاری نظیر سوء استفاده جنسی، جسمی و غفلت نیز کنترل شده باشند، سوء استفاده هیجانی در کودکی، به تنهایی قادر به پیش بینی مشکلات در تنظیم هیجان می باشد^(۲۲).

پژوهش های مختلفی^(۲۸-۲۹، ۱۱، ۲۳، ۸، ۹) به تأثیر آسیب های دوران کودکی بر اختلالات شخصیت در بزرگسالی پرداخته اند. نتایج پژوهش Hageman و همکاران^(۸) نشان داد که علائم اختلال شخصیت اجتنابی با علائم افسردگی و اضطراب، بدرفتاری دوران کودکی، وابستگی بیش از حد والدین و مورد تمسخر واقع شدن در دوران کودکی رابطه مستقیم دارد. Bierer و همکاران^(۲۵) در پژوهشی نشان داده شد که بیشتر افراد مورد مطالعه (۷۸ درصد (۷۸/))، معیارهای متفاوتی برای برخی از انواع آسیب های دوران کودکی داشتند. بیشتر آزمودنی ها سوء استفاده های عاطفی و بی توجهی را گزارش کردند. نتایج نشان داد که بین آسیب های دوران کودکی با اختلالات شخصیت خوشه C رابطه معکوس وجود داشت^(۲۹) در پژوهشی نشان دادند که بین سبک دلبستگی ایمن و اختلال شخصیت خوشه

باشد؛ ۷- زندگی اش از شش ماه قبل از انجام پژوهش دارای روند معمولی بوده و اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی آن‌ها باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده و تغییر محل زندگی، رخ نداده باشد. همچنین، آزمودنی‌هایی که پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند یا داروهای مؤثر بر روان مصرف کرده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

برای محاسبه به حجم نمونه از نرم افزار G-power نسخه ۳,۱,۹,۲ استفاده شده است. حجم نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر، شامل ۲۹۱ نفر از دانشجویان جامعه فوق بود که با استفاده از نرم‌افزار G-power با در نظر گرفتن توان آماری ۹۵ درصد (۰/۹۵) با میزان اندازه اثر ۰/۰۵ و سطح معناداری ۵ درصد (۰/۰۵)، برآورد شد. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای به شیوه‌ی خوشه‌ای و تصادفی ساده از بین دانشجویان جامعه فوق انجام شد، بدین صورت که انتخاب دانشجویان به صورت انتخاب تصادفی صورت گرفته است. برای انتخاب پرستاران شاغل طرح نیروی انسانی نیز هر بیمارستان به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شده و سپس با انتخاب تصادفی ساده بیمارستانها و سپس پرستاران در حال گذراندن طرح نیروی انسانی انتخاب شدند. در مرحله بعد ضمن انجام توضیحات لازم درباره‌ی اهمیت تحقیق و جلب همکاری صادقانه، پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار داده شد. زمان پاسخگویی دانشجویان بر اساس تفاوت‌های فردی بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بود که پس از تکمیل از وی تحویل گرفته شد. گردآوری داده‌ها که در حدود یک هفته به طول انجامید برای دانشجویان سال آخر و کارکنان شاغل طرح نیروی انسانی در محل بیمارستان با هماهنگی سوپروایزر و برای مابقی دانشجویان در محل دانشکده پرستاری انجام شد. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته شده از یک پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد

شدید می‌باشند زیرا به طور مداوم با رنج و مرگ افراد مواجهه می‌شوند^(۳۲) به طوری که انجمن ملی ایمنی آمریکا پرستاری را جزء ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماری‌های مربوط به استرس معرفی کرده است^(۳۳). با توجه به این نکته که پرستاران بیشترین ارتباط را با بیماران دارند پرداختن به موضوعاتی که مرتبط به سلامتی این گروه است اهمیت دارد. با در نظر گرفتن اینکه این آسیب‌ها هم‌قادرند از طریق تنظیم شناختی هیجان و هم به صورت مستقیم به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت منجر شوند، لذا مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان در رابطه‌ی بین آسیب‌های دوران کودکی و شدت نشانگان اختلالات شخصیت خوشه C در سال ۱۳۹۸ است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی و از نوع مقطعی بود که جامعه‌ی آن شامل تمامی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ بود که بنا بر استعلام از اداره آموزش دانشگاه علوم پزشکی شیراز، حدود ۱۲۰۰ نفر بودند و نیز پرستاران شاغل طرح نیروی انسانی در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز که لیست آنها از واحد طرح نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از این‌که فرد: ۱- برای شرکت در پژوهش اعلام رضایت کرده باشد؛ ۲- در محدوده سنی بالای ۱۸ سال باشد، ۳- هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی در گذشته با هدف درمان مشکلات هیجانی دریافت نکرده باشد؛ ۴- تحت درمان داروهای روان‌پزشکی جهت کاهش اضطراب، استرس و افسردگی نباشد؛ ۵- از ابتدا تا کنون تحت سرپرستی والدین خود زندگی کرده باشد؛ ۶- بیماری مزمن خاص که بر میزان رضایت و سلامت جسمی و روانی وی تأثیر می‌گذارد، مانند سردردهای میگرنی، کمردرد شدید، دیابت، بیماری‌های قلبی و کلیوی و ناباروری نداشته

که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ داده است را مورد سنجش قرار می دهد که در آن ۱۱ سؤال مربوط به بخش های آسیب های عمومی، پنج سؤال مربوط به سوءاستفاده جسمی، پنج سؤال مربوط به سوءاستفاده عاطفی و شش سؤال مربوط به سوءاستفاده جنسی است. هر تجربه آسیب زا به صورت جواب های (هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) نمره گذاری می شود. سئوال فرم کوتاه پرسشنامه با کل سئوالیات لیست فرم بلند مورد مقایسه قرار گرفته است. نتایج نشان داده است که همبستگی بالایی بین مؤلفه های فرم بلند و کوتاه این پرسشنامه وجود دارد که به ترتیب این همبستگی برای بعد آسیب های کلی، جسمی، عاطفی و جنسی: ۰/۹۱، ۰/۹۴، ۰/۹۷ و ۰/۹۷ به دست آمده است. ثبات درونی بالایی برای هر یک از جنبه های پرسشنامه ی فرم کوتاه وجود دارد (۰/۸۷-۰/۷۰). پرسشنامه در توصیف و تمایز بین بیمارانی که از آسیب های اولیه رنج می برند، از توانایی بالایی برخوردار است. بر اساس معیار کاپا بین نشانگان استرس پس از سانحه و مقیاس فوق همبستگی بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ برقرار است. در فرم کوتاه این پرسشنامه همبستگی هر یک از گویه ها با زیرگروه آسیب کلی بین ۰/۲۳ تا ۰/۵۷، همبستگی با زیرگروه سوءاستفاده جسمی بین ۰/۳۷ تا ۰/۶۳، برای زیرگروه عاطفی بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۵ و برای زیرگروه سوءاستفاده جنسی بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۸ می باشد. علاوه بر این یک سطح بالایی از ثبات درونی با آلفای کرونباخ بار مقیاس به ترتیب برای زیرمقیاس آسیب های کلی، فیزیکی، عاطفی و جنسی ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ محاسبه شده است^(۳۴). در کل روایی و پایایی محاسبه شده توسط نویسندگان پرسشنامه نشان از مطلوبیت استفاده آن دارد. فرم کوتاه پرسشنامه تجربیات آسیب زای اولیه کودکی در کره جنوبی مورد هنجاریابی قرار گرفته است که نتایج این هنجاریابی نیز بر روی ۹۶ فرد سالم و ۲۰۷ بیمار از پایایی و روایی بالایی این نسخه حکایت می کند. آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۷ بوده و نتایج قدرت تمیز این پرسشنامه در افراد

اسلامی واحد ارسنجان، کد اخلاق به شماره مجوز IR.IAU.A.REC.1399.001 گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش بدین شرح بود: در این پژوهش پاسخگویی به پرسشنامه ها بدون نام انجام گرفت و به آزمودنی ها اطمینان داده شد که داده های به دست آمده از هر نفر، به صورت محرمانه خواهد ماند. همچنین آزمودنی ها توجیه شدند که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و در هر زمانی حق ترک پژوهش را دارند. علاوه بر این، در زمان پاسخ گویی به ابزارها، پژوهش گر که دارای تجربه در زمینه ی مشاوره ی آسیب دیدگان روانی است، در کنار نمونه ها حاضر بود و ضمن جلب اعتماد آنان، نگرانی های شان را در خصوص پاسخگویی به سئوالیات ابزار مرتفع می نمود.

دلیل انتخاب دانشجویان سال آخر پرستاری و پرستاران شاغل طرح نیروی انسانی برای مطالعه این است که محیط کاری بیمارستان و نیز فرسودگی شغلی که پس از مدتی ممکن است برای پرستاران اتفاق بیوفتد به تنهایی ممکن است باعث تغییرات اخلاقی و شخصیتی در پرستاران شود، لذا بهترین گروه برای انجام این مطالعه کسانی هستند که هنوز وارد محیط کار بیمارستان نشده یا سابقه کار و تجارب زیادی ندارند.

به منظور گردآوری داده ها، در این پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده شد. از ویژگی های جمعیت شناختی فقط جنسیت و سن آزمودنی ها مدنظر قرار گرفت که در بالای یک از پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها تکمیل شد.

۱) پرسشنامه آسیب های دوران کودکی - فرم کوتاه: این پرسشنامه توسط Bremner و همکاران^(۳۴) ساخته شد و دارای دو فرم بلند و کوتاه می باشد که هر دو فرم به صورت خودگزارش دهی (پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل می شود) و مصاحبه ی نیمه ساختاریافته تهیه و تدوین شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه خودگزارش دهی این مقیاس استفاده شد که شامل ۲۷ سؤال می باشد که چهار جنبه از آسیب های ممکن اولیه

فکری و فاجعه‌انگاری به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۶۸، ۰/۶۳، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۶۰ و برای سبک‌های سازگار ۰/۷۸ و برای سبک‌های ناسازگار ۰/۷۳ به دست آمد.

۳) پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۳ (MCMII-III): این پرسشنامه توسط Million^(۳۷) و بر اساس نظریه زیستی-روانی-اجتماعی و تجربه بالینی و پژوهشی وی ساخته شده است. فرم تجدیدنظر شده (نسخه سوم) آن از ۱۷۵ گویه کوتاه خود-توصیفی با پاسخ‌های "بلی" و "خیر" تشکیل شده که برای اجرای فردی و گروهی مناسب است. این فهرست ۲۲ مقیاس بالینی دارد که در این پژوهش فقط از مقیاس‌های اختلال شخصیت وسواسی-جبری (۱۷ گویه)، اختلال شخصیت وابسته (۱۶ گویه) و اختلال شخصیت اجتنابی (۱۶ گویه) استفاده شد. مقیاس اختلال شخصیت وسواسی-جبری شامل سئوال‌های ۲، ۲۹، ۵۹، ۸۲، ۹۷، ۱۱۴، ۱۳۷ و ۱۷۲ (که برای آن‌ها به پاسخ "بلی" نمره دو داده می‌شود و به پاسخ "خیر" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) و سئوال‌های ۷، ۱۴، ۲۲، ۴۱، ۵۳، ۷۲، ۱۰۱، ۱۳۹ و ۱۶۶ (که برای آن‌ها به پاسخ "خیر" نمره یک داده می‌شود و به پاسخ "بلی" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) است. مقیاس اختلال شخصیت وسواسی وابسته شامل سئوال‌های ۱۶، ۳۵، ۴۵، ۷۳، ۹۴، ۱۰۸، ۱۳۵ و ۱۶۹ (که برای آن‌ها به پاسخ "بلی" نمره دو داده می‌شود و به پاسخ "خیر" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد)، سئوال‌های ۴۷، ۵۶، ۸۴، ۱۲۰، ۱۳۳، ۱۴۱ و ۱۵۱ (که برای آن‌ها به پاسخ "بلی" نمره یک داده می‌شود و به پاسخ "خیر" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) و سئوال ۸۲ (که برای آن به پاسخ "خیر" نمره یک داده می‌شود و به پاسخ "بلی" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) است. مقیاس اختلال شخصیت وسواسی اجتنابی شامل سئوال‌های ۱۸، ۴۰، ۶۹، ۸۴، ۹۹، ۱۲۷، ۱۴۱، ۱۷۴ (که برای آن‌ها به پاسخ "بلی" نمره دو داده می‌شود و به پاسخ "خیر" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد)، سئوال‌های ۴۷، ۴۸، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۵۱ و ۱۵۸ (که برای آن‌ها به پاسخ "بلی" نمره یک داده می‌شود و به پاسخ "خیر"

دارای نشانگان بالینی را نشان می‌دهد، و پایایی آن ۰/۸۸ بوده است^(۳۵). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس آسیب‌های کلی، فیزیکی، عاطفی و جنسی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

۲) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران^(۱۹) ساخته شد و دارای ۳۶ ماده و مشتمل بر ۹ خرده‌مقیاس است که پنج خرده‌مقیاس آن شامل خرده‌مقیاس‌های پذیرش (سئوال‌های ۵، ۶، ۷ و ۸)، تمرکز مجدد مثبت (سئوال‌های ۱۳، ۱۴، ۱۶ و ۱۷)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سئوال‌های ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، بازاریابی مثبت (سئوال‌های ۲۳ و ۲۴) و کنار آمدن با دیدگاه (سئوال‌های ۲۵، ۲۶ و ۲۷)، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان و چهار خرده‌مقیاس دیگر شامل سرزنش خود (سئوال‌های ۱ و ۲) و ۴، نشخوار فکری (سئوال‌های ۳، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، فاجعه‌انگاری (سئوال‌های ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲) و سرزنش دیگری (سئوال‌های ۳۴، ۳۵ و ۳۶)، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سئوال‌های این پرسشنامه به صورت طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از "همیشه=۵" تا "هرگز=۱" است. در نهایت نمرات به صورت کمی گسسته بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است^(۳۶). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، بازاریابی مثبت، برنامه‌ریزی، سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار

تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده پذیر بهره‌گیری به عمل آمد. برازش مدل با شاخص‌های مجذور کای نسبت به درجه آزادی (مجذور کای نسبی) (CMIN/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات (RMSEA)، شاخص برازش تطبیق (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI) و شاخص هولتر (HOELTRE)، مورد ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است که تمامی محاسبات این پژوهش با مرز استنتاج آماری $P < 0/05$ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌ها ۲۹۱ نفر بود که نیمی از این تعداد ۱۴۵ نفر (۴۹/۸٪) از دانشجویان سال آخر و بقیه از پرستاران شاغل طرح نیروی انسانی بودند و ۱۰۹ نفر مرد و ۱۸۲ نفر زن بودند که به ترتیب ۳۷/۵ درصد (۳۷/۵٪) و ۶۲/۵ درصد (۶۲/۵٪) از کل نمونه‌ها را شامل می‌شدند. همچنین میانگین سنی کل آزمودنی‌های مورد پژوهش ۲۴/۵۲ سال، میانگین سنی آزمودنی‌های مرد ۲۵/۶۵ سال و میانگین سنی آزمودنی‌های زن ۲۳/۸۵ سال بود. در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد پژوهش ارائه شده است.

نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) و سئوال‌ات ۵۷ و ۸۰ (که برای آن‌ها به پاسخ "خیر" نمره یک داده می‌شود و به پاسخ "بلی" نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد) است. نمره هر اختلال از جمع سئوال‌ات مربوط به همان اختلال به دست می‌آید^(۳۷). نتایج پژوهش شریفی و همکاران^(۳۸)، نشان‌دهنده‌ی روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس‌ها بود. یافته‌های پژوهش آنان نشان می‌دهد، مقیاس‌های MCMI-III توان پیش‌بینی مثبت، منفی و پیش‌بینی کل بالایی دارند. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ است، همچنین توان تشخیص کل تمام مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد. بنابراین MCMI-III، یک آزمون معتبر است و می‌توان از آن برای تشخیص اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی استفاده کرد. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های اختلال شخصیت و سواسی-جبری، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت اجتنابی به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۸۳ و ۰/۷۲ به دست آمد.

به منظور توصیف، تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و به منظور تعیین برازش مدل مورد مطالعه از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS-22 برای

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه نمرات	
			حداقل	حداکثر
آسیب‌های عمومی (دامنه پاسخ‌های ممکن ۰-۴۴)	۱۲/۶۶	۳/۳۶	۵	۲۴
آسیب‌های دوران	۷/۹۶	۲/۱۰	۵	۱۵
کودکی	۹/۳۵	۱/۸۱	۵	۱۲
سوءاستفاده جنسی (دامنه پاسخ‌های ممکن ۰-۲۴)	۷/۲۷	۱/۵۷	۵	۱۱
تنظیم هیجان	۵۸/۳۴	۱۴/۱۶	۱۸	۷۵
سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان (دامنه پاسخ‌های ممکن ۰-۲۱-۱۰۵)	۵۷/۹۹	۱۵/۱۶	۲۹	۹۱
اختلالات	۱۰/۲۱	۲/۲۴	۵	۱۷
شخصیت خوشه	۹/۷۳	۱/۶۳	۵	۱۴
C	۹/۵۹	۲/۲۴	۴	۱۴

به منظور ارائه تصویری روشن از وضعیت متغیرها و رابطه‌ی بین آن‌ها، در جدول شماره ۲ ضرایب همبستگی پیرسون (مرتب‌بندی صفر) آورده شده است. یافته‌های جدول شماره ۲، بیانگر آن است که مفروضه کم بودن همخطی چندگانه برای مدل‌های مورد مطالعه این پژوهش برقرار است. زیرا بیشترین ضرایب همبستگی در این ماتریس در مورد متغیرهای برونزا برابر با ۰/۲۱ (بین آسیب‌های عمومی دوران کودکی و سوءاستفاده جسمی دوران کودکی) به دست آمده است. در مورد یکسانی پراکندگی (همگونی واریانس) متغیرهای درونزا می‌توان گفت، به گونه کلی یکسان نبودن پراکندگی، رگرسیون‌های چندمتغیری را

نامعتبر نمی‌سازد بلکه آن‌ها را تا حد معینی ضعیف می‌کند. زیرا روش‌های رگرسیون چندمتغیری نسبت به تخطی از نرمال بودن توزیع جمله‌های خطا مقاوم است اما حجم نمونه بزرگ اجازه می‌دهد که نسبت‌های بحرانی مقادیر t به سمت توزیع چندمتغیری نرمال نزدیک شود. با توجه به این‌که حجم نمونه مطالعه حاضر نیز به اندازه کافی بزرگ است (۲۹۱ نفر)، می‌توان به برقرار بودن این مفروضه نیز اطمینان داشت. با توجه به رعایت مفروضه‌های اصلی مدل‌های معادلات ساختاری، در ادامه فرایند تحلیل داده‌ها و تبیین مدل اختلالات شخصیت خوشه C ارائه می‌شود.

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی مشاهده شده بین متغیرهای پژوهش

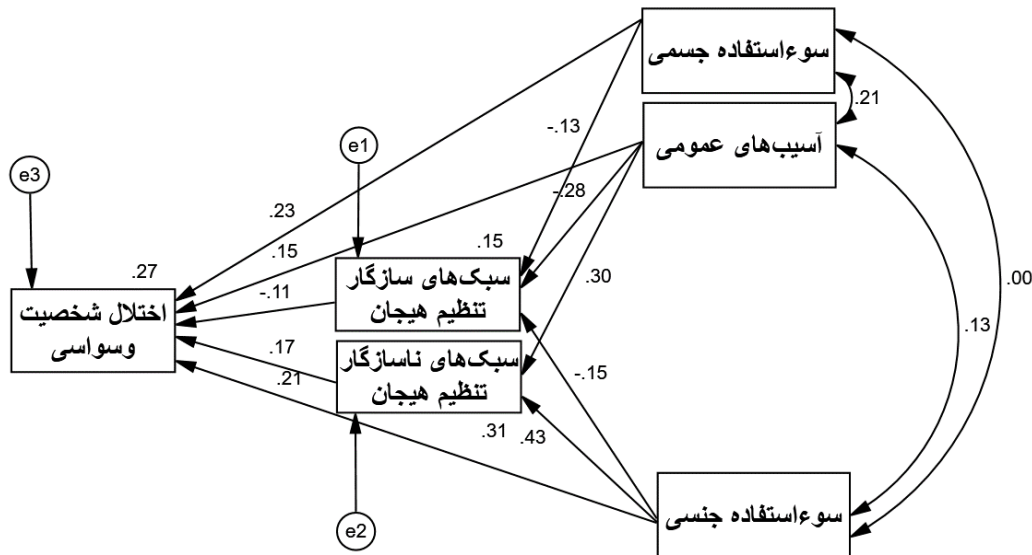
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- آسیب‌های عمومی دوران کودکی									
۲- سوءاستفاده جسمی دوران کودکی	۰/۲۱**								
۳- سوءاستفاده عاطفی دوران کودکی	۰/۱۷**	۰/۱۰							
۴- سوءاستفاده جنسی دوران کودکی	۰/۱۳*	-۰/۰۰۲	۰/۱۵**						
۵- سبک‌های سازگار تنظیم هیجان	-۰/۳۳**	-۰/۱۹**	-۰/۱۷**	۰/۱۸**					
۶- سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان	۰/۳۶**	۰/۱۵**	۰/۱۷**	۰/۴۷**	۰/۲۰**				
۷- اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۰/۳۲**	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۳۳**	-۰/۲۷**	۰/۳۸**			
۸- اختلال شخصیت اجتنابی	۰/۲۲**	۰/۱۹**	۰/۲۴**	۰/۲۳**	-۰/۲۶**	۰/۲۷**	۰/۳۱**		
۹- اختلال شخصیت وابسته	۰/۲۲**	۰/۲۰**	۰/۲۷**	۰/۲۱**	-۰/۱۰	۰/۲۶**	۰/۲۴**	۰/۱۹**	۱

** $P < 1/0.05$ * $P < 0.01$

- مدل‌یابی اختلال شخصیت وسواسی-جبری در بین دانشجویان پرستاری

مطابق با یافته‌های جدول ۲ شماره، ضرایب همبستگی اختلال شخصیت وسواسی-جبری با سایر متغیرهای پژوهش نسبتاً کوچک اما معنادار هستند و این مجوزی برای انجام تحلیل مسیر است. اختلال شخصیت وسواسی-جبری بیشترین همبستگی را با سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان (۰/۳۸) و کمترین همبستگی را با سبک‌های سازگار تنظیم هیجان (-۰/۲۷) دارد. مشاهده سایر ضرایب

همبستگی در جدول شماره ۲، بیانگر آن است که دامنه این ضرایب نسبتاً متوسط و از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار است و همین مسأله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله‌ی بعدی گردید. نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل شماره ۱ نشان داده شده است.



شکل شماره ۱: مدل مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر اختلال شخصیت و سواسی-جبری با میانجی‌گری سبک‌های تنظیم هیجان (مدل نهایی)

چنان‌که در شکل شماره ۱ و جدول شماره ۳ دیده می‌شود متغیرهای برونزا (آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیرهای میانجی می‌توانند اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان آسیب‌های دوران کودکی بیشتر باشد، اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر آسیب‌های عمومی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/15$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/09$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های سازگار تنظیم هیجان دانشجویان کاهش و میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت و سواسی-جبری آنان افزایش می‌یابد. این در حالی بود که برقراری ضریب مستقیم یا غیرمستقیم برای متغیر سوءاستفاده‌های عاطفی دوران کودکی به اختلال شخصیت و سواسی-جبری نه تنها از لحاظ آماری معنی‌دار به دست نمی‌آمد، بلکه موجب عدم برازش کامل مدل با داده‌ها می‌شد.

چنان‌که در شکل شماره ۱ و جدول شماره ۳ دیده می‌شود متغیرهای برونزا (آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیرهای میانجی می‌توانند اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان آسیب‌های دوران کودکی بیشتر باشد، اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر آسیب‌های عمومی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/15$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/09$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش آسیب‌های عمومی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های سازگار تنظیم شناختی هیجان کاهش و میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت و سواسی-جبری آنان افزایش می‌یابد. متغیر سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/23$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار تنظیم هیجان

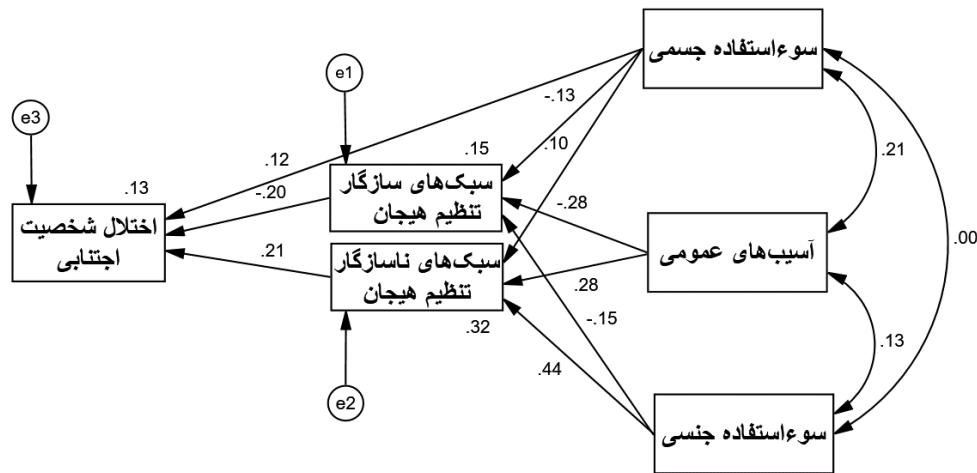
جدول شماره ۳: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش برای تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به اختلال شخصیت وسواسی-جبری:			
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	۰/۱۵	۰/۰۸	۰/۲۳
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	۰/۲۳	۰/۰۲	۰/۲۵
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	۰/۲۱	۰/۰۹	۰/۳۰
از سبک‌های سازگار تنظیم هیجان	-۰/۱۱	-	-۰/۱۱
از سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان	۰/۱۷	-	۰/۱۷
به سبک‌های سازگار تنظیم هیجان:			
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	-۰/۲۸	-	-۰/۲۸
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	-۰/۱۳	-	-۰/۱۳
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	-۰/۱۵	-	-۰/۱۵
به سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان:			
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	۰/۳۰	-	۰/۳۰
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	۰/۴۳	-	۰/۴۳

مدل‌یابی اختلال شخصیت اجتنابی در بین دانشجویان پرستاری

مطابق با یافته‌های جدول شماره ۲، ضرایب همبستگی اختلال شخصیت اجتنابی با سایر متغیرهای پژوهش نسبتاً کوچک اما معنادار هستند و این مجوزی برای انجام تحلیل مسیر است. اختلال شخصیت اجتنابی بیشترین همبستگی را با سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان (۰/۲۷) و کمترین همبستگی را با سوءاستفاده جسمی دوران کودکی (۰/۱۹) دارد. مشاهده سایر ضرایب همبستگی در جدول شماره ۲، بیانگر آن است که دامنه این ضرایب نسبتاً متوسط و از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار است و همین مسأله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله بعدی گردید. نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل شماره ۲ نشان داده شده است.

یافته‌های آماری نشان داد داده‌ها مدل نظری تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن مدل دارند. شاخص مجذورکای $2/001$ ، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با $0/992$ و شاخص برازش شده NFI برابر با $0/986$ و همچنین شاخص نیکویی برازش GFI برابر با $0/996$ می‌باشند که همگی در حد مطلوبی قرار دارند. ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با $0/058$ و قابل قبول می‌باشد. همچنین شاخص‌های HOELTRE نیز در سطح $0/05$ و $0/01$ به ترتیب برابر با 689 و 448 بود که در وضعیت کاملاً خوبی قرار دارند. لازم به ذکر است که دامنه پذیرش برای شاخص‌های مجذورکای به درجه آزادی کوچکتر از ۲، شاخص براش مقایسه‌ای CFI بزرگتر از $0/9$ ، شاخص برازش شده NFI و همچنین شاخص نیکویی برازش GFI بزرگتر از $0/95$ ، ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) کوچکتر از $0/08$ و شاخص‌های HOELTER در سطح معناداری $0/05$ و $0/01$ بزرگتر از ۲۰۰ می‌باشد^(۳۹).



شکل شماره ۲: مدل مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر اختلال شخصیت اجتنابی با میانجی‌گری سبک‌های تنظیم هیجان (مدل نهایی)

اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های سازگار تنظیم هیجان دانشجویان کاهش و میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت اجتنابی آنان افزایش می‌یابد. متغیر سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی در مدل نهایی فقط به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/12$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های سازگار تنظیم هیجان دانشجویان کاهش و میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت اجتنابی آنان افزایش می‌یابد. این در حالی بود که برقراری ضریب مستقیم یا غیرمستقیم برای متغیر سوءاستفاده‌های عاطفی دوران کودکی به اختلال شخصیت اجتنابی نه تنها از لحاظ آماری معنی‌دار به دست نمی‌آمد، بلکه موجب عدم برازش کامل مدل با داده‌ها می‌شد.

چنان‌که در شکل شماره ۲ و جدول شماره ۴ دیده می‌شود متغیرهای برونزا (آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیرهای میانجی می‌توانند اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان آسیب‌های دوران کودکی بیشتر باشد، اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر آسیب‌های عمومی دوران کودکی در مدل نهایی فقط به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/11$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش آسیب‌های عمومی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های سازگار تنظیم شناختی هیجان کاهش و میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت اجتنابی آنان افزایش می‌یابد. متغیر سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/12$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/05$)، موجب تغییر در میزان

جدول شماره ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش برای تبیین اختلال شخصیت اجتنابی

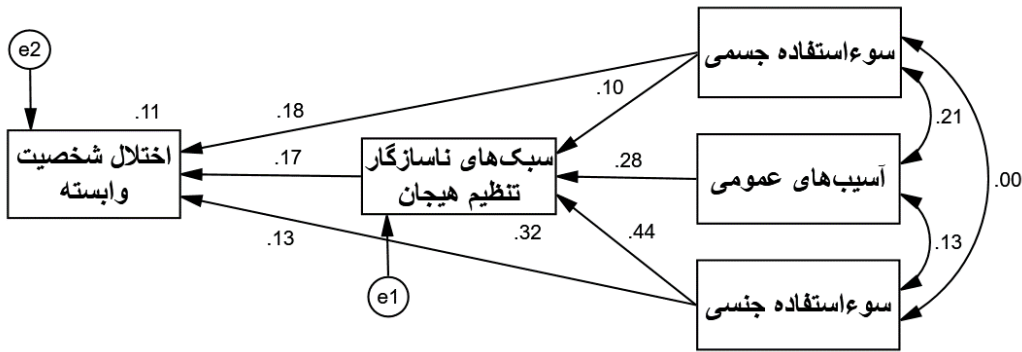
مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به اختلال شخصیت اجتنابی:			
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۱۷
از سبک‌های سازگار تنظیم هیجان	-۰/۲۰	-	-۰/۲۰
از سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان	۰/۲۱	-	۰/۲۱
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	-	۰/۱۱	۰/۱۱
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	-	۰/۱۲	۰/۱۲
به سبک‌های سازگار تنظیم هیجان:			
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	-۰/۲۸	-	-۰/۲۸
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	-۰/۱۳	-	-۰/۱۳
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	-۰/۱۵	-	-۰/۱۵
به سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان:			
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	۰/۲۸	-	۰/۲۸
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	۰/۱۰	-	۰/۱۰
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	۰/۴۳	-	۰/۴۳

مدل‌یابی اختلال شخصیت وابسته در بین دانشجویان

پرستاری

مطابق با یافته‌های جدول شماره ۲، ضرایب همبستگی اختلال شخصیت وابسته با سایر متغیرهای پژوهش نسبتاً متوسط کوچک اما معنی‌دار هستند و این مجوزی برای انجام تحلیل مسیر است. اختلال شخصیت وابسته بیشترین همبستگی را با سوءاستفاده عاطفی دوران کودکی (۰/۲۷) و کمترین همبستگی را با سبک‌های سازگار تنظیم هیجان (۰/۱۰-) دارد. مشاهده سایر ضرایب همبستگی در جدول شماره ۲، بیان‌گر آن است که دامنه این ضرایب نسبتاً متوسط و از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین همبستگی و روابط دوتایی بین برخی از متغیرهای پژوهش معنی‌دار است و همین مسأله مجوزی برای انجام تحلیل مسیر در مرحله‌ی بعدی گردید. نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل‌ها و اصلاح‌ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته‌های پیشین و مدل‌های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی شد که نمودار مسیر آن در شکل شماره ۳ نشان داده شده است.

یافته‌های آماری نشان داد داده‌ها مدل نظری تبیین اختلال شخصیت اجتنابی را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن مدل دارند. شاخص مجذورکای به درجه آزادی ۱/۶۸۲، شاخص براش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۹۰ و شاخص براش شده NFI برابر با ۰/۹۷۸ و همچنین شاخص نیکویی براش GFI برابر با ۰/۹۹۴ می‌باشند که همگی در حد مطلوبی قرار دارند. ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۴۸ و قابل قبول می‌باشد. همچنین شاخص‌های HOELTER نیز در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ به ترتیب برابر با ۶۷۳ و ۴۶۴ بود که در وضعیت کاملاً خوبی قرار دارند. دامنه پذیرش برای شاخص‌های مجذورکای به درجه آزادی کوچکتر از ۲، شاخص براش مقایسه‌ای CFI بزرگتر از ۰/۹، شاخص براش شده NFI و همچنین شاخص نیکویی براش GFI بزرگتر از ۰/۹۵، ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) کوچکتر از ۰/۰۸ و شاخص‌های HOELTER در سطح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ بزرگتر از ۲۰۰ می‌باشد^(۳۹).



شکل شماره ۳: مدل مسیر اثر آسیب‌های دوران کودکی بر اختلال شخصیت وابسته با میانجی‌گری سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان (مدل نهایی)

موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت وابسته دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت وابسته آنان افزایش می‌یابد. متغیر سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/13$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/08$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت وابسته دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت وابسته آنان افزایش می‌یابد. این در حالی بود که برقراری ضریب مستقیم یا غیرمستقیم برای متغیر سوءاستفاده‌های عاطفی دوران کودکی به اختلال شخصیت وابسته نه تنها از لحاظ آماری معنی‌دار به دست نمی‌آمد، بلکه موجب عدم برازش کامل مدل با داده‌ها می‌شد.

چنان که در شکل شماره ۳ و جدول شماره ۴ دیده می‌شود متغیرهای برونزا (آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی) یا به صورت مستقیم و یا از طریق متغیرهای میانجی می‌توانند اختلال شخصیت وابسته دانشجویان را تبیین کنند. بدین ترتیب هر چه میزان آسیب‌های دوران کودکی بیشتر باشد، اختلال شخصیت وابسته دانشجویان نیز بیشتر خواهد بود. متغیر آسیب‌های عمومی دوران کودکی در مدل نهایی فقط به گونه غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/05$)، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت وابسته دانشجویان می‌شود. بدین ترتیب که با افزایش آسیب‌های عمومی دوران کودکی، میزان متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان افزایش یافته و در نتیجه اختلال شخصیت وابسته آنان افزایش می‌یابد. متغیر سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم ($\beta=0/18$) و هم به گونه غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان ($\beta=0/02$)،

جدول شماره ۵: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل معنی‌دار برای مدل نهایی پژوهش برای تبیین اختلال شخصیت وابسته

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
به اختلال شخصیت وابسته:			
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی	۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۲۰
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۲۱
از سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان	۰/۱۷	-	۰/۱۷
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی	-	۰/۰۵	۰/۰۵

به سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان:		
۰/۲۸	-	۰/۲۸
از آسیب‌های عمومی دوران کودکی		
۰/۱۰	-	۰/۱۰
از سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی		
۰/۴۳	-	۰/۴۳
از سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی		

یافته‌های آماری نشان داد، داده‌ها مدل نظری تبیین اختلال شخصیت وابسته را تا حد زیادی حمایت می‌کنند، در نتیجه این شاخص‌ها دلالت بر قابل قبول بودن مدل دارند. شاخص مجذورکای ۱/۶۶۳، شاخص براش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۷۸ و شاخص برازش شده NFI برابر با ۰/۸۷۳ و همچنین شاخص نیکویی برازش GFI برابر با ۰/۹۹۴ می‌باشند که همگی در حد مطلوبی قرار دارند. ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۱۱۱ می‌باشد که اندکی از دامنه مورد پذیرش (۰/۰۸) بالاتر است. همچنین شاخص‌های HOELTER در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ به ترتیب برابر با ۲۴۷ و ۴۲۶ بود که نیز در وضعیت کاملاً خوبی قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ترکیبی خطی از آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی و سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان متغیر آسیب‌های عمومی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم و هم به گونه غیرمستقیم از طریق سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان و متغیر سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه مستقیم و هم به گونه غیرمستقیم فقط از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار تنظیم هیجان، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت و سواسی-جبری دانشجویان می‌شوند. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Briggs و Price^(۱۱)، Bierer^۰ و همکاران که بر روی تمام مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری شده در

بیمارستان روان پزشکی ایثار دراردبیل انجام شد^(۲۷)، مبنی بر رابطه‌ی بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت و سواسی-جبری هم‌سو می‌باشد. همچنین Bierer و همکاران^(۲۵)، Battle و همکاران^(۴۰) اذعان می‌دارند که آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند از عوامل تأثیرگذار بر ایجاد اختلالات شخصیت در بزرگسالی باشد که با نتایج به دست آمده از این پژوهش سازگاری دارد. همچنین همسو با یافته‌های این پژوهش نتایج تحقیقات Hageman و همکاران در استرالیا^(۸)، Laporte و همکاران در کانادا^(۹)، Vettese و همکاران در کانادا^(۱۰)، Briggs و Price در استرالیا^(۱۱)، Bandelow و همکاران در آلمان^(۱۲) نیز حاکی از آن است که تجارب دوران کودکی از عوامل محیطی مؤثر بر بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت می‌باشد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر Kuo و همکاران در آمریکا^(۳۰)، Vettese و همکاران در کانادا^(۱۰)، Burns و همکاران در آمریکا^(۳۲)، علوی لواسانی و احمدی طهورسلطانی در ایران^(۴۱)، محمدپور و همکاران در ایران^(۴۲)، موسوی هندری در ایران^(۳۷)، عسگرپور و همکاران در ایران^(۴۳)، نشان دادند بین آسیب‌های دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد.

سوءرفتار در مورد کودکان، عواقب پایدار و جبران‌ناپذیری را بر روان کودک بر جا می‌گذارد که بعضی از این آثار تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد. به طوری که از آثار روان‌شناختی طولانی‌مدت کودک‌آزاری، می‌توان به بروز مشکلات رفتاری و روان‌شناختی عمده در نوجوانی و بزرگسالی اشاره کرد^(۴۴). در این راستا Burns و همکاران^(۳۲) نشان دادند که توانایی نظم‌دهی هیجانی در دوران کودکی در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می‌یابد به طوری که کیفیت

تنظیم هیجان هر یک به علت ماهیت ناسازگارانه‌ی خود منجر به تشدید هیجان‌های منفی می‌شوند^(۵۲)، و هیجان‌های منفی نیز منجر به افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد می‌شوند^(۵۳) و در نتیجه فرد مستعد نشانه‌های اختلال شخصیت و سواسی-جبری خواهد شد. در تبیین دیگری می‌توان گفت که اختلال شخصیت و سواسی-جبری ریشه در واکنش‌های تنبیهی والدین نسبت به دردسرها و آفرینی‌های روزمره دوران کودکی دارد. یک فرضیه این است که والدین از لحاظ عاطفی از فرزند خود دور و در عین حال سخت‌گیر و پرتوقع هستند. در پاسخ به تنبیه مکرر توسط والدین، فرد در مورد پیروی از قوانین و حفظ نظم در محیط دچار دل‌مشغولی می‌شود^(۵۴). یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد ترکیبی خطی از آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی و سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان متغیر آسیب‌های عمومی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی در مدل نهایی فقط به گونه‌ی غیرمستقیم و متغیر سوءاستفاده‌های جسمی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیرهای سبک‌های سازگار و ناسازگار تنظیم هیجان، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت اجتنابی دانشجویان می‌شوند. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Hageman و همکاران در استرالیا^(۸)، Carr و Francis در استرالیا^(۴)، Bierer و همکاران^(۲۵)، پور شهریار و همکاران در تهران^(۳۳)، مبنی بر رابطه‌ی بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی همسو می‌باشد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر Kuo و همکاران در امریکا^(۳۰)، Vettese و همکاران در کانادا^(۱۰)، Burns و همکاران در امریکا^(۳۲)، علوی لوسانی و احمدی طهور سلطانی^(۴۱)، موسوی هندری^(۳۷)، عسگریپور و همکاران^(۴۳)، نشان دادند بین آسیب‌های دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد.

مبادلات هیجانی کودک و مراقبت‌کننده، عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگسالی است. Robinson^(۴۵) بیان می‌کند که تنظیم هیجان، چهارچوبی عالی برای ارزیابی پیامدهای تجربه سوءرفتار در کودکی است. در تأیید این نکته Hebert و همکاران^(۴۶)، اذعان می‌دارند که آسیب‌های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی‌های نظم‌دهی هیجانی به شیوه‌ای سالم می‌شود. همچنین Jang و همکاران^(۴۷) گزارش می‌کنند که آسیب‌هایی که در دوران کودکی توسط مراقبین به کودک وارد می‌شود، مانع اکتساب مهارت‌های تنظیم هیجانی سازگار می‌شود. از سوی دیگر، Johnson و همکاران^(۴۸) گزارش کردند افرادی که سابقه کودک‌آزاری در دوران کودکی، توسط والدین خود داشته‌اند چهار برابر بیشتر از آن‌هایی که تجربه کودک‌آزادی را گزارش نکرده بودند، در اوایل بزرگسالی، تشخیص اختلال شخصیت دریافت کردند. نتایج مطالعات همچنین حاکی از ارتباط گونه‌هایی از اختلالات شخصیت در بزرگسالی با سوءرفتار تجربه شده در دوره کودکی است^(۴۸،۴۹). به طوری که مشخص شده است یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، تجربه سوءرفتار جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی است^(۵۰،۵۱).

در تبیین نتایج این پژوهش، مطابق با نظر Southam-Gerow و Kendall^(۲۰) می‌توان گفت دشواری در تنظیم هیجان، پیوندی علی بین کودک‌آزاری و اختلال شخصیت است. از آن‌جا که افرادی که در زندگی کودک نقش دارند مانند اعضای خانواده و دیگر افرادی که به خانواده نزدیک هستند، اغلب خود انجام دهندگان کودک‌آزاری هستند، تحول مهارت‌های مربوط به توانایی تنظیم هیجان در قربانیان کودک‌آزاری مختل می‌شود^(۲۰). یافته‌های پژوهشی اخیر حاکی از آن است که حتی زمانی که دیگر انواع کودک‌آزاری نظیر سوءاستفاده جنسی، جسمی و غفلت نیز کنترل شده باشند، سوءاستفاده هیجانی در کودکی، به تنهایی قادر به پیش‌بینی مشکلات در تنظیم هیجان می‌باشد^(۳۲). از طرفی، راهبردهای منفی

نتایج پژوهش Alink و همکاران^(۵۵) نیز نشان داد که مهارت‌های تنظیم هیجان تحت تأثیر رابطه‌ی والد-کودک در سال‌های اولیه‌ی کودکی قرار دارد.

در توجیه یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت والدین اولین عامل اجتماعی فراگیری مهارت‌های تنظیم هیجان در کودکان هستند و والدین از طریق ابراز هیجان، بیان هیجان و واکنش به هیجان‌های کودک، بر رشد هیجانی کودک در دوره تعامل کودک-والد تأثیر گذارند^(۵۶) و تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان توانایی فرد برای انتقال هیجان و یا طرح‌ریزی کردن مکانیسم‌های مدارا برای مدیریت هیجان دیده می‌شود^(۵۷). همچنین Brophy-Herb و همکاران^(۵۸) اذعان می‌دارند، بخش قابل توجهی از مهارت‌های خودتنظیمی برای مدیریت هیجان و رفتار در محیط‌های حامی فرزندان پروری به وجود می‌آید و Samuelson و همکاران^(۵۹) معتقدند مادرانی که به کودکان توجه دارند و کودکان‌شان را مورد حمایت قرار می‌دهند و از انتقاد، فریادزدن یا تنبیه بدنی کودکان‌شان اجتناب می‌کنند، محیطی منجسم و سازمان‌یافته‌تر برای آن‌ها فراهم می‌کنند که رشد مهارت‌های برنامه‌ریزی و سازماندهی کودکان را تسهیل می‌کند.

برای تبیین نقش واسطه‌گری تنظیم شناختی هیجان در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت اجتنابی مطابق با نتایج تحقیقات، آسیب‌های دوران کودکی گسترش شناخت‌واره‌های منفی در مورد خود و دیگران، روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی، شناخت‌ها و خاطراتی که محرک‌های محیطی ناخوشایند آغازگر آن‌اند و تنظیم هیجانی رشد نیافته را در بزرگسالی تغییر می‌دهد. بنابراین کودکانی که در دوران کودکی خود آسیب دیده‌اند، معمولاً ناچارند درد عاطفی و جسمانی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آن‌ها می‌شود، که این عوامل فرد را مستعد بروز نشانه‌های اختلال شخصیت اجتنابی می‌کند و هم‌این‌که به احتمال کمتری این کودکان قادر خواهند بود، مهارت‌های تنظیم مقابله با شناخت‌ها یا هیجان‌های منفی

را گسترش دهند^(۶۰). همچنین در تبیین دیگر از این ارتباط می‌توان گفت، رشد ساختاری و عملکردی در سطح عصبی نیز منجر به رشد فرآیندهای اجرایی مورد نیاز برای تنظیم هیجانی، از جمله کنترل بازدارنده در طول دوران بزرگسالی می‌شود. بزرگسالان هم‌زمان با رشد عصبی-شناختی در حال اکتساب نحوه‌ی مقابله با شرایط اجتماعی پیچیده هستند. تعامل بین فرآیندهای شناختی-عصبی و فشارهای اجتماعی ناشی از سوءرفتار ممکن است منجر به کاهش توانایی فرد برای تنظیم هیجان‌ها شود^(۶۱).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد ترکیبی خطی از آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی و سبک‌های ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، اختلال شخصیت وابسته دانشجویان را پیش‌بینی می‌نمایند که در این میان متغیر آسیب‌های عمومی دوران کودکی در مدل نهایی فقط به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان، و متغیرهای سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی در مدل نهایی هم به گونه‌ی مستقیم و هم به گونه‌ی غیرمستقیم از طریق متغیر سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان، موجب تغییر در میزان اختلال شخصیت وابسته دانشجویان می‌شود. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Kuo و همکاران در امریکا^(۳۰)، Vettese و همکاران در کانادا^(۱۰)، Burns و همکاران در امریکا^(۲۲)، علوی لواسانی و احمدی طهورسلطانی^(۴۱)، محمدپور و همکاران در لرستان^(۴۲)، موسوی هندی در تهران^(۲۷)، عسگرپور و همکاران^(۴۳)، نشان دادند بین آسیب‌های دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد.

پژوهش‌های بسیار زیادی در ارتباط با کودک‌آزاری، انواع، علل و آثار آن بر شخصیت انجام گرفته است. در پژوهش Horwitz و همکاران^(۶۱) در امریکا نشان داده شد که مردان و زنان آزرده‌شده شخصیت ضداجتماعی داشتند. آن‌ها نشان دادند زنانی که در موقعیت‌های آسیب‌زا قرار دارند بیشتر از سایرین وارد روابطی می‌شوند که احتمال

طرفی، آسیب های دوران کودکی و غفلت تأثیرات منفی قابل توجهی بر رشد تنظیم هیجان ها دارد که می تواند زمینه آسیب پذیری نسبت به افسردگی را ایجاد کند^(۶۶). پژوهشی نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان، پیوندی علی بین کودک آزاری و اختلال شخصیت است. از آنجا که افرادی که در زندگی کودک نقش دارند مانند اعضای خانواده و دیگر افرادی که به خانواده نزدیک هستند، اغلب خود انجام دهندگان کودک آزاری هستند، تحول مهارت های مربوط به توانایی تنظیم هیجان در قربانیان کودک آزاری مختل می شود^(۶۷). یافته های پژوهشی اخیر حاکی از آن است که حتی زمانی که دیگر انواع کودک آزاری نظیر سوءاستفاده جنسی، جسمی و غفلت نیز کنترل شده باشند، سوءاستفاده هیجانی در کودکی، به تنهایی قادر به پیش بینی مشکلات در تنظیم هیجان می باشد^(۶۸).

در تبیین نقش واسطه گری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیب های دوران کودکی و بروز نشانه های اختلال شخصیت وابسته می توان گفت، تنظیم هیجانی فرآیند درونی و تبدیلی است که فرد از طریق آن هیجان و شناختی جاری خود را مدیریت و کنترل می کند و به این ترتیب تجربه، رفتار، حالت یا برانگیختگی خود را تعدیل می کند. تنظیم هیجانی مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش های هیجانی و شناختی فرد است^(۶۷). تنظیم شناختی هیجان به عنوان راهبردهای شناختی در پاسخ به حوادث استرس زا و مدیریت اطلاعات برانگیزنده هیجانی تعریف شده است و بخشی از مقابله شناختی محسوب می شود^(۶۸) و شیوه ای نیرومند برای تعدیل پاسخ های هیجانی است^(۶۹). تعامل پیش آمادگی های زیستی و شرایط محیطی بی اعتبار کودک منجر به نواقصی در کسب مهارت های لازم برای تنظیم تجربه های هیجانی و بی ثباتی عاطفی و شناختی، رفتارها، روابط بین فردی ناکارآمد می شود. راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه مانند نشخوار فکر و سرکوب فکر نوعی سبک مقابله با عاطفه منفی است که منجر به افزایش افکار مختل و آشفتگی

خسونت و آزار در آن وجود دارد. همچنین **Basta** و **Peterson**^(۶۲) از دانش گاه نوادا کودک کان آزار دیده را درون گرا، خجالتی، ترسو، حساس به تأیید و تهدید، با ملاحظه نسبت به دیگران، بسیار تحت تأثیر احساسات و دارای تحمل بسیار کم برای ناکامی می دانند. کودک کان آزار دیده گوشه نشین، افسرده، دارای مشکلات جسمی و رفتار انحرافی می باشد^(۶۳). در پژوهش **Harter** و **Taylor**^(۶۴) افرادی با سابقه انواع آزار در دوران کودکی به پرسشنامه **SCL-90** پاسخ دادند. این افراد بیشتر از سایرین دچار پارانوئید و علائم سایکوتیک بودند. آزار دیده های جنسی و جسمی علائم و سواس، اضطراب فراگیر، روان نژندی و جسمی سازی را نشان دادند. **Wilson** و همکاران^(۶۵) در امریکا با بررسی ۲۴۴ دختر در گروه سنی ۱۶-۱۲ سال آمریکایی- آفریقایی تبار که از هشت کلینیک سلامت روان در جوامع کم درآمد شیکاگو، خدمات سرپایی دریافت می کردند، مسیرهای آسیب شناسی و رفتارهای پرخطر مرتبط با سوءاستفاده ی دوران کودکی و غفلت را مورد بررسی قرار دادند. تاریخچه ی مورد غفلت قرار گرفتن یا از خود نوجوان و یا از گزارشات مراقبان آنان استخراج شده بود. نتایج، ثابت استفاده از مواد مخدر و الکل، و افزایش تجربه های جنسی و رفتارهای جنسی مخاطره آمیز را در طول زمان نشان داد. **Dong** و همکاران^(۶۴) و **Sedlak** و همکاران^(۶۵) نشان دادند آسیب های دوران کودکی و غفلت یکی از مشکلات عمده ی سلامت عمومی و رفاه اجتماعی است و پیش بینی کننده ی سلامت جسمانی و روانی در طول دوره ی زندگی می باشند. عواقب طولانی مدت آسیب های دوران کودکی و غفلت در کودکی ممکن است به عواقب فیزیکی، شناختی، روانی، رفتاری و اجتماعی در بزرگسالی منجر گردد^(۶۷). سوءاستفاده از کودک باعث احساس افسردگی، ناراحتی و ناامیدی و کاهش احساس امنیت روانی در فرد می شود. کودکانی که مورد سوءاستفاده فیزیکی قرار گرفته اند و به دنبال آن قربانی سوءاستفاده عاطفی و جنسی واقع شده اند، از امنیت روانی پایینی برخوردارند^(۶۸). از

روان‌شناختی^(۷) و در نهایت می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلال شخصیت وابسته شود.

در پایان لازم به ذکر است که محقق توانست با تکیه بر تخصص خویش و از طریق جلب اعتماد پرستاران و همکاری‌شان را جلب نماید و این از نقاط قوت پژوهش حاضر به شمار می‌آید.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دانشجویان پرستاری که در دوران کودکی آزار دیده و مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی با احتمال بیشتری نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C را در رفتار خود بروز می‌دهند. همچنین از یافته‌های به دست آمده مشخص شد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت خوشه C، عمل می‌کند، به عبارتی آسیب‌های دوران کودکی، بدتنظیمی‌های هیجانی در دوران بزرگسالی را به دنبال دارد و نبود راهبردهای تنظیم هیجان مناسب، می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت خوشه C شود. بنابراین با توجه به یافته‌های به دست آمده انتظار می‌رود آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار بر اصلاح تنظیم شناختی هیجان عمل کرده و راهی مناسب برای بهبود اختلالات شخصیت خوشه C دانشجویان محسوب شود و می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های جسمی با منشا روانی و همچنین اختلالات شخصیتی در نظر گرفته شود. بهتر است اختلالات شخصیت در دانشجویان و نیز شاغلین پرستار تشخیص داده شده و برای کاهش و پیشگیری از تأثیر این اختلال بر زندگی شخصی و عملکرد شغلی، آنان را به سمت آموزش راهبردهای تنظیم شناختی راهنمایی کرد.

عدم تمایل برخی از دانشجویان در ارائه پاسخ صحیح به پرسشنامه‌ها (به خصوص در پاسخ‌دهی به سؤالات جنسی در پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی)، علی‌رغم این‌که به آن‌ها اطمینان خاطر داده شده بود که این پاسخ‌ها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر مشخصات فردی

نیست، باعث گرفتن وقت و نمونه بیشتر شد، همچنین ممکن است شرم در پاسخ به این سؤالات نیز بر نتیجه پژوهش تأثیر گذاشته باشد. ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها و عدم استفاده از مصاحبه‌های روان‌شناختی ساختاریافته از جمله محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود، بنابراین نتایج پژوهش حاضر همچون بسیاری از پژوهش‌های دیگر به دلیل استفاده از پرسشنامه و ابزارهای خودگزارشی، ممکن است به جای رفتار واقعی، شرکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های با هدف کسب تأیید اجتماعی و یا ترس از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کرده باشد، در نتیجه باید در استفاده از تفسیر یافته‌های پژوهش جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین برای به دست آوردن اطلاعات دقیق درباره‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی نیاز به برقراری ارتباط قوی‌تر و انجام مصاحبه‌های پی‌درپی می‌باشد که با توجه به شرایط پژوهش‌گر و همچنین آزمودنی‌ها و همچنین کمبود زمان، این امکان میسر نشد.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته شده از یک پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد. نویسندگان مقاله از معاونت محترم پژوهشی و فناوری آن دانشگاه و همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش که در اجرای این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psych*. 2004;65(7):948-58.
2. Daroff RB, Aminoff MJ. Encyclopedia of the neurological sciences. Academic press; 2014 Apr 29.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
4. Barlow D, Durand V. Abnormal psychology: An integrative approach. Nelson Education; 2011 Feb 3.
5. Eskedal GA, Demetri JM. Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *J Ment Health Couns*. 2006;28(1):1-7.
6. Benjamin LS. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. Guilford Press; 2002 Dec 18.
7. Gratz KL, Tull MT, Reynolds EK, Bagge CL, Latzman RD, Daughters SB, Lejuez CW. Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self-and emotion-regulation deficits. *Develop Psychopath*. 2009;21(4):1263-91.
8. Hageman TK, Francis AJ, Field AM, Carr SN. Links between childhood experiences and avoidant personality disorder symptomatology. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2015;15(1):101-16.
9. Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J, Correa JA. Using a sibling design to compare childhood adversities in female patients with BPD and their sisters. *Child maltreatment*. 2012;17(4):318-29.
10. Vettese LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *Int J Ment Health Addic*. 2011;9(5):480-91.
11. Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *J Anx Disord*. 2009;23(8):1037-46.
12. Bandelow T, Borwin Krause B, Wedekind J. Emotional maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Psychiat Res*. 2005;134:169-79.
13. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community, community oriented practice. 2nd ed. London: Mosby Elsevier. 2006.
14. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*. 2004;28(7):771-84.
15. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Peta I, McPherson K, Greene A. Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 2010;9:2010.
16. Currie J, Spatz Widom C. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child maltreatment*. 2010;15(2):111-20.
17. Miller-Perrin CL, Perrin RD. Child maltreatment: An introduction. Sage Publications; 2012.
18. Al-Anani HA. The Relationship between Parental Abuse and Psychological Safety of the Children at the City of Amman and the Central Valleys of Jordan. *Int Educ Stud*. 2015;8(1):46-58.
19. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Person Indiv Differ*. 2019;137:56-61.
20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Person Indiv Differ*. 2001;30(8):1311-27.

21. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev.* 2002;22(2):189-222.
22. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *J Aggr Maltreat Trauma.* 2010;19(8):801-19.
23. Pourshahriar H, Alizade H, Rajaeinia K. Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Style and Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2018;24(2):148-63. [Persian]
24. Carr S, Francis A. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist.* 2009;44(3):146-55.
25. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS spectrums.* 2003;8(10):737-54.
26. Bijari AF, Hosseini SH, Nasiri M. The Relationship between Childhood Trauma, Attachment Style and Self-Knowledge in People with Borderline Personality Disorder. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 2016;18(7):14-8. [Persian]
27. Moosavihondori T, Mahmoud-Alilou M, Madani Y. Structural Relationship between Child Abuse and Emotion Dysregulation with Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychology.* 2018;22:188-201. [Persian]
28. Mahdavi Aghdam MR, Mahmoud Aliloo M, Rezaee O. Relationship between different types of childhood abuse and cluster B personality disorders. *Urmia Med J.* 2013;24(3):210-8. [Persian]
29. Khanjani Z, Husseininasab SD, Kazemi A, Panahali A. Attachment Styles and Personality Disorders: An Analysis of the Relationship between Insecure Attachment Style and Cluster B and C Personality Disorders. *Clinical Psychology Studies.* 2012; 2(7): 103-26. [Persian]
30. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect.* 2015;39:147-55.
31. Hosseini MA, Farzadmehr M, noorabadi Z, alamdarloo A. Relationship between happiness and productivity among nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management.* 2016;5(2):59-65. [Persian]
32. Godin I, Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med.* 2004;58(8):1543-53.
33. Ghaddar A, Mateo I, Sanchez P. Occupational stress and mental health among correctional officers: a cross-sectional study. *J Occup Health.* 2008;50(1):92-8.
34. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety.* 2000;12(1):1-12.
35. Jeon JR, Lee EH, Lee SW, Jeong EG, Kim JH, Lee D, Jeon HJ. The early trauma inventory self report-short form: psychometric properties of the Korean version. *Psychiatry investigation.* 2012;9(3):229-35.
36. Aminabadi Z. Factor structure and validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Int J Behav Sci.* 2012;5(4):365-71. [in Persian]
37. Millon T, Davis RD. Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Minneapolis. MN: National Computer Systems. 1994.
38. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. Diagnostic validity of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Science and Research in Psychology.* 2007;34:27-38. [in Persian]
39. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electr J Bus Res Meth.* 2008; 6(1): 53-60.
40. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Grilo CM, McGlashan TH. Childhood maltreatment associated with adult

- personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Person Dis.* 2004;18(2):193-211.
41. Lavasani AA, Soltani MA. Association between Maltreatment in Childhood and Emotional Divorce: Mediating Role of Attachment Styles, Early Maladaptive Schemas and Difficulty in Emotional Regulation. *JHPM.* 2017;6(4):49-58. [Persian]
 42. Nazari H, Farhadi A. Predicting Depression Symptoms Following Childhood Psychological Maltreatment: The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas and Difficulties in Emotion Regulation. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.* 2016;26(136):85-98. [Persian]
 43. Asgarpour F, Karbalaei-Miguni A, Taghilu S. The mediating role of childhood injury in the relationship between parenting styles and adaptive cognitive emotion regulation in working children. *Journal of Applied Psychology.* 2016; 9(1): 103-21. [Persian]
 44. Christoffersen MN, Poulsen HD, Nielsen A. Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(5):350-8.
 45. Robinson LR. Relations between parenting, family context, and emotion regulation in the development of psychopathology in young maltreated children. Master of Science Dissertations, University of New Orleans. 2006.
 46. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affec disord.* 2018;225:306-12.
 47. Jang KI, Lee SH, Huh HJ, Chae JH. Influence of the 5-HT3A receptor gene polymorphism and childhood sexual trauma on central serotonin activity. *PLoS one.* 2015;10(12):e0145269.
 48. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch General Psych.* 1999;56(7):600-6.
 49. Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY. Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *J Person Disord.* 2001;15(6):505-11.
 50. Trull TJ, Widiger TA, Lynam DR, Costa Jr PT. Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *Focus.* 2005;112(3):193-464.
 51. Lobbstaël J, Arntz A. Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. *Behav Res Therapy.* 2010;48(2):116-24.
 52. Ireland MJ, Clough BA, Day JJ. The cognitive emotion regulation questionnaire: Factorial, convergent, and criterion validity analyses of the full and short versions. *Person Individ Differ.* 2017;110:90-5.
 53. Nolen-Hoeksema S, Blair EW, Sonja L. Rethinking rumination. *Perspec Psycholog Sci.* 2008; 3(5): 400-24.
 54. Seligman M, Rosenhan D, Walker A. Psychopathology (Volume II). Translated by Reza Rostami, Ali Niloufari and Mina Ghobad. Tehran: Nasl e Fara. 2011. [Persian]
 55. Alink LR, Cicchetti D, Kim J, Rogosch FA. Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother-child relationship quality and emotion regulation. *J Abnor Child Psychol.* 2009;37(6):831-43.
 56. Kam CM, Greenberg MT, Bierman KL, Coie JD, Dodge KA, Foster ME, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE, Conduct Problems Prevention Research Group. Maternal depressive symptoms and child social preference during the early school years: Mediation by maternal warmth and child emotion regulation. *J Abnor Child Psychol.* 2011;39(3):365-77.
 57. Supplee LH, Skuban EM, Shaw DS, Prout J. Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. *Develop Psychopathol.* 2009;21(2):393-415.

58. Brophy-Herb HE, Zajicek-Farber ML, Bocknek EL, McKelvey LM, Stansbury K. Longitudinal connections of maternal supportiveness and early emotion regulation to children's school readiness in low-income families. *J Society Social Work Res.* 2013;4(1):2-19.
59. Samuelson KW, Krueger CE, Wilson C. Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive functioning in families exposed to intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2012;27(17):3532-50.
60. Bratec SM, Xie X, Schmid G, Doll A, Schilbach L, Zimmer C, Wohlschläger A, Riedl V, Sorg C. Cognitive emotion regulation enhances aversive prediction error activity while reducing emotional responses. *Neuroimage.* 2015;123:138-48.
61. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *J Health Social Behav.* 2001:184-201.
62. Basta SM, Peterson RF. Perpetrator status and the personality characteristics of molested children. *Child Abuse Negl.* 1990;14(4):555-66.
63. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin.* 1992;112(1):64.
64. Harter SL, Taylor TL. Parental alcoholism, child abuse, and adult adjustment. *J Subst Abuse.* 2000;11(1):31-44.
65. Wilson HW, Samuelson SL, Staudenmeyer AH, Widom CS. Trajectories of psychopathology and risky behaviors associated with childhood abuse and neglect in low-income urban African American girls. *Child Abuse Negl.* 2015;45:108-21.
66. Vilhena-Churchill N, Goldstein AL. Child maltreatment and marijuana problems in young adults: Examining the role of motives and emotion dysregulation. *Child Abuse Negl.* 2014;38(5):962-72.
67. Homaenejad H, Karbalaemohammadmeigouni A, Taghilo S. The Structural Model of Childhood Trauma, Cognitive Emotion Regulation Strategies and Borderline Personality symptoms. *Journal of Clinical Psychology.* 2019; 10(3): 35-48. [Persian]
68. Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, Witthöft M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Person Individ Differ.* 2016;98:218-24.
69. Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association.* 2012;7(1):61-72. [Persian]