

Research Article

The Relationship Between PTSD and Sluggish Cognitive Tempo in Individuals with ADHD Symptoms: Child Abuse and Experience Avoidance

N. Karimi¹, F. Yaryari^{2*} & M. Shahgholian³

1. MA of general psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Email: nargeskarimi3636@gmail.com
2. Associate Professor, Department of General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Email: fyaryari@yahoo.com.
3. Assistant Professor, Department of General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran. Email: mshahgholian@gmail.com

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the relationship between post-traumatic stress disorder and Sluggish cognitive tempo in individuals with ADHD Symptoms with emphasis on the moderating role of child abuse and the mediating role of experiential avoidance. **Method:** In this correlational study, the statistical population included 312 patients with ADHD in the age range of 18 to 60 years-old in Isfahan who had Barkley Adult ADHD rating scale (BAARS) of $Z=+1$ scores. Then, in order to assess the moderating role of child abuse, the subjects were divided into two separate groups ($Z < 0$ including those who were not diagnosed with child abuse and $Z > 0$ including those who were diagnosed with child abuse). **Results:** The results showed that child abuse modulates the relationship between post-traumatic stress disorder and Sluggish cognitive tempo ($t = 1.97, P < 0.05$) and experience avoidance does not mediate this relationship (The standard coefficient of indirect effect in the group who experienced child abuse is equal to 0.17 ($P = 0.466$), and in the group without that experience is equal to 0.12 ($P = 0.411$)). **Conclusion:** According to the research findings, child abuse affects the relationship between post-traumatic stress disorder and Sluggish cognitive tempo and therefore can play a role in the development of Sluggish cognitive tempo.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child Abuse, Experimental Avoidance, Post Traumatic Stress Disorder, Sluggish Cognitive Tempo

Citation: Karimi, N., Yaryari, F., & Shahgholian, M. (2022). The Relationship between PTSD and Sluggish cognitive tempo in individuals with ADHD Symptoms: Child Abuse and Experience Avoidance. *Quarterly of Applied Psychology, 16* (1):47-70.

مقاله پژوهشی

رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی در افراد با علائم نقص توجه - بیش‌فعالی: تجربه کودک‌آزاری و اجتناب تجربه‌ای

نرگس کریمی^۱، فریدون یاریاری^{۲*} و مهناز شاهقلیان^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: nargeskarimi3636@gmail.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: fyaryari@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. ایمیل: mshahgholian@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه اختلال استرس پس از سانحه با علائم کندی زمان شناختی در افراد با علائم نقص توجه - بیش‌فعالی با تأکید بر نقش تعدیل‌کننده تجربه کودک‌آزاری و نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای صورت گرفت. **روش:** در این پژوهش همبستگی، جامعه آماری شامل 312 نفر از مبتلایان به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و در شهر اصفهان بود که در مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS) دارای نمرات $Z=+1$ بودند. سپس به‌منظور سنجش نقش تعدیل‌کنندگی کودک‌آزاری، آزمودنی‌ها در دو گروه مجزا ($Z<0$ شامل افرادی که تشخیص کودک‌آزاری نگرفتند و $Z>0$ شامل افرادی که تشخیص کودک‌آزاری گرفتند) قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد کودک‌آزاری رابطه اختلال استرس پس از سانحه با علائم کندی زمان شناختی را تعدیل می‌کند ($t=1/97, P<0/05$) و اجتناب تجربه‌ای این رابطه را میانجی نمی‌کند (ضریب استاندارد اثر غیرمستقیم در گروه کودک‌آزاری برابر با $0/17, P=0/466$)، و در گروه عدم کودک‌آزاری برابر با $0/12, P=0/411$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، کودک‌آزاری رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این‌رو در بروز علائم کندی زمان شناختی می‌تواند نقش داشته باشد.

کلید واژه‌ها: اجتناب تجربه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، کندی زمان شناختی، کودک‌آزاری

استناد به این مقاله: کریمی، نرگس، یاریاری، فریدون، و شاهقلیان، مهناز. (۱۴۰۱). رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی در افراد با علائم نقص توجه - بیش‌فعالی: تجربه کودک‌آزاری و اجتناب تجربه‌ای. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۶ (۱ پیاپی ۶۱): ۷۰-۴۷.

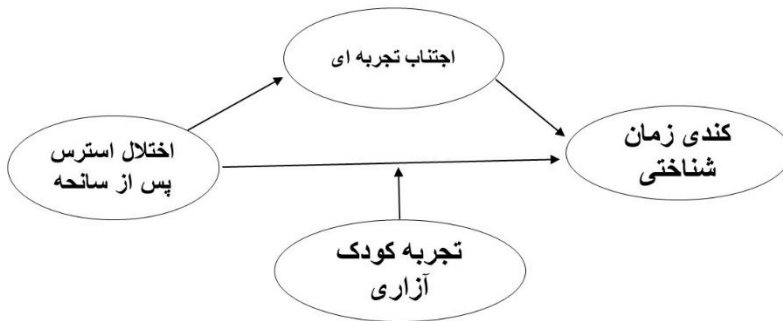
مقدمه

اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی یک اختلال عصب‌رشدی درمیان کودکان و نوجوانان است که می‌تواند تا بزرگسالی ادامه داشته باشد (کوینتر و همکاران، ۲۰۱۸). کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی نسبت به جمعیت عمومی به‌احتمال بیشتری در معرض کودک‌آزاری و غفلت قرار می‌گیرند (براون و همکاران، ۲۰۱۶). در نتیجه این کودکان نسبت به سایر کودکان دیگر بیشتر امکان دارد در معرض خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار گیرند (سیستاد و همکاران، ۲۰۲۱؛ ایفلند و همکاران، ۲۰۱۹؛ برسلو و همکاران، ۲۰۱۴). یادآوری خاطرات کودک‌آزاری و ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند باعث رنج در فرد شود. در نتیجه این افراد در بزرگسالی برای فرار از خاطرات و تصاویر تکرارشونده و دردناک گذشته، دست به اجتناب تجربه‌ای بزنند. در واقع اجتناب تجربه‌ای در بزرگسالی به آن‌ها کمک می‌کند تا در کوتاه‌مدت، بی‌زاری و رنج حاصل از خاطرات تکرارشونده را کاهش دهند. با این حال در بلندمدت، استفاده از اجتناب تجربه‌ای برعکس عمل می‌کند و باعث حفظ و تداوم بیشتر علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (آلیش و همکاران، ۲۰۲۰؛ آلیس، اورکت، ۲۰۲۰؛ کامرون، پالم، فولت، ۲۰۱۰).

کندی زمان شناختی با رؤیایپردازی بیش‌ازحد، هوشیاری متناقض، سردرگمی ذهنی و مه‌آلودگی ذهنی، کندی در رفتار و تفکر، بی‌حالی، خواب‌آلودگی و خواب بیش‌ازحد مشخص می‌شود (بکر و همکاران، ۲۰۱۶) و با اختلالات روانی، اجتماعی و تحصیلی منفی (فلانری، بکر، لوب، ۲۰۱۶؛ وود و همکاران، ۲۰۱۷)، انزوایطلبی (ویلکات و همکاران، ۲۰۱۳)، افزایش تمایل به رفتارهای خودکشی (بکر، هالدووی، لوب، ۲۰۱۸)، نشخوار فکری و سرگردانی ذهنی بخصوص حوزه رؤیایپردازی (فردریک و همکاران، ۲۰۲۰) ارتباط بالایی دارد. به دلیل آن که مدت‌زمان زیادی نسبت که کندی زمان شناختی شناخته شده است هنوز ابهامات زیادی درباره آن وجود دارد بطور مثال در ابتدا گمان می‌شد که کندی زمان شناختی نوعی از اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از نوع غالباً بی‌توجه است، با این حال امروزه مشخص شده است که از اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی متمایز است (بکر، مارشال، مک برنت، ۲۰۱۴؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰). همچنین مطالعات اخیر نشان دادند که کندی زمان شناختی با ارتباط کودک با والدینش و تجربه کودک‌آزاری ارتباط دارد. بطور مثال مطالعه موسیقیارو و همکارانش (۲۰۲۰) که بر روی کودکان انجام شد نشان داد ترومای بین فردی در کودکان با کندی زمان شناختی رابطه دارد. همچنین مطالعه فردریک و همکارانش (۲۰۱۸) نشان داد جو احساسی منفی بین والدین یا والدین با کودک می‌تواند با کندی زمان شناختی رابطه داشته باشد.

با توجه به مطالعات پیشین که نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی به نسبت سایر کودکان دیگر بیشتر ممکن است در معرض کودک‌آزاری باشند و تجربه کودک‌آزاری می‌تواند علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی را در کودک تشدید کند و کودک را مستعد به اختلال استرس پس از سانحه و استفاده از اجتناب تجربه‌ای در آینده کند (براون و همکاران، ۲۰۱۶) و با توجه به مطالعاتی که اخیراً به نقش عوامل محیطی همچون رابطه کودک- والد و ترومای بین فردی در کودکان در رابطه با کندی زمان شناختی اشاره می‌کنند لذا در پژوهش حاضر پژوهشگر این سؤال را مطرح می‌کند و به این‌خلاق پژوهشی می‌پردازد که ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بزرگسالی و به دنبال آن استفاده از اجتناب تجربه‌ای می‌تواند با علائم کندی زمان شناختی رابطه داشته باشد. در این راستا به‌منظور کنترل نقش اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی که با کندی زمان شناختی و کودک‌آزاری رابطه دارد، پژوهش بر روی افراد دارای علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی انجام شد. با توجه به آن‌که کندی زمان شناختی می‌تواند با اختلالات روانی، اجتماعی و تحصیلی منفی (فلانری، بکر، لوب، ۲۰۱۶؛ وود و همکاران، ۲۰۱۷) و انزوایابی در فرد همراه باشد (ویلیکات و همکاران، ۲۰۱۳)، که در آخر فرد را به سمت رفتارهای خودکشی سوق می‌دهد (بکر، هالدووی، لوب، ۲۰۱۸) در نتیجه می‌تواند برای فرد، خانواده و جامعه آسیب‌های روانی و هزینه‌های زیادی به همراه داشته باشد و از طرفی با توجه به آن‌که کندی زمان شناختی به تازگی شناخته‌شده است و هنوز ابهامات زیادی درباره آن وجود دارد در نتیجه شناسایی عوامل زیربنایی دخیل در کندی زمان شناختی می‌تواند به تدوین راهبردهایی در جهت پیشگیری و درمان مؤثرتر کمک کند. با توجه به آن‌که مطالعات گذشته به رابطه تجربه کودک‌آزاری در کندی زمان شناختی در کودکان پرداختند با این حال این‌خلاق پژوهشی وجود دارد که قربانیان کودک‌آزاری در بزرگسالی تا چه میزان علائم کندی زمان شناختی را تجربه خواهند کرد؛ در نتیجه در پژوهش حاضر علاوه بر مؤلفه کودک‌آزاری به ارتباط دو مؤلفه اختلال استرس پس از سانحه و اجتناب تجربه‌ای در رابطه با کندی زمان شناختی در بزرگسالی پرداختیم و پژوهش بر روی افراد دارای علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی انجام گرفت و اثر این متغیر کنترل شد. همچنین با وجود آن‌که بعنوان یک ارزیابی اولیه اثر تعدیل‌کنندگی کودک‌آزاری بر تمام روابط آزمون شد، با این حال مسئله اصلی پژوهشگر بررسی نقش تعدیل‌کنندگی کودک‌آزاری بر روی رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی بود. در نتیجه هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربه‌ای و نقش تعدیل‌گر کودک‌آزاری در رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی در افراد دارای علائم اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بود و این سؤالات مطرح شد:

۱. آیا کودک‌آزاری می‌تواند رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را تعدیل کند؟
۲. آیا اجتناب تجربه‌ای می‌تواند رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را میانجی کند؟



روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بزرگسالان در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال و دارای علائم اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ است که به اینستاگرام، تلگرام و یا واتس‌آپ دسترسی داشته‌اند. در روند غربالگری داده‌ها، ابتدا ۴۰ شرکت‌کننده که در مؤلفه انکار پرسشنامه کودک‌آزاری دارای نمره بالاتر از ۱۲ بودند از تحلیل کنار گذاشته شدند. با این اقدام تعداد شرکت‌کننده‌ها به ۱۰۲۶ نفر رسید. سپس، نمره کل هر یک از افراد در پرسشنامه اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی محاسبه شد و نمرات آنان تبدیل به نمره Z گردید. در ادامه، کسانی که در مقیاس درجه‌بندی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی بزرگسالان بارکلی (BAARS) دارای نمرات $Z = +1$ بودند (شامل ۳۲۰ شرکت‌کننده) وارد ادامه تحلیل شدند، اما مابقی افراد از تحلیل کنار گذاشته شدند. در گام بعد، نمره Z افراد در پرسشنامه کودک‌آزاری محاسبه شد و ۱۶۲ شرکت‌کننده که دارای نمرات $Z > 0$ بودند به‌عنوان گروه دارای نمرات بالا در متغیر کودک‌آزاری در نظر گرفته شدند (البته پس از کنار گذاشتن ۶ نفر از آنان که دارای داده پرت زیادی بودند ۱۵۶ نفر وارد تحلیل نهایی شدند). همچنین ۱۵۸ شرکت‌کننده که دارای نمرات $Z < 0$ بودند به‌عنوان گروه دارای نمرات پایین در متغیر کودک‌آزاری در نظر گرفته شدند (پس از کنار گذاشتن ۲ نفر از آنان که دارای داده پرت زیادی بودند ۱۵۶ نفر وارد تحلیل نهایی شدند). بدین‌صورت دو گروه دارای نمرات کودک‌آزاری

بالا و پایین تشکیل شد و مدل مفهومی پژوهش در هر یک از این دو به صورت جداگانه مورد آزمون و ارزیابی قرار گرفت. برای حجم نمونه کلاین (۲۰۱۱) تعداد ۵ تا ۱۰ شرکت کننده به ازای هر پارامتری که باید تخمین زده شود را پیشنهاد می کند. با توجه به وجود ۳۱۲ شرکت کننده و ۱۹ نشانگر در پژوهش حاضر، بنابراین به ازای هر پارامتر حدود ۱۶ شرکت کننده حضور دارد. از این رو می توان نتیجه گرفت که پژوهش حاضر از نمونه مکفی برخوردار است. در این پژوهش معیارهای ورود عبارت بود از: کلیه شهروندان شهر اصفهان که دسترسی به فضای مجازی داشتند. و معیارهای خروج عبارت بود از: محدوده سنی ۱۸ سال به پایین، عدم وجود علائم اختلال نقص توجه- بیش فعالی توسط مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه- بیش فعالی بزرگسالان بارکلی (BAARS)، کسب نمره بالاتر از ۱۲ در مؤلفه انکار پرسشنامه کودک آزاری. تمامی این معیارها در راستای اهداف پژوهشی و به منظور حذف عوامل مداخله گر در تحقیق، تدوین شد. تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. بعد از این که غربالگری داده ها صورت گرفت، در بخش توصیفی، شاخص های فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرها به تفکیک دو گروه محاسبه گردید. در بخش استنباطی، آزمون های همبستگی و معادلات ساختاری استفاده شد، بدین صورت که ابتدا مفروضه های آزمون معادلات ساختاری ارزیابی گردید؛ در گام بعدی به آزمون مدل اندازه گیری و اصلاح آن، و آزمون مجدد آن پرداخته شد؛ سپس برای آزمون فرضیه های پژوهش، مدل ساختاری مورد آزمون قرار گرفت؛ بعد از آن آزمون بوت استراب برای ارزیابی روابط میانجی استفاده شد؛ و در نهایت از برنامه ماکرو برای آزمون اثر تعدیل استفاده شود. برای انجام تحلیل ها از نرم افزارهای SPSS-۲۳، AMOS-۲۳ و برنامه "ماکرو" استفاده شد.

ابزار

مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه- بیش فعالی بزرگسالان بارکلی^۱: یک ابزار خود گزارشی برای افراد ۱۸ تا ۷۰ سال به بالا که شامل چهارمین ویرایش مقیاس درجه بندی اختلال نقص توجه- بیش فعالی بزرگسالان است و دارای ۳۰ سؤال با ۴ خورده مقیاس می باشد که عبارت اند از نارسایی توجه (۹ سؤال)، فزون کنشی (۵ سؤال)، تکانشگری (۴ سؤال) و کندی زمان شناختی (۹ سؤال) علاوه بر این حاوی سه سؤال پایانی برای بررسی سن شروع و چگونگی کنشوری در موقعیت های گوناگون است. نحوه پاسخدهی به این مقیاس بر اساس طیف

^۱ Barkley Adult ADHD Rating Scale (BAARS)

چهاردرجه‌ای لیکرت (هرگز تا همیشه) می‌باشد. پس از تکمیل آن یک نمره کلی که از جمع جبری ۱۸ سؤال اول است به دست می‌آید (به‌جز سؤالات مربوط به خرده مقیاس کندی زمان شناختی) و همچنین برای خرده مقیاس‌ها ۴ نمره به دست می‌آید. برای به دست آوردن نمره تعداد نشانه‌های اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی از جمع جبری تعداد سؤال‌هایی که پاسخ اغلب یا همیشه داشته‌اند، استفاده می‌شود. البته به‌جز سؤال‌های مربوط به مقیاس کندی زمان شناختی. اجرای این مقیاس به‌طور معمول ۵ تا ۷ دقیقه طول می‌کشد. بارکلی ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه ۰/۹۰، برای فزون‌کنشی ۰/۷۷ و برای تکانش‌گری ۰/۸۰ گزارش کرده است. ضریب اعتبار بازمایی برای کل مقیاس ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس نارسایی توجه ۰/۶۶، فزون‌کنشی ۰/۷۲ و تکانش‌گری ۰/۷۶ گزارش شده است (بارکلی، ۲۰۱۱). در فرم فارسی مقیاس (BAARS) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های نارسایی توجه ۰/۸۲، فزون‌کنشی ۰/۷۲، تکانش‌گری ۰/۷۰ و کندی زمان شناختی ۰/۸۳ گزارش شده است. ضرایب همبستگی با نمره کلی مقیاس برای نارسایی توجه ۰/۸۷، فزون‌کنشی ۰/۸۰، تکانش‌گری ۰/۷۴ و کندی شناختی ۰/۶۸ می‌باشد (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ کل گویه‌های پرسشنامه اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی برابر با ۰/۹۱، و برای مؤلفه کندی زمان شناختی برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم: این پرسشنامه جهت سنجش پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که توسط بوند و همکارانش ساخته و اعتباریابی شده است. این نسخه که ده ماده دارد، از پرسشنامه اصلی که توسط هایز و همکارانش به‌منظور ارزیابی اجتناب تجربه‌ای ساخته شده، طراحی شده است. گویه‌ها توسط مقیاس لیکرت (۱ هرگز درست نیست، ۷ همیشه درست است) می‌باشد و نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و ضریب بازمایی این مقیاس به فاصله ۳ تا ۱۲ ماه، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ می‌باشد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در نسخه فارسی این مقیاس نیز عباسی و همکارانش (۲۰۱۳)، همسانی ۰/۷۱ - ۰/۸۹ را در گروه‌های بالینی و غیر بالینی گزارش دادند. روایی آن نیز توسط مقیاس‌های افسردگی بک، سلامت روان و دشواری تنظیم هیجان مورد بررسی قرار گرفته است و در حد مطلوبی است. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

¹ Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)

پرسشنامه ضربه کودکی! این مقیاس که برای دامنه سنی ۱۲ سال به بالا قابل اجراست، دارای ۲۵ سؤال است که در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (برای هرگز عدد ۱ و برای همیشه عدد ۵) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه پنج حوزه تجارب آسیب‌زا را که شامل سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی است را پوشش می‌دهد. دامنه نمره‌ها برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس غفلت هیجانی ۰/۹۱ و غفلت فیزیکی ۰/۷۸ گزارش شده است (برن آستین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران ابراهیمی و همکارانش آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های غفلت هیجانی و فیزیکی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (ابراهیمی، دژکام، صغات الاسلام، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه کودک‌آزاری برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه^۲ یک پرسشنامه ۱۷ سؤالی است که سه دسته از علائمی که در DSM برای این اختلال نام‌برده شده را پوشش می‌دهد که شامل علائم اجتنابی (۷ ماده)، علائم برانگیختگی شدید (۵ ماده) و علائم تجربه مجدد (۵ ماده) می‌باشد. روش نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت می‌باشد و نقطه برش آن در اکثر پژوهش‌ها ۳۵ در نظر گرفته شده است و نمره کل ماده‌ها به عنوان نمره هر فرد محسوب می‌شود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های گوناگون مورد ارزیابی قرار گرفته است (بلانچارد و همکاران، ۱۹۹۶؛ روزیرو و همکاران، ۲۰۰۳) و همچنین روایی و پایایی آن در ایران هم مورد تأیید قرار گرفته است (گودرزی، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه استرس پس از سانحه برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱. فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان در سطوح مختلف متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	کودک‌آزاری		عدم کودک‌آزاری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت				
مرد	۲۲	۱۴/۱	۳۲	۲۰/۵
زن	۱۳۴	۸۵/۹	۱۲۴	۷۹/۵
سن				
۱۵ - ۲۰ سال	۵۴	۳۴/۶	۴۳	۲۷/۶
۲۱ - ۳۰ سال	۳۶	۲۳/۱	۳۳	۲۱/۲

^۱ Childhood trauma questionnaire (CTQ)

^۲ posttraumatic Stress disorder Scales

۲۵/۶	۴۰	۱۹/۲	۳۰	۴۰ - ۳۱ سال	
۱۷/۹	۲۸	۱۸/۶	۲۹	۵۰ - ۴۱ سال	
۷/۷	۱۲	۴/۵	۷	۶۰ - ۵۱ سال	
۲۸/۸	۴۵	۲۵	۳۹	تحصیلات کارشناسی و پایین‌تر	
۳۵/۳	۵۵	۳۵/۳	۵۵	کارشناسی	
۳۵/۹	۵۶	۳۹/۷	۶۲	کارشناسی ارشد و دکتری	
۲/۶	۴	۱/۳	۲	وضعیت مطلقه	
۵۲/۶	۸۲	۴۲/۹	۶۷	تأهل متأهل	
۴۴/۹	۷۰	۵۵/۸	۸۷	مجرد	

طبق جدول ۱، در هر دو گروه از نظر توزیع جنسیتی بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان زن بودند؛ از نظر توزیع سنی بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در سن ۱۸ - ۲۰ سال بودند؛ از نظر توزیع تحصیلی بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان در مقطع کارشناسی ارشد و دکتری بود؛ و از نظر وضعیت تأهل بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان مجرد و متأهل بودند و تعداد مطلقه‌ها بسیار اندک بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	n
کندی زمان	کودک‌آزاری	۲۸/۹۵	۲/۵۳	-۰/۶۴	-۰/۵۱	۱۵۶
شناختی	عدم کودک‌آزاری	۲۸/۴۰	۲/۸۹	-۱/۱۳	۱/۹۲	۱۵۶
استرس پس از	کودک‌آزاری	۶۲/۹۸	۸/۲۴	-۰/۷۹	-۰/۰۳	۱۵۶
سانحه	عدم کودک‌آزاری	۶۵/۵۳	۱۰/۱۶	-۰/۱۷	-۰/۴۱	۱۵۶
اجتناب تجربی	کودک‌آزاری	۱۱/۷۶	۵/۰۴	۱/۳۸	۱/۴۸	۱۵۶
	عدم کودک‌آزاری	۱۶/۹۴	۸/۴۷	۱/۰۳	۰/۵۲	۱۵۶

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده میانگین و انحراف استاندارد هر یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه کودک‌آزاری و عدم کودک‌آزاری است. علاوه بر این، چولگی و کشیدگی متغیرها به تفکیک گروه‌ها ذکر شده است که در بازه ۲+ تا ۲- قرار دارند بنابراین متغیرها توزیع طبیعی دارند. در پژوهش حاضر تنها یک متغیر مستقل (برون‌زا) وجود داشت، از این‌رو نیازمند به ارزیابی مفروضه هم خطی چندگانه نبود. همچنین میزان همبستگی بین نشانگرهای متغیر برون‌زا بالای ۰/۸۵ نبود؛ لذا مفروضه هم خطی چندگانه نیز برقرار نبود.

جدول ۳. ضرایب همبستگی میان متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه کودک آزاری و عدم کودک آزاری

متغیر	گروه	کندی زمان شناختی	استرس پس از آسیب
استرس پس از سانحه	کودک آزاری	** ۰/۴۴ (p<۰/۰۰۱)	-
	عدم کودک آزاری	** ۰/۳۹ (p۰/۰۰۱)	-
اجتناب تجربه‌ای	کودک آزاری	** -/۴۸ (p۰/۰۰۱)	** -۰/۶۷ (p۰/۰۰۱)
	عدم کودک آزاری	** -۰/۴۰ (p۰/۰۰۱)	** -۰/۶۷ (p۰/۰۰۱)

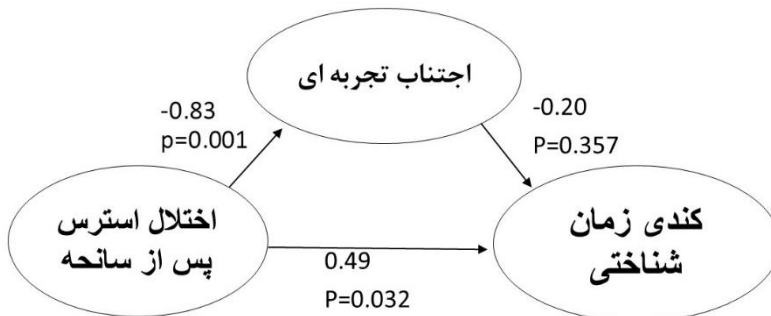
طبق جدول ۳، همبستگی میان استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی در هر دو گروه کودک آزاری و عدم کودک آزاری مثبت و معنادار بود. علاوه بر این، همبستگی بین استرس پس از سانحه و اجتناب تجربی در هر دو گروه کودک آزاری و عدم کودک آزاری منفی و معنادار بود. همچنین، همبستگی بین اجتناب تجربی و کندی زمان شناختی نیز در هر دو گروه کودک آزاری و عدم کودک آزاری منفی و معنادار بود.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل ساختاری به تفکیک گروه‌های کودک آزاری و عدم کودک آزاری

شاخص برازندگی	دامنه	مقدار به دست آمده
	قابل پذیرش	کودک آزاری
شاخص خی دو (CMIN)	-	۱۱۸/۰۲
CMIN/ df	کمتر از ۳	۱/۸۷
شاخص نرم شده برازندگی (NFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۸۹
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۴
شاخص توکر لویس (TLI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۱
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۰
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۷۵

در مرحله ارزیابی مدل اندازه‌گیری، نشانگر چهارم متغیر اختلال استرس پس از سانحه در گروه کودک‌آزاری و نشانگرهای اول، ششم و دهم متغیر اجتناب تجربه‌ای در هر دو گروه کودک‌آزاری و عدم کودک‌آزاری و نشانگر دوم متغیر کندی زمان شناختی در هر دو گروه کودک‌آزاری و عدم کودک‌آزاری دارای بارعاملی پایین‌تر از مقدار قابل قبول بودند ($\lambda < 0.3$)، بنابراین این نشانگرها از مدل اندازه‌گیری حذف شدند و مدل اندازه‌گیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت که شاخص‌های برازش آن در دامنه قابل قبولی قرار گرفت.

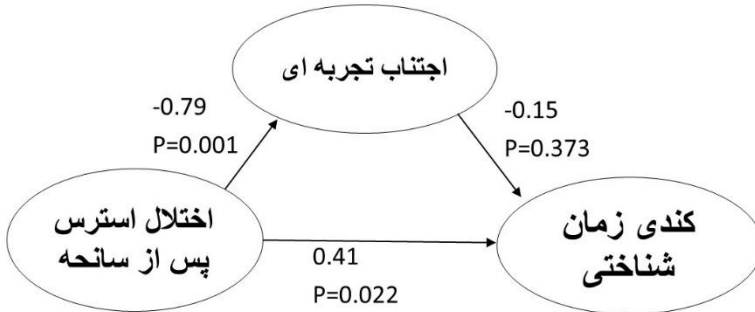
طبق جدول ۴، شاخص‌های برازش مدل ساختاری برای هر دو گروه کودک‌آزاری و عدم کودک‌آزاری نشانگر برازش مناسب مدل است. مقادیر شاخص‌های برازش در گروه عدم کودک‌آزاری مطلوب‌تر از گروه کودک‌آزاری است که نشانگر برازش مطلوب‌تر مدل در این گروه است. با این حال، برازش مدل ساختاری در هر دو گروه قابل قبول است، و در ادامه باید به بررسی نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخت. نتایج ارزیابی مدل ساختاری در شکل ۱ (گروه کودک‌آزاری) و شکل ۲ (گروه عدم کودک‌آزاری) قابل مشاهده است.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب استاندارد (گروه کودک‌آزاری)

شکل ۱ مدل ساختاری در حالت ضرایب استاندارد (همراه با معناداری ضرایب) را برای مدل گروه کودک‌آزاری به تصویر می‌کشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در گروه کودک‌آزاری اثر علی استرس پس از سانحه بر اجتناب تجربی با ضریب استاندارد -0.83 معنادار بود ($P \leq 0.01$)؛ اثر علی استرس پس از سانحه بر کندی زمان شناختی با ضریب استاندارد 0.49 معنادار بود ($P = 0.032$)؛ ولی اثر علی اجتناب تجربی بر کندی زمان شناختی با ضریب استاندارد -0.20 معنادار نبود ($P = 0.357$). علاوه بر این، در گروه کودک‌آزاری مدل پژوهش حاضر ۷۰ درصد از

واریانس اجتناب تجربی و ۴۵ درصد از واریانس کندی زمان شناختی را تبیین کرد، که مقادیر مطلوبی در قدرت تبیین‌گری یک مدل پژوهشی است.



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب استاندارد (گروه عدم کودک‌آزاری)

شکل ۲ مدل ساختاری در حالت ضرایب استاندارد (همراه با معناداری ضرایب) را برای مدل گروه عدم کودک‌آزاری به تصویر می‌کشد. طبق نتایج جدول ۳، در گروه کودک‌آزاری اثر علی استرس پس از سانحه بر اجتناب تجربی با ضریب استاندارد -0.79 معنادار بود ($P \leq 0.001$)؛ اثر علی استرس پس از سانحه بر کندی زمان شناختی با ضریب استاندارد 0.41 معنادار بود ($P = 0.022$)؛ ولی اثر علی اجتناب تجربی بر کندی زمان شناختی با ضریب استاندارد -0.15 معنادار نبود ($P = 0.373$). افزون بر این، طبق نتایج به‌دست‌آمده، در گروه عدم کودک‌آزاری مدل پژوهش حاضر ۶۳ درصد از واریانس اجتناب تجربی و ۳۰ درصد از واریانس کندی زمان شناختی را تبیین کرد، که مقادیر مطلوبی در قدرت تبیین‌گری یک مدل پژوهشی است.

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استروپ برای ارزیابی مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل در دو

مدل کودک‌آزاری و عدم کودک‌آزاری

مدل‌ها	متغیر	اثر مستقیم (p-value)	اثر غیرمستقیم (p-value)	اثر کلی (p-value)
کودک‌آزاری	استرس پس از سانحه	-0.79 ($P=0.001$)	-	-0.79 ($P=0.001$)
	کندی زمان شناختی	0.41 ($P=0.022$)	0.17 ($P=0.466$)	0.66 ($P=0.002$)

-۰/۲۰	-	-۰/۲۰	کندی زمان	اجتناب تجربی	
(P=۰/۴۷۹)		(P=۰/۳۵۷)	شناختی		
-۰/۷۹	-	-۰/۷۹	اجتناب تجربی	استرس پس از سانحه	عدم کودک‌آزاری
(P=۰/۰۰۵)		(P=۰/۰۰۱)			
۰/۵۴	۰/۱۲	۰/۴۱	کندی زمان		
(P=۰/۰۰۹)	(P=۰/۴۱۱)	(P=۰/۰۲۲)	شناختی		
-۰/۱۵	-	-۰/۱۵	کندی زمان	اجتناب تجربی	
(P=۰/۳۸۳)		(P=۰/۳۷۳)	شناختی		

طبق جدول ۵، ضریب استاندارد اثر غیرمستقیم استرس پس از سانحه بر کندی زمان شناختی به‌واسطه اجتناب تجربی غیر معنادار است که در گروه کودک‌آزاری برابر با $0/17$ ($P=0/466$)، و در گروه عدم کودک‌آزاری برابر با $0/12$ ($P=0/411$) است.

برای ارزیابی اثر تعدیل‌گر متغیر کودک‌آزاری از برنامه ماکرو استفاده شد. در آزمون اثر تعدیل‌کننده کودک‌آزاری بر رابطه میان استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی، آماره t معنادار شد ($P<0/05$, $t=1/97$). این یافته اثر تعدیل‌کننده کودک‌آزاری بر رابطه میان استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را تأیید می‌کند، و حاکی از این است که در گروه کودک‌آزاری به‌طور معناداری ارتباط قوی‌تری بین استرس پس از سانحه و کندی زمان شناختی وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند، کودک‌آزاری می‌تواند رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را تعدیل کند. عمده مطالعات انجام‌شده بر روی کندی زمان شناختی در زمینه اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی می‌باشد و کمتر مطالعه‌ای به نقش تروما پرداخته است، با این حال یافته‌های مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ انجام شد، نشان داد ترومای بین فردی در کودکان با علائم کندی زمان شناختی رابطه دارد (موسیقیارو و همکاران، ۲۰۲۰) که یافته‌های ما نیز همسو با یافته‌های پژوهش موسیقیارو و همکارانش (۲۰۲۰) و فردریک و همکارانش (۲۰۱۸) بود. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت تجربه کودک‌آزاری می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری در سطح شناختی و رفتاری در کودک ایجاد کند. بطور مثال موسیقیارو و همکارانش (۲۰۲۰) اشاره کردند ترومای بین فردی مثل تجربه کودک‌آزاری که شامل قربانی شدن به‌طور عمد توسط دیگران است و نه ترومای غیر بین فردی مثل تجربه بلایای طبیعی،

سیل، زلزله و... می‌تواند با کندی زمان شناختی رابطه داشته باشد. برخی از علائم کندی زمان شناختی مثل خستگی، بی‌حالی و کمبود انرژی، خواب‌آلودگی، کندی در رفتار و تفکر در ادبیات تروما بعنوان اختلال در تنظیم سیستم عصبی پس از سانحه مشخص می‌شوند که اگر تروما را به دودسته ترومای بین فردی مثل کودک‌آزاری و دسته دیگر ترومای غیر بین فردی مثل تجربه بلایای طبیعی، سیل، زلزله و... تقسیم کنیم معمولاً این علائم در ترومای بین فردی بیشتر مشاهده خواهد شد؛ در نتیجه ممکن است علائم کندی زمان شناختی، علائمی در سطح رفتاری (مثل بی‌حالی، خواب‌آلودگی، کندی در رفتار) و شناختی (مثل رؤیاداری و کندی در تفکر) باشند که زیربنای آن آسیب‌های گوناگون و جدی مثل تجربه کودک‌آزاری، ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و یا حتی اختلال استرس پس از سانحه از نوع تجزیه‌ای باشد که در قربانیان کودک‌آزاری بیشتر دیده می‌شود و ابعاد مختلف زندگی فرد را مختل می‌کند (آگوراستوس و همکاران، ۲۰۱۸؛ لانیوس و همکاران، ۲۰۱۲). بطور مثال ادبیات پژوهشی موجود دربارهٔ اختلال استرس پس از سانحه نشان می‌دهد از میان دو گروه از افرادی که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا بودند، دسته‌ای که قربانی کودک‌آزاری بخصوص از نوع کودک‌آزاری جنسی بودند یعنی تجربهٔ ترومای بین فردی را داشتند بیشتر از دستهٔ دیگر که ترومای غیر بین فردی را تجربه کردند، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از نوع تجزیه‌ای دریافت می‌کردند درحالی‌که دستهٔ دوم که ترومای غیر بین فردی را تجربه کرده بودند معمولاً فقط تشخیص اختلال استرس پس از سانحه دریافت کردند. افرادی که تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از نوع تجزیه‌ای دریافت می‌کنند که اغلب قربانیان کودک‌آزاری هستند به احتمال بیشتری همزمان تشخیص افسردگی اساسی و کاهش هوشیاری نیز دریافت می‌کنند. کاهش هوشیاری یک شاخص اضافی از علائم اختلال تجزیه‌ای است که در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه یافت می‌شود و بیشترین ارتباط را با اختلال استرس پس از سانحه دارد که ممکن است نمود بیرونی آن بصورت کندی در تفکر، هوشیاری متناقض و مه‌آلودگی ذهنی باشد که در کندی زمان شناختی دیده می‌شود. همچنین کندی زمان شناختی با افسردگی رابطهٔ شدیدی دارد و ازجمله علائم کندی زمان شناختی، کندی در رفتار، بی‌حالی و خواب‌آلودگی می‌باشد که می‌تواند نتیجهٔ افسردگی باشد که در قربانیان کودک‌آزاری که به اختلال استرس پس از سانحه بخصوص از نوع تجزیه‌ای مبتلا شده‌اند، رخ می‌دهد (آرمور و همکاران، ۲۰۱۴؛ استیو، لانیوس، فریمن، ۲۰۱۲). با توجه به آن که کندی زمان شناختی به‌تازگی شناخته‌شده است و هنوز ابهامات زیادی پیرامون آن وجود دارد باین‌حال با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و ادبیات پژوهشی اندکی که پیرامون کندی زمان شناختی وجود دارد بنظر می‌رسد عوامل محیطی آسیب‌زایی مثل کودک‌آزاری، اختلالات تجزیه‌ای و

اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند زیربنای کندی زمان شناختی باشد که نیازمند مطالعات آینده است.

یافته‌های این مطالعه نشان داد اجتناب تجربه‌ای نمی‌تواند رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را میانجی کند. مطالعاتی که به‌طور مستقیم با این یافته‌ها همخوانی داشته باشند یافت نشد اما مطالعاتی وجود دارند که می‌توان از آن‌ها چنین استنباطی کرد، به‌طور مثال سومر (۲۰۰۲) در پژوهشی کیفی که بر روی ۶ نفر از افرادی که خیال‌پردازی شدید داشتند و تجربه دعوای شدید والدین، غفلت عاطفی، کودک‌آزاری روحی، جسمی و جنسی را نیز گزارش کردند، به این نتیجه رسید که یکی از کارکردهایی که خیال‌پردازی برای این افراد داشته است شامل جدا شدن و رهایی از درد و رنج‌های زندگی واقعی و تبدیل مشکلات و رنج‌های دنیای واقعی به تجارب مطلوب و خوشایند بود. همچنین مطالعات سومر در سال ۲۰۲۰ نیز نشان داد بزرگسالانی که رؤیایپردازی شدید دارند برای فرار از رنج حاصل از خاطرات دردناک کودک‌آزاری به رؤیایپردازی پناه می‌برند و محتوای رؤیایپردازی‌های آنان معمولاً انتقام و اسارت می‌باشد (سومر، ابوریا، برنر، ۲۰۲۰). در نتیجه سومر بیان کرد افرادی که تجربه کودک‌آزاری داشته‌اند و در بزرگسالی، در طول روز خیال‌پردازی‌های بیش‌ازحد دارند، خلأ نبود رابطه صمیمی و موفقیت‌های تحصیلی و شغلی خود را به کمک خیال‌پردازی جبران می‌کنند که بنظر می‌رسد این رؤیایپردازی‌ها نوعی اجتناب تجربه‌ای باشد. افراد دارای علائم کندی زمان شناختی نیز رؤیایپردازی بیش‌ازحد دارند که محتوا و علت این رؤیایپردازی‌ها هنوز مشخص نشده است، با این حال یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند علاوه بر آن که اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی رابطه دارد با این حال اجتناب تجربه‌ای نمی‌تواند این رابطه را میانجی کند. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت قربانی کودک‌آزاری بودن می‌تواند آسیب‌های شدیدی در فرد ایجاد کند بطوری که فرد را مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کند. با این حال ممکن است رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را آسیب‌های جدی‌تر و شدیدتر از اجتناب تجربه‌ای میانجی کند. با توجه به شباهت علائم کندی زمان شناختی با اختلال استرس پس از سانحه و اختلال تجزیه‌ای می‌توان گفت احتمال دارد رابطه اختلال استرس پس از سانحه با کندی زمان شناختی را متغیرهای دیگری همچون اختلال تجزیه‌ای بهتر توجیه کنند که نیازمند مطالعات بیشتر در آینده است. بطور مثال قربانیان کودک‌آزاری علاوه بر آن که مستعد به اختلال استرس پس از سانحه هستند به‌شدت مستعد به ابتلا به اختلال تجزیه‌ای هستند، هنگامی که قربانیان کودک‌آزاری اختلال تجزیه‌ای را تجربه می‌کنند به دنبال آن علائم اختلال استرس پس از سانحه شدیدتری را نیز تجربه می‌کنند و نمرات بالاتری نیز در مقیاس اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی بزرگسالی کسب

می‌کنند (ازدمیر و همکاران، ۲۰۱۵) در نتیجه ممکن است رؤیایپردازی‌های بیش‌ازحد و هوشیاری متناقض در کندی زمان شناختی در واقع نمود بیرونی اختلالات جدی‌تری مثل اختلال تجزیه‌ای باشد که نیازمند مطالعات بیشتر در آینده است.

موازن اخلاقی

در پژوهش حاضر ابتدا هدف از پژوهش و کاربرد آن برای شرکت‌کنندگان ارائه شد؛ سپس از آنان خواسته شد در صورت تمایل وارد پژوهش شوند. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات و هویت آزمودنی‌ها محرمانه می‌ماند و فقط در راستای اهداف پژوهش از آن استفاده خواهد شد و در ارائه نتایج پژوهش هویت شرکت‌کنندگان ذکر نخواهد شد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از جمله محدودیت‌های پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود که تعمیم‌یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. همچنین پژوهش حاضر بر روی بزرگسالان (دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال) مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در شهر اصفهان انجام شده است، بنابراین در تعمیم‌یافته‌ها به سایر گروه‌ها و سنین مختلف باید احتیاط شود لذا پیشنهاد می‌شود به‌منظور سنجش اعتبار پژوهش حاضر پژوهش‌های آینده پژوهش‌هایی مشابه با این پژوهش را با روش نمونه‌گیری تصادفی انجام دهند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که درمانگران و پژوهشگران به نقش کودک‌آزاری، اختلال استرس پس از سانحه و درمان‌های مؤثر بر تروما در کاهش علائم کندی زمان شناختی توجه داشته باشند. همچنین درمانگران و پژوهشگران حوزه تروما می‌توانند به همبودی علائم کندی زمان شناختی با تروما نیز توجه داشته باشند.

سپاسگزاری

از تمامی شهروندان شهر اصفهان که در پژوهش ما شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع و حمایت مالی ندارند.

منابع

ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود، ثقه‌الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). ترومای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. (۱۹)، ۴، ۲۸۲-۲۷۵. [پیوند]

عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا، ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پزیشننامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی. ۱۰، ۶۵-۸۰. [پیوند]

مشهدی، علی، حسنی، جعفر، حمزه‌لو، محمد، میردورقی، فاطمه، حسین زاده ملکی، زهرا. (۱۳۹۰). شیوع اختلال نارسایی توجه‌افزون کنشی (ADHD) در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه فردوسی مشهد، طرح پژوهشی، دفتر مشاوره و سلامت سازمان امور دانشجویان وزارت علوم تحقیقات و فناوری. (۱۲)، ۱، ۱۰۳-۱۱۱. [پیوند]

Agorastos, A., Pervanidou, P., Chrousos, G. P., & Kolaitis, G. (2018). Early life stress and trauma: Developmental neuroendocrine aspects of prolonged stress system dysregulation. *Hormones*, 17(4), 507-520. [link]

Aliche, C. J., Ifeagwazi, C. M., Mefoh, P. C., Eze, J. E. (2020). Experiential avoidance mediates the relations between mindfulness and PTSD symptoms severity in terrorist attack survivors. *Journal of Nordic Psychology*, (73)2, 191-207. [link]

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author. (282)18, 1737-1744. [link]

Armour, C., Karstoft, K. I., & Richardson, J. D. (2014). The cooccurrence of PTSD and dissociation: differentiating severe PTSD from dissociative-PTSD. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49, 1297-1306 [link]

Barkley, R. A. (2011). *Deficits in executive functioning scale (BDEFS)*. New York: Guilford Press. [link]

Becker, S. P., Leopold, D. R., Burns, G. L., Jarrett, M. A., Langberg, J. M., Marshall, S. A., McBurnett, K., Waschbusch, D. A., & Willcutt, E. G. (2016). The internal, external, and diagnostic validity of sluggish cognitive tempo: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, (55)3, 163-178. [link]

Becker, S. P., Marshall, S. A. & McBurnett, K. (2014). Sluggish cognitive tempo in abnormal child psychology: An historical overview and introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 1-6. [link]

Becker, S. P., Holdaway, A. S., Luebke, A. M., (2018). Suicidal behaviors in college students: frequency, sex differences, and mental health correlates including sluggish cognitive tempo. *Adolesc Health*, 63, 181-188. [link]

- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* (27)2, 169-190. [[link](#)]
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy.* (34)8, 669-673 [[link](#)]
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy.* (42)4, 676-688 [[link](#)]
- Breslau, N., Koenen, K.C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R.M., Poulton, R., Moffitt, T.E., (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine.* (44)9, 1937-1945. [[link](#)]
- Brown, N.M., Brown, S.N., Briggs, R.D., German, M., Belamarich, P.F., Oyeku, S.O. (2016). Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Journal of Academic Pediatric Association.* (17)4, 349-355 [[link](#)]
- Cameron, A., Palm, K., & Follette, V. (2010). Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *Journal of Anxiety Disorders.* (24)6, 645–649. [[link](#)]
- Ellis, L., K., A., Orcutt, H., K. (2020). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between shame and posttraumatic stress disorder: The effect of gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* (12)6, 651–658. [[link](#)]
- Flannery, A.J., Becker, S.P., Luebbe, A.M., (2016). Does emotion dysregulation mediate the association between sluggish cognitive tempo and college students' social impairment? *J. Atten. Disord.* 20, 802–812. [[link](#)]
- Fredrick, J.W., Becker, S.P., Kofler, M.J., Jarrett, M.A., Burns, G.L., Luebbe, A.M. (2020). Disentangling the effects of attentional difficulties on fears of social evaluation and social anxiety symptoms: Unique interactions with sluggish cognitive tempo. *Journal of Psychiatric Research.* (131), 39-46. [[link](#)]
- Fredrick, J.W., Luebbe, A.M., Mancini, K.J., Burns, G.L., Epstein, J.N., Garner, A.A., Jarrett, M.A., Becker, S.P. (2018). Family environment moderates the relation of sluggish cognitive tempo to attention-deficit/hyperactivity disorder inattention and depression. *Clin. Psychol.* (75)1, 221-237. [[link](#)]

- Guodarzi, M. A. (2003). Validity and Reability of Micicipi posttraumatic Stress disorder Scales. *Journal of sychology*.(7)2, 153-178. [\[link\]](#)
- Iffland, B., Klein, F., Rosner, R., Renneberg, B., Steil, R., Neuner, F. (2019). Cardiac reactions to emotional words in adolescents and young adults with PTSD after child abuse.. *Psychophysiology* published by Wiley Periodicals. (57)1, 1-14.[\[link\]](#)
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, (29)8, 701–708. [\[link\]](#)
- Musicaro, R.M., Ford, J., Suvak, M.K., Sposato, A., Andersen, S. (2020) Sluggish cognitive tempo and exposure to interpersonal trauma in children, *Anxiety, Stress, & Coping*. (33)1, 100-114. [\[link\]](#)
- ÖZDEMİR, O., BOYSAN, M., ÖZDEMİR, P.G., YILMAZ, E. (2015). Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors. *Journal of Neuropsychiatr*. (52)3, 252–257. [\[link\]](#)
- Quintero, J., Ramos-Quiroga, J.A., Sebastián, J.S., Montañés, F., Fernández-Jaén, A., Martínez-Raga, J., et al., (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: A descriptive analysis. *BMC Psychiatry* 18, 40. [\[link\]](#)
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD checklistcivilian version. *Journal of Traumatic Stress*. 16, 495–502. [\[link\]](#)
- Sistad, R.,E., Simons, R.,M., Mojallal, M., Simons, J. (2021). The indirect effect from childhood maltreatment to PTSD symptoms via thought suppression and cognitive reappraisal. *Jornal of Child Abuse & Neglect*. (114), 104939. [\[link\]](#)
- Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 32, 197– 212. [\[link\]](#)
- Somer, E., Abu-Rayya, H.M., Brenner, R. (2020). Childhood Trauma and Maladaptive Daydreaming: Fantasy Functions and Themes In A Multi-Country Sample. *JOURNAL OF TRAUMA & DISSOCIATION*. 288-303. [\[link\]](#)
- Steuwe, C., Lanius, R.A., Frewen, P.A. (2012) Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analyses in a civilian sample. *Depress Anxiety*.(29)8, 689-700. [\[link\]](#)
- Willcutt, E.G., Chhabildas, N., Kinnear, M., DeFries, J.C., Olson, R.K., Leopold, D. R., et al. (2013). The internal and external validity of sluggish

cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 42, 21–35 . [\[link\]](#)

Wood, W.L., Potts, H.E., Lewandowski, L.J., Lovett, B.J. (2017). Sluggish cognitive tempo and speed of performance. *J. Atten. Disor.* 21, 684–690. [\[link\]](#)

پیوست‌ها

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)

همیشه	اغلب اوقات	گاهی اوقات	خیلی کم	هرگز	
					۱. در دوران کودکی غذای کافی به من نمی‌رسید.
					۲. من در بچگی می‌دانستم که همواره کسی هست که از من مراقبت و محافظت کند.
					۳. برخی از اعضای خانواده‌ام به من القابی نظیر "تنبل"، "کودن"، یا "زشت" و... می‌دادند.
					۴. خانواده‌ام توجهی به مراقبت از همدیگر نداشتند.
					۵. کسی در خانواده‌ام بود که کمک کرد تا من احساس مهم بودن داشته باشم.
					۶. من مجبور می‌شدم لباس‌های کثیف بپوشم.
					۷. من احساس می‌کردم که کسی به من عشق می‌ورزد.
					۸. من فکر می‌کردم که والدینم آرزو داشتند که من هرگز به دنیا نمی‌آدم.
					۹. یکی از اعضای خانواده‌ام من را بقدری زده بود که من مجبور شدم به پزشک مراجعه کنم یا در بیمارستان بستری شوم.
					۱۰. هیچ چیزی در مورد خانواده‌ام وجود نداشت که من بخواهم آن را تغییر دهم.
					۱۱. برخی از اعضای خانواده‌ام بقدری من را کتک زده بودند که هنوز هم نشانی از آن مانده است.
					۱۲. من با کمربند، چوب، یا تسمه یا یک چیز سخت دیگری تنبیه شده‌ام.
					۱۳. اعضای خانواده‌ام به همدیگر اهمیت می‌دادند.
					۱۴. برخی اعضای خانواده فحش‌های رکیک و زننده به من می‌گفتند.
					۱۵. من اعتقاد دارم که از نظر جسمی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ام.
					۱۶. من دوران کودکی بسیار خوبی داشتم.

					۱۷. من آنقدر کتک خورده بودم که معلم، پزشک یا همسایه‌مان متوجه آن شده بودند.
					۱۸. من احساس می‌کردم کسی از اعضای خانواده‌ام از من نفرت داشت.
					۱۹. افراد خانواده باهمدیگر احساس صمیمیت می‌کردند.
					۲۰. کسی تلاش کرد تا با من تماس جنسی داشته باشد، یا تلاش کرد که من آن‌ها را لمس کنم.
					۲۱. کسی من را تهدید به زدن یا دروغ گفتن درباره من کرده بود تا با او رابطه جنسی داشته باشم.
					۲۲. من بهترین خانواده دنیا را داشتم.
					۲۳. کسی تلاش کرده تا من کارهای جنسی با او انجام دهم یا چیزهای جنسی را تماشا کنم.
					۲۴. کسی من را مورد آزار جنسی قرار داده است.
					۲۵. من اعتقاد دارم که از نظر هیجانی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ام.
					۲۶. کسی بود که من را در موقع نیاز به دکتر ببرد.
					۲۷. من اعتقاد دارم که از نظر جنسی مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌ام.
					۲۸. خانواده‌ام منبع حمایت و قدرت بودند.

پرسشنامه پذیرش و عمل (اجتناب تجربه‌ای) - نسخه دوم (AAQ-II)

همیشه درست است.	تقریباً همیشه درست است	اغلب اوقات درست است	گاهی اوقات درست است	بندرت درست است	خیلی به ندرت درست است	هرگز درست نیست	
							۱. در اینکه خاطرات ناخوشایندی را به یاد بیاورم، مشکلی ندارم
							۲. تجربیات و خاطرات دردناکم باعث شده‌اند نتوانم آن طور که دوست دارم زندگی کنم.
							۳. از احساس‌هایم می‌ترسم.
							۴. نگرانم که مبدا نتوانم نگرانی‌ها و احساس‌هایم را کنترل کنم.
							۵. خاطرات دردناکم باعث شده نتوانم زندگی رضایت بخشی داشته باشم.
							۶. کنترل زندگی‌ام دست خوردم است.

						۷. هیچان ها در زندگی ام مشکل ایجاد می کنند.
						۸. به نظرم می رسد اغلب آدم ها زندگی شان را بهتر از من اداره کنند.
						۹. نگرانی ها مانع موفقیتم می شوند.
						۱۰. افکار و احساس هایم مانع زندگی دلخواهم نمی شوند.

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه و ددرز و همکاران (۱۹۹۳)

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	خیلی کم	اصلاً	
					۱. تکرار خاطرات، افکار یا تصاویر ناراحت کننده از تجربه استرس آور
					۲. رویاهای تکراری ناراحت کننده در خواب و بیداری از تجربه استرس زا.
					۳. ناگهانی عمل کردن یا احساس این که تجربه استرس زای گذشته دوباره در حال اتفاق افتادن است (مثل این که آن تجربه برای شما دوباره زنده می شود).
					۴. احساس پریشانی زیاد هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد.
					۵. داشتن واکنش های جسمانی (نظیر تپش قلب، اشکال در تنفس، عرق کردن (هنگامی که چیزی شما را به یاد تجربه استرس زای گذشته می اندازد).
					۶. اجتناب از تفکر یا صحبت در مورد یک تجربه استرس آور گذشته یا اجتناب از داشتن احساسات مربوط به آن
					۷. اجتناب از بعضی فعالیت ها یا موقعیت هایی به این دلیل که شما را به یاد تجربه استرس آور گذشته می اندازد.
					۸. زحمت در به یادآوری قسمت های مهم یک تجربه ناراحت کننده
					۹. از دست دادن علاقه یا لذت نبردن از فعالیت هایی که قبلاً به آن ها علاقه داشته اید یا از آن لذت می برده اید.
					۱۰. احساس فاصله یا بریدگی از مردم
					۱۱. احساس بی تفاوتی عاطفی یا ناتوانی در برقراری احساس علاقه و عشق نسبت به افراد نزدیک به خودتان
					۱۲. داشتن این احساس که آینده شما به طریقی کوتاه شده است.

					۱۳. اشکال در به خواب رفتن و تداوم خواب
					۱۴. احساس تحریک‌پذیری یا داشتن حملات خشم
					۱۵. مشکل برای تمرکز کردن
					۱۶. فوق‌العاده هوشیار بودن یا مراقب بودن یا در حالت دفاعی بودن
					۱۷. احساس از جا پریدن یا به آسانی از جا پریدن

مقیاس درجه‌بندی ADHD بزرگسالان بارکلی (BAARS)

اغلب اوقات	معمولاً	گاهی اوقات	هرگز یا به ندرت	
				۱. در توجه دقیق به جزئیات دچار مشکل شده یا در هنگام کار یا انجام سایر فعالیت‌ها مرتکب اشتباهات ناشی از بی‌دقتی می‌شوم.
				۲. حفظ توجه حین انجام وظیفه یا تفریح برایم دشوار است.
				۳. هنگامی که مستقیماً با من صحبت بشود، به صحبت دیگران گوش نمی‌کنم.
				۴. از دستورالعمل‌ها و راهنماها تبعیت نمی‌کنم و نمی‌توانم کارها یا وظایف روزمره را تمام کنم.
				۵. سازماندهی وظایف و فعالیت‌ها برای من دشوار است.
				۶. از انجام دادن کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم هستند، اجتناب می‌کنم، بیزارم یا اگراه دارم.
				۷. وسایلی را که برای انجام کارها یا فعالیت‌ها ضروری هستند، گم می‌کنم.
				۸. محرک‌های بیرونی و افکار نامربوط به راحتی موجب پرت شدن حواسم می‌شود.
				۹. در انجام فعالیت‌های روزانه فراموش کار هستم.
				۱۰. دست‌ها و پاهایم را مدام تکان می‌دهم یا در صندلی وول می‌خورم.
				۱۱. در کلاس یا سایر موقعیت‌هایی که لازم است به‌صورت نشسته باقی بمانم، صندلی‌ام را ترک می‌کنم.
				۱۲. بیش‌ازحد وول می‌خورم یا احساس بی‌قراری و محصور بودن می‌کنم.
				۱۳. حفظ سکوت و آرامش در حین انجام فعالیت‌های تفریحی، برایم مشکل است (احساس عدم راحتی دارم یا شلوغ و پرسروصدا هستم).
				۱۴. دائماً در حال حرکت هستم یا طوری رفتار می‌کنم که انگار موتور مرا به حرکت وا می‌دارد (یا احساس می‌کنم که دائماً باید مشغول باشم یا کاری انجام دهم).
				۱۵. بیش‌ازحد حرف می‌زنم (در موقعیت‌های اجتماعی).

				۱۶. پیش از این که سؤال دیگران تمام شود، جواب می‌دهم؛ جملات دیگران را برایشان تمام می‌کنم یا بی موقع حرف می‌زنم.
				۱۷. منتظر نوبت ماندن برای من دشوار است.
				۱۸. صحبت دیگران را قطع می‌کنم یا در بحث آن‌ها دخالت می‌کنم (بدون اجازه وسط صحبت یا فعالیت دیگران می‌پریم، یا کاری را که دیگران در حال انجام آن بوده‌اند، برعهده می‌گیرم).
				۱۹. هنگامی که باید بر چیزی تمرکز کرده یا کارن را انجام دهم، خیال‌پردازی می‌کنم.
				۲۰. در موقعیت‌های کسل کننده، هوشیار یا بیدار ماندن برایم مشکل است.
				۲۱. به راحتی گیج می‌شوم.
				۲۲. به راحتی کسل می‌شوم.
				۲۳. در اوهام یا به اصطلاح جای دیگری هستم.
				۲۴. بی حال و بی انرژی و خسته‌تر از دیگران هستم.
				۲۵. کم کار بوده یا کم انرژی تر از دیگران هستم.
				۲۶. کند هستم.
				۲۷. به نظر می‌رسد اطلاعات را با سرعت و دقت دیگران پردازش نمی‌کنم.
				۲۸. آیا هیچ یک از این ۲۷ علامت را معمولاً با اغلب اوقات تجربه کرده‌اید؟ بله خیر (یکی را انتخاب کنید)
				۲۹. اگر پاسخ مثبت است، وقتی که این علائم برای اولین بار بروز کردند، چند سال داشتید؟ (جای خالی را پر کنید) من در آن زمان.....سال.....داشتم.
				۳۰. اگر پاسخ مثبت است، در کدام یک از محیط‌های زیر این علائم در عملکرد شما اختلال ایجاد می‌کردند؟ کنار همه مواردی که درباره شما صدق می‌کند، علامت بزنید. مدرسه.....خانه..... محل کار..... روابط اجتماعی.....
