

DOI:



Quarterly Journal of Innovative Research in Psychology and Education

Year 2026, Volume 1, Issue 1

Childhood Trauma and Obsessive–Compulsive Symptoms: The Mediating Roles of Alexithymia and Anxiety Sensitivity Among Healthcare Employees

*Mehdi abed ¹

Assistant Professor, Educational Psychology, Islamic Education and Religion, Islamic Azad University, Islamshahr Branch, Islamshahr, Iran

Neda Rahmani

Organizational Affiliation of the Second Author (Times New Roman, 9 italic)

Abstract

Objective: This study aimed to examine the relationships between childhood trauma dimensions and obsessive-compulsive symptoms and to investigate the mediating roles of alexithymia and anxiety sensitivity among healthcare workers in Karaj.

Method: This descriptive-correlational study examined relationships among variables using path analysis and structural equation modeling. The study population consisted of healthcare workers in Karaj, 340 of whom participated in the study. Data were collected using measures of childhood trauma, alexithymia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms and analyzed using SPSS and AMOS.

Results: All five dimensions of childhood trauma, including physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect, were positively and significantly associated with obsessive-compulsive symptoms. Alexithymia and anxiety sensitivity also showed significant positive associations with these symptoms. Model fit indices were 0.992 for CFI, IFI, GFI, and NFI, and 0.075 for RMSEA. Path analysis also supported the mediating roles of alexithymia and anxiety sensitivity.

Conclusion: The association between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms may be understood in terms of difficulties in identifying and processing emotions and heightened sensitivity to anxiety-related sensations. Considering these variables may inform clinical hypotheses and the development of psychological interventions. However, given the correlational design, the findings do not establish causal relationships.

Keywords: Alexithymia; anxiety sensitivity; Childhood trauma; healthcare employees; obsessive–compulsive symptoms; path analysis

¹ m.abed2831@iau.ir

Background and Objective

Childhood trauma may be associated with psychological difficulties in adulthood, including obsessive-compulsive symptoms (OCS). Relevant forms of childhood adversity include physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect. These experiences may be associated with difficulties in emotional processing, threat perception, and regulation of distress, which may contribute to intrusive thoughts and repetitive behaviors or mental acts characteristic of OCS (Grisham et al., 2011).

Alexithymia and anxiety sensitivity may help explain these associations. Alexithymia involves difficulties identifying and describing feelings and a tendency toward externally oriented thinking (Bagby et al., 1994a, 1994b). Anxiety sensitivity refers to fear of anxiety-related sensations because of concerns about their physical, cognitive, or social consequences (Reiss et al., 1986). Both processes may influence how distressing internal experiences are interpreted and regulated. Previous research has linked childhood trauma with obsessive-compulsive symptoms and has highlighted the relevance of alexithymia in this context (Carpenter & Chung, 2011; Grisham et al., 2011). The present study examined the relationships between five dimensions of childhood trauma and OCS among healthcare-center employees in Karaj, Iran, and tested whether alexithymia and anxiety sensitivity statistically mediated these relationships.

Methods

This applied study used a descriptive-correlational design and path analysis. The population consisted of clinical and administrative employees of healthcare centers in Karaj during the second half of 2024. Convenience sampling yielded 340 participants: 189 women (56%) and 151 men (44%). Regarding age, 86 participants (25%) were 20–30 years, 145 (43%) were 31–40 years, and 109 (32%) were 41–50 years. Regarding work experience, 94 participants (27%) had 1–10 years, 162 (48%) had 11–20 years, and 84 (25%) had 21–30 years of experience.

Childhood trauma was assessed using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003), obsessive-compulsive symptoms using the 39-item Padua Inventory (Burns et al., 1996), alexithymia using the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994a, 1994b), and anxiety sensitivity using the 16-item Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al., 1986). Data were analyzed using SPSS and AMOS. Descriptive statistics, outlier screening, the Kolmogorov-Smirnov test, tolerance and variance inflation factor values, Pearson correlations, and path analysis were used. Bootstrap analysis was used to assess the statistical significance of indirect effects.

Results

Mean scores were 16.68 for physical abuse, 15.18 for sexual abuse, 16.14 for emotional abuse, 16.68 for physical neglect, 12.44 for emotional neglect, 58.34 for alexithymia, 36.01 for anxiety sensitivity, and 89.26 for obsessive-compulsive symptoms.

All five dimensions of childhood trauma were positively and significantly correlated with OCS: physical abuse ($r = .567$), sexual abuse ($r = .591$), emotional abuse ($r = .608$), physical neglect ($r = .592$), and emotional neglect ($r = .484$), all $ps < .01$. Alexithymia ($r = .670$, $p < .01$) and anxiety sensitivity ($r = .671$, $p < .01$) were also positively correlated with OCS .

Table 3:Model Fit Indices and Standardized Direct Effects on Obsessive–Compulsive Symptoms

Parameter	Value
IFI	.992
GFI	.992
CFI	.992
NFI	.992
RMSEA	.075
SRMR	.014
Physical abuse → OCS	$\beta = .112$, $p = .009$
Sexual abuse → OCS	$\beta = .118$, $p = .009$
Emotional abuse → OCS	$\beta = .163$, $p = .001$
Physical neglect → OCS	$\beta = .132$, $p = .003$
Emotional neglect → OCS	$\beta = .121$, $p = .002$
Alexithymia → OCS	$\beta = .174$, $p = .001$
Anxiety sensitivity → OCS	$\beta = .221$, $p = .001$

The path model demonstrated acceptable fit, with IFI = .992, GFI = .992, CFI = .992, NFI = .992, RMSEA = .075, and SRMR = .014. All five trauma dimensions had significant positive direct effects on OCS: physical abuse, $\beta = .112$, $p = .009$; sexual abuse, $\beta = .118$, $p = .009$; emotional abuse, $\beta = .163$, $p = .001$; physical neglect, $\beta = .132$, $p = .003$; and emotional neglect, $\beta = .121$, $p = .002$. Alexithymia ($\beta = .174$, $p = .001$) and anxiety sensitivity ($\beta = .221$, $p = .001$) also demonstrated significant positive direct effects on OCS

Significant indirect effects through alexithymia were reported for all five trauma dimensions, ranging from .019 for emotional neglect to .053 for emotional abuse. Indirect effects through anxiety sensitivity were also significant, ranging from .033 for physical abuse and emotional neglect to .053 for emotional abuse.

Table 4:Reported Indirect Effects of Childhood Trauma on Obsessive–Compulsive Symptoms

Childhood trauma dimension	Through alexithymia	Through anxiety sensitivity
Physical abuse	Significant	.033
Sexual abuse	Significant	Significant
Emotional abuse	.053	.053
Physical neglect	Significant	Significant
Emotional neglect	.019	.033

Discussion and Conclusion

The findings indicate that all five dimensions of childhood trauma were positively associated with obsessive-compulsive symptoms among healthcare employees. The significant direct effects suggest that the association was not limited to a single type of childhood adversity. Physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, physical neglect, and emotional neglect each demonstrated significant positive associations with OCS. These findings are consistent with previous evidence linking childhood maltreatment to obsessive-compulsive symptoms (Grisham et al., 2011).

The results also indicate the statistical relevance of alexithymia and anxiety sensitivity. Difficulties identifying and describing emotions may complicate the interpretation and regulation of distressing experiences, whereas anxiety sensitivity may increase the perceived threat associated with internal sensations and anxious thoughts. The significant indirect effects are consistent with the possibility that these two psychological processes account for part of the statistical association between childhood trauma and OCS.

This study adhered to ethical

principles, including providing participants with written research information, ensuring data confidentiality and exclusive research use, guaranteeing voluntary participation, maintaining anonymity by omitting personal identifiers, and obtaining written informed consent. Funding: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors. Conflicts of interest: The authors declare no conflicts of interest.

رابطه تروماهای دوران کودکی و علائم وسواس جبری با نقش میانجی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی

*مهدی عابد^۱ - ندا رحمانی^۲

۱- استادیار، روانشناسی تربیتی، تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اسلامشهر، اسلامشهر، ایران

m.abed2831@gmail.com

۲- کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی، تهران، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری و تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی - همبستگی بود و روابط متغیرها با استفاده از تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. جامعه پژوهش کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج بود که ۳۴۰ نفر از آنان در نمونه شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از ابزارهای سنجش تروماهای دوران کودکی، ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و علائم وسواس جبری گردآوری و با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر پنج بُعد تروماهای دوران کودکی، شامل سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی، با علائم وسواس جبری رابطه مثبت و معنادار داشتند. همچنین ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی با علائم وسواس جبری رابطه مثبت و معناداری نشان دادند. شاخص‌های برازش مدل شامل CFI، IFI، GFI و NFI برابر با ۰.۹۹۲ و RMSEA برابر با ۰.۰۷۵ بود. تحلیل مسیر نیز از نقش میانجی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی حمایت کرد.

نتیجه‌گیری: ارتباط تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری را می‌توان با توجه به دشواری شناسایی و پردازش هیجان‌ها و حساسیت نسبت به نشانه‌های اضطراب بررسی کرد. توجه به این متغیرها می‌تواند در تدوین فرضیه‌های بالینی و طراحی مداخلات روان‌شناختی سودمند باشد؛ با این حال، به دلیل ماهیت همبستگی پژوهش، نتایج پژوهش رابطه علی را اثبات نمی‌کنند.

واژگان کلیدی: تروماهای دوران کودکی؛ وسواس جبری؛ ناگویی هیجانی؛ حساسیت اضطرابی؛ تحلیل مسیر

^۲ m.abed2831@gmail.com - مهدی عابد

Mehdi.abed32@gmail.com

مقدمه

تروماهای^۳ دوران کودکی از جمله تجربه‌های نامطلوبی هستند که می‌توانند با پیامدهای روان‌شناختی متعددی در مراحل بعدی زندگی ارتباط داشته باشند. دوران کودکی مرحله‌ای اساسی در رشد هیجانی، شناختی و اجتماعی انسان است و تجربه‌های آسیب‌زا در این دوره ممکن است با تغییر در پردازش اطلاعات مرتبط با تهدید، تنظیم هیجان و آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات روان‌شناختی همراه شوند (زنگوله‌چی و همکاران، ۱۴۰۳؛ میو و همکاران^۴، ۲۰۲۲؛ مک‌لاگلین و همکاران^۵، ۲۰۱۹). این تجربه‌ها طیفی از سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی را دربر می‌گیرند که اگرچه از نظر ماهیت و شدت متفاوت‌اند، می‌توانند با دشواری‌های تنظیم هیجان و افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی در بزرگسالی ارتباط داشته باشند (رادمهر و همکاران، ۱۴۰۳، گروهان و کامپاس^۶، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهند که آثار بدرفتاری دوران کودکی ممکن است در قالب دشواری در پردازش هیجان‌ها، استفاده بیشتر از راهبردهایی مانند اجتناب و سرکوب هیجانی و افزایش احتمال بروز مشکلات سلامت روان تا بزرگسالی تداوم یابند (دیتزر و همکاران^۷، ۲۰۲۳؛ خان و جفی^۸، ۲۰۲۲؛ میو و همکاران^۹، ۲۰۲۲). از این رو، بررسی پیامدهای روان‌شناختی این تجربه‌ها و شناسایی فرایندهایی که می‌توانند ارتباط آن‌ها را با مشکلات روان‌شناختی توضیح دهند، از اهمیت نظری و بالینی برخوردار است.

یکی از حوزه‌های مهم در بررسی پیامدهای تروماهای دوران کودکی، علائم و سواس جبری است. این علائم می‌توانند شامل افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته و تکرارشونده و نیز رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری باشند که فرد برای کاهش ناراحتی یا پیشگیری از پیامدهای ادراک‌شده انجام می‌دهد. تجربه این نشانه‌ها ممکن است با پریشانی روان‌شناختی و اختلال در عملکرد روزمره همراه شود. با این حال، وجود علائم و سواس جبری لزوماً به معنای احراز تشخیص بالینی اختلال و سواس جبری (OCD)^{۱۰} نیست؛ بنابراین، تمایز میان شدت علائم و تشخیص بالینی این اختلال در پژوهش حاضر اهمیت دارد. شواهد پژوهشی از ارتباط میان تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و شدت علائم و سواس جبری حمایت می‌کنند. برای مثال، فراتحلیل میلر و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۷) و پژوهش‌های فراتحلیلی و مرورهای نظام‌مند بعدی نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی با شدت بیشتر علائم و سواس ارتباط دارد، هرچند میزان و الگوی این ارتباط در انواع مختلف تروما و ابعاد علائم و سواسی یکسان نیست (دستریت و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۱؛ او و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۱). برخی یافته‌ها نیز بر اهمیت سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جنسی و غفلت هیجانی در تبیین این ارتباط تأکید کرده‌اند (بالدینی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵) از منظر نظری، یکی از مسیرهای احتمالی این ارتباط آن است که تجربه‌های آسیب‌زای اولیه با افزایش حساسیت نسبت به تهدید و دشواری در تنظیم واکنش‌های هیجانی همراه شوند و در نتیجه، افکار ناخواسته با ناراحتی

³ trauma

⁴ ; Miu et al

⁵ ; McLaughlin et al

⁶ Gruhn & Compas

⁷ (Ditzer et al

⁸ ; Khan & Jaffee

⁹ Obsessive-compulsive disorder

¹⁰ Miller et al

¹¹ Destrée et al

¹² Ou et al

¹³ Baldini

بیشتری تجربه شوند. باین حال، این تبیین بیانگر یک سازوکار احتمالی است و به معنای آن نیست که تجربه تروما الزاماً به بروز علائم وسواس جبری منجر می شود.

برای تبیین دقیق تر ارتباط میان تروماهای دوران کودکی و علائم وسواس جبری، توجه به متغیرهایی که می توانند در این رابطه نقش میانجی داشته باشند، ضروری است. یکی از این متغیرها ناگویی هیجانی^{۱۴} است که به دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و تمایزگذاری میان تجربه های هیجانی و برانگیختگی های بدنی اشاره دارد. ناگویی هیجانی به معنای فقدان هیجان نیست، بلکه بیانگر محدودیت در آگاهی از تجربه های هیجانی، نام گذاری آن ها و بیان روشن احساسات است. یافته های فراتحلیلی نشان داده اند که بدرفتاری دوران کودکی با سطوح بالاتر ناگویی هیجانی در بزرگسالی ارتباط دارد؛ به ویژه، سوءاستفاده هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی از جمله تجربه هایی هستند که با این سازه ارتباط نشان داده اند. (دیتزر و همکاران^{۱۵}، ۲۰۲۳؛ خان و جفی، ۲۰۲۲) از نظر نظری، محیط هایی که در آن ها نیازهای هیجانی کودک نادیده گرفته می شود یا ابراز احساسات با تحقیر، تهدید و ناامنی همراه است، ممکن است فرصت یادگیری شناسایی و بیان سازگارانه هیجان ها را محدود کنند. این وضعیت می تواند در بزرگسالی به دشواری در درک و پردازش تجربه های هیجانی بینجامد. در چنین شرایطی، فرد ممکن است در تشخیص منشأ ناراحتی خود و تمایزگذاری میان احساسات مختلف با مشکل مواجه شود. بنابراین، ناگویی هیجانی می تواند یکی از متغیرهای مرتبط با تبیین ارتباط تروماهای دوران کودکی و علائم وسواس جبری باشد؛ هرچند نقش میانجی آن باید بر اساس شواهد تجربی بررسی شود و نمی توان صرفاً بر مبنای مبانی نظری، وجود رابطه علی را نتیجه گرفت.

متغیر مهم دیگر در این زمینه، حساسیت اضطرابی است که به ترس از احساسات و نشانه های مرتبط با اضطراب به دلیل باور فرد درباره پیامدهای نامطلوب آن ها اشاره دارد (تیلور^{۱۶}، ۱۹۹۵؛ تیلور و کوکس^{۱۷}، ۱۹۹۸). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا ممکن است نشانه هایی مانند افزایش ضربان قلب، تنش جسمانی، دشواری تمرکز یا احساس از دست دادن کنترل را صرفاً واکنش هایی گذرا تلقی نکنند، بلکه آن ها را نشانه ای از خطر یا وقوع پیامدی ناخوشایند بدانند. در این وضعیت، خود تجربه نشانه های اضطراب می تواند به منبع نگرانی تبدیل شود و توجه فرد را به وضعیت درونی و احتمال وقوع تهدید افزایش دهد. پژوهش های تجربی نشان داده اند که حساسیت اضطرابی با علائم وسواس جبری ارتباط دارد و می تواند در تبیین تفاوت های فردی در شدت این علائم نقش داشته باشد. برای نمونه، کالماریا و همکاران^{۱۸} (۲۰۰۸) و واتسون و همکاران^{۱۹} (۲۰۱۲) ارتباط حساسیت اضطرابی با علائم وسواسی را گزارش کرده اند. همچنین، بلاکی و همکاران^{۲۰} (۲۰۱۷) در نمونه های بالینی مبتلا به اختلال وسواس جبری، رابطه مثبت حساسیت اضطرابی با شدت علائم را نشان دادند. از سوی دیگر، تجربه های نامطلوب دوران کودکی ممکن است با افزایش پردازش تهدید و واکنش پذیری نسبت به نشانه های خطر همراه باشند (ميو و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۲؛ مکلافین و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۹). بر این اساس، بررسی حساسیت

¹⁴ Emotional alexithymia

¹⁵ Ditzer et al

¹⁶ Taylor

¹⁷ ; Taylor & Cox

¹⁸ Calamari et al

¹⁹ Wheaton et al

²⁰ Blakey et al

²¹ ; Miu et al

²² McLaughlin et al

اضطرابی در کنار ناگویی هیجانی می‌تواند به شناخت بهتر فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با ارتباط تروماهای دوران کودکی و علائم وسواس جبری کمک کند. این دو متغیر، با وجود امکان ارتباط متقابل، از نظر مفهومی متمایزند؛ ناگویی هیجانی عمدتاً به دشواری در شناسایی و توصیف هیجان‌ها مربوط می‌شود، در حالی که حساسیت اضطرابی بر ترس از پیامدهای ادراک‌شده نشانه‌های اضطراب تمرکز دارد.

اهمیت بررسی این روابط در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی نیز قابل توجه است. کارکنان این مراکز در محیط‌های حرفه‌ای مرتبط با سلامت و مراقبت از دیگران فعالیت می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی آنان از منظر فردی و شغلی اهمیت دارد. بررسی علائم وسواس جبری در این گروه، در کنار متغیرهای مرتبط با تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و پردازش هیجان، می‌تواند شناخت روابط میان این سازه‌ها را در یک جامعه شغلی مشخص گسترش دهد. با این حال، از آنجا که روابط مورد بررسی در پژوهش‌های همبستگی و مقطعی به‌تنهایی بیانگر علیت نیستند، تبیین یافته‌ها باید با توجه به ماهیت طرح پژوهش و حدود استنباط‌های ممکن صورت گیرد.

بررسی هم‌زمان ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی امکان ارزیابی نقش میانجی هر یک از این متغیرها را فراهم می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری و تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج انجام شده است. در این پژوهش، روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها با استفاده از تحلیل مسیر و مدلیابی معادلات ساختاری بررسی می‌شوند تا شواهد تجربی دقیق‌تری درباره الگوی ارتباط این سازه‌ها به دست آید.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی - همبستگی بود و برای بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها از تحلیل مسیر استفاده شد. در مدل پژوهش، پنج بُعد تروماهای دوران کودکی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین، ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی به‌عنوان متغیرهای میانجی و علائم وسواس جبری به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. از آنجا که داده‌ها در یک مقطع زمانی گردآوری شده و متغیرها دست‌کاری آزمایشی نشده‌اند، نتایج صرفاً روابط آماری میان متغیرها را نشان می‌دهند و نباید به‌عنوان اثبات روابط علی تفسیر شوند.

ابزار سنجش

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) با هدف سنجش تجربه‌های بدرفتاری و غفلت در دوران کودکی تدوین شده است. نسخه کوتاه این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه و پنج بُعد سوءاستفاده عاطفی، جسمی و جنسی و غفلت عاطفی و جسمی است که بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد پنج‌گانه در پژوهش برنستاین و همکاران به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ و روایی همزمان آن بر اساس ارزیابی درمانگران در دامنه ۰/۵۹ تا

۰/۷۸ گزارش شد. ابراهیمی، دژکام و ثقةالاسلام نیز ضرایب آلفای ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ را برای ابعاد این پرسشنامه گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ ابزار در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه وسواس فکری و عملی (PPI) توسط ساناوو^{۲۳} (۱۹۹۸) برای ارزیابی نشانه‌های وسواس فکری و عملی تدوین شده است. نسخه مورد استفاده شامل ۳۹ گویه و هشت بُعد وسواس آلودگی، اجبار شست‌وشو، نظم و ترتیب، واری، افکار وسواسی آسیب به خود و دیگران، افکار وسواسی خشونت، تکانه‌های وسواسی آسیب به خود و دیگران و تکانه‌های وسواسی دزدی است. شمس و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب همبستگی این ابزار با پرسشنامه وسواس فکری - عملی و پرسشنامه وسواس فکری - عملی مادزلی را به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۵۸ گزارش کردند که شواهدی از روایی ملاکی آن فراهم می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۶۵ بود.

مقیاس ناگویی هیجانی (TAS-20) توسط بگبی، پارکر و تیلور^{۲۴} (۱۹۹۴) تدوین شده است. این مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده‌مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی دارد و بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. بشارت (۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ نمره کل و سه خرده‌مقیاس را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI) توسط ریس و همکاران^{۲۵} تدوین شده است. این ابزار خودگزارشی ۱۶ گویه دارد که در طیف پنج‌درجه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند؛ دامنه نمرات کل صفر تا ۶۴ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی بیشتر هستند. این شاخص سه بُعد ترس از نگرانی‌های بدنی، ازدست‌دادن کنترل شناختی و مشاهده‌شدن اضطراب از سوی دیگران را می‌سنجد. مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب پایایی همسانی درونی، بازآزمایی و دونیمه‌سازی را به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ و همبستگی آن با پرسشنامه SCL-90 را ۰/۵۹ گزارش کردند. همچنین، مشهدی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ این شاخص در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بود.

پس از توزیع پرسشنامه‌ها و گردآوری داده‌ها، اطلاعات با رعایت محرمانگی و با هدف استفاده پژوهشی بررسی شدند. داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شدند. در مرحله نخست، شاخص‌های توصیفی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی محاسبه شدند. داده‌های پرت تک‌متغیری با نمودار جعبه‌ای و داده‌های پرت چندمتغیری با آماره ماکسلیک بررسی شدند. نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و هم‌خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) ارزیابی شد. سپس، همبستگی‌ها، ضرایب مسیر مستقیم و اثرهای غیرمستقیم بررسی شدند. برای آزمون اثرهای غیرمستقیم از بوت‌استرپ استفاده شد.

یافته‌ها

²³ Sanavio

²⁴ Bagby, Parker, and Taylor

²⁵ Reiss et al

جامعه آماری شامل کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و ۳۴۰ نفر در پژوهش شرکت کردند. حجم نمونه با توجه به تعداد مؤلفه‌های پرسشنامه‌ها و قاعده پیشنهادی کالین تعیین شده بود. از شرکت‌کنندگان، ۱۸۹ نفر زن (۵۶ درصد) و ۱۵۱ نفر مرد (۴۴ درصد) بودند. از نظر سن، ۸۶ نفر (۲۵ درصد) در گروه ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۴۵ نفر (۴۳ درصد) در گروه ۳۱ تا ۴۰ سال و ۱۰۹ نفر (۳۲ درصد) در گروه ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. همچنین، ۹۴ نفر (۲۷ درصد) دارای سابقه کار ۱ تا ۱۰ سال، ۱۶۲ نفر (۴۸ درصد) دارای سابقه ۱۱ تا ۲۰ سال و ۸۴ نفر (۲۵ درصد) دارای سابقه ۲۱ تا ۳۰ سال بودند.

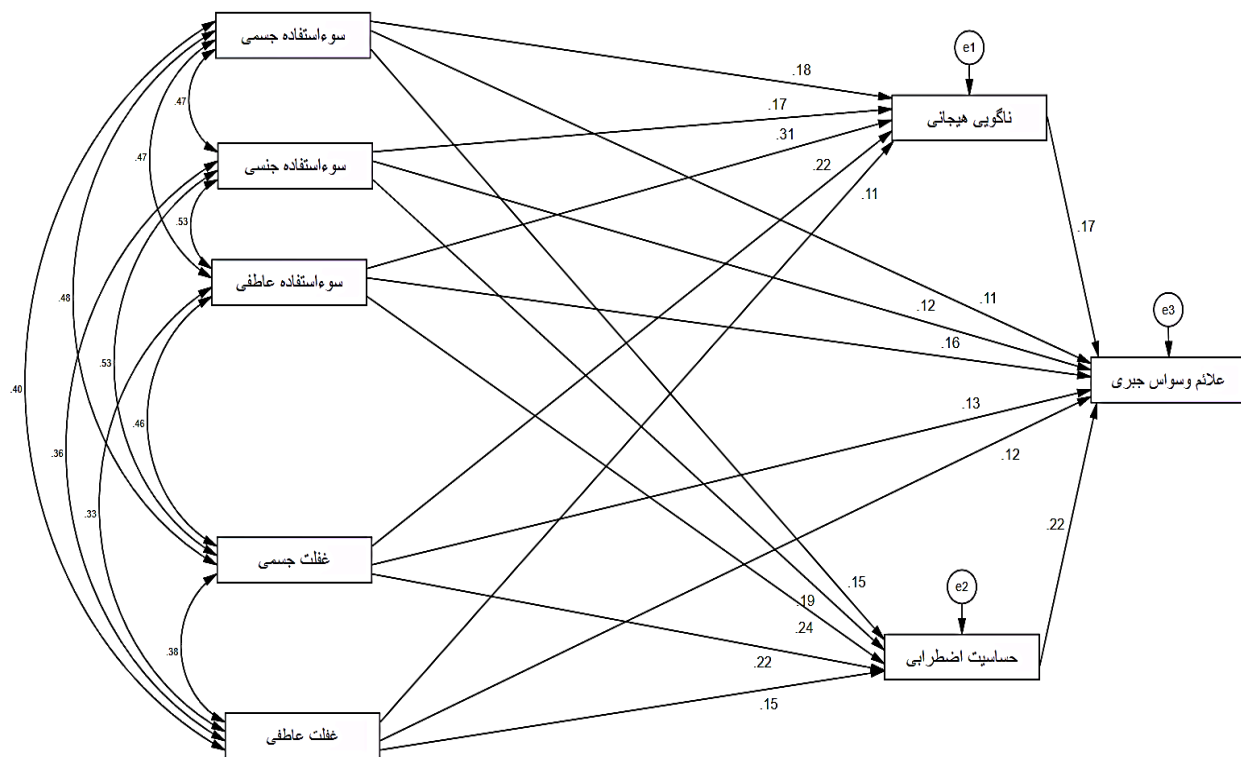
توصیف آماری نمرات مربوط به متغیرهای تروماهای دوران کودکی، ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و علائم وسواس جبری، شامل چولگی و کشیدگی به همراه شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمرات، همچنین نتایج آزمون کالموگروف – اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات محاسبه شده است. بر اساس نتایج، سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود. و برای بررسی وجود همخطی چندگانه بین متغیرها از شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. که مقدار تحمل تمامی متغیرها کمتر از ۰/۱ و مقادیر VIF بین ۱۰۳۵۵ و ۲۰۳۹۹ قرار داشتند و بر اساس معیارهای متداول، نشان‌دهنده نبود هم‌خطی چندگانه شدید هستند.

برای بررسی روابط دومتغیری، همبستگی میان پنج بُعد تروماهای دوران کودکی، ناگویی هیجانی، حساسیت اضطرابی و علائم وسواس جبری محاسبه شد. همه همبستگی‌های گزارش شده مثبت و در سطح ۰۰۰۱ معنادار بودند.

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سوءاستفاده جسمانی	۱	—	—	—	—	—	—	—
۲. سوءاستفاده جنسی	**۰,۴۷۴	۱	—	—	—	—	—	—
۳. سوءاستفاده هیجانی	**۰,۴۶۹	**۰,۵۲۷	۱	—	—	—	—	—
۴. غفلت جسمانی	**۰,۴۸۳	**۰,۵۲۶	**۰,۴۵۵	۱	—	—	—	—
۵. غفلت هیجانی	**۰,۴۰۰	**۰,۳۵۷	**۰,۳۳۳	**۰,۳۷۹	۱	—	—	—
۶. ناگویی هیجانی	**۰,۵۵۵	**۰,۵۷۶	**۰,۶۲۳	**۰,۵۸۳	**۰,۴۳۱	۱	—	—
۷. حساسیت اضطرابی	**۰,۵۲۳	**۰,۵۵۷	**۰,۵۶۰	**۰,۵۶۳	**۰,۴۴۶	**۰,۶۲۱	۱	—
۸. علائم وسواس جبری	**۰,۵۶۷	**۰,۵۹۱	**۰,۶۰۸	**۰,۵۹۲	**۰,۴۸۴	**۰,۶۷۰	**۰,۶۷۱	۱

همانطور که در جدول ۱ مشاهده میشود هر پنج بُعد تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری همبستگی مثبت داشتند: سوءاستفاده جسمانی ۰،۵۶۷، سوءاستفاده جنسی ۰،۵۹۱، سوءاستفاده هیجانی ۰،۶۰۸، غفلت جسمانی ۰،۵۹۲ و غفلت هیجانی ۰،۴۸۴. همچنین، همبستگی ناگویی هیجانی با علائم وسواس جبری ۰،۶۷۰ و همبستگی حساسیت اضطرابی با این علائم ۰،۶۷۱ بود. همبستگی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی نیز ۰،۶۲۱ به دست آمد.



شکل ۱: مدل

برازش مدل مسیر با استفاده از شاخص‌های گزارش شده ارزیابی شد. در این مدل، پنج بُعد تروماهای دوران کودکی به صورت جداگانه وارد شدند و مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم آن‌ها به علائم وسواس جبری از طریق ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی بررسی شد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص برازش	IFI	GFI	RMSEA	SRMR	CFI	NFI
مقدار	۰،۹۹۲	۰،۹۹۲	۰،۰۷۵	۰،۰۱۴	۰،۹۹۲	۰،۹۹۲

یادداشت. شاخص‌های CFI، IFI، GFI و NFI برابر با ۰،۹۹۲، شاخص SRMR برابر با ۰،۰۱۴ و RMSEA برابر با ۰،۰۷۵ بود. این مجموعه از برازش قابل قبول مدل حمایت می‌کند؛ باین حال، برازش مناسب مدل اثبات‌کننده روابط علی نیست.

نتایج مسیرهای مستقیم نشان داد که هر پنج بُعد تروماهای دوران کودکی، ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی با علائم وسواس جبری رابطه مستقیم و مثبت معنادار داشتند.

جدول ۳. ضرایب مسیرهای مستقیم به علائم وسواس جبری

متغیر پیش‌بین	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	آماره t	p
سوءاستفاده جسمانی	۰,۳۲۷	۰,۱۱۲	۲,۶۱۲	۰,۰۰۹
سوءاستفاده جنسی	۰,۴۴۳	۰,۱۱۸	۲,۶۳۰	۰,۰۰۹
سوءاستفاده هیجانی	۰,۶۵۷	۰,۱۶۳	۳,۵۶۵	۰,۰۰۱
غفلت جسمانی	۰,۴۷۳	۰,۱۳۲	۲,۹۴۷	۰,۰۰۳
غفلت هیجانی	۰,۳۷۳	۰,۱۲۱	۳,۱۳۹	۰,۰۰۲
ناگویی هیجانی	۰,۲۳۸	۰,۱۷۴	۳,۴۴۹	۰,۰۰۱
حساسیت اضطرابی	۰,۵۳۷	۰,۲۲۱	۴,۶۷۸	۰,۰۰۱

ضریب استاندارد مسیر سوءاستفاده جسمانی ۰,۱۱۲، سوءاستفاده جنسی ۰,۱۱۸، سوءاستفاده هیجانی ۰,۱۶۳، غفلت جسمانی ۰,۱۳۲ و غفلت هیجانی ۰,۱۲۱ بود. مسیر ناگویی هیجانی به علائم وسواس جبری ضریب استاندارد ۰,۱۷۴ و مسیر حساسیت اضطرابی ضریب استاندارد ۰,۲۲۱ داشت. در میان ضرایب استاندارد گزارش شده، مسیر حساسیت اضطرابی بزرگ‌ترین مقدار را نشان داد؛ این مقایسه توصیفی نباید به عنوان رتبه‌بندی اهمیت بالینی یا اثبات نقش علی متغیرها تفسیر شود. اثرهای غیرمستقیم هر یک از پنج بُعد تروماهای دوران کودکی بر علائم وسواس جبری از مسیر ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی با روش بوت‌استرپ بررسی شدند. همه این اثرها معنادار گزارش شده‌اند؛

جدول ۴. اثرهای غیرمستقیم تروماهای دوران کودکی بر علائم وسواس جبری از مسیر ناگویی هیجانی

مسیر غیرمستقیم	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	p گزارش شده
سوءاستفاده جسمانی ← ناگویی هیجانی ← علائم وسواس جبری	۰,۰۳۱	۰,۰۸۹	۰,۰۰۵
سوءاستفاده جنسی ← ناگویی هیجانی ← علائم وسواس جبری	۰,۰۲۹	۰,۱۱۳	۰,۰۰۵
سوءاستفاده هیجانی ← ناگویی هیجانی ← علائم وسواس جبری	۰,۰۵۳	۰,۲۲۱	۰,۰۰۵
غفلت جسمانی ← ناگویی هیجانی ← علائم وسواس جبری	۰,۰۳۷	۰,۱۳۹	۰,۰۰۵
غفلت هیجانی ← ناگویی هیجانی ← علائم وسواس جبری	۰,۰۱۹	۰,۰۶۰	۰,۰۰۵

در مسیرهای غیرمستقیم از طریق ناگویی هیجانی، بیشترین ضریب استاندارد مربوط به سوءاستفاده هیجانی (۰۰۵۳) و کمترین مقدار مربوط به غفلت هیجانی (۰۰۱۹) بود. این یافته‌ها با این تبیین نظری سازگارند که دشواری در شناسایی و توصیف هیجان‌ها ممکن است بخشی از ارتباط میان تجربه‌های آسیب‌زای اولیه و علائم وسواس جبری را توضیح دهد. با این حال، تعیین میانجی‌گری کامل یا جزئی مستلزم بررسی هم‌زمان اثرهای مستقیم و غیرمستقیم و مشخصات مدل است.

جدول ۵. اثرهای غیرمستقیم تروماهای دوران کودکی بر علائم وسواس جبری از مسیر حساسیت اضطرابی

مسیر غیرمستقیم	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	p گزارش شده
سوءاستفاده جسمانی ← حساسیت اضطرابی ← علائم وسواس جبری	۰۰۳۳	۰۰۱۰۳	۰۰۰۵
سوءاستفاده جنسی ← حساسیت اضطرابی ← علائم وسواس جبری	۰۰۴۲	۰۰۱۵۷	۰۰۰۵
سوءاستفاده هیجانی ← حساسیت اضطرابی ← علائم وسواس جبری	۰۰۵۳	۰۰۲۱۱	۰۰۰۵
غفلت جسمانی ← حساسیت اضطرابی ← علائم وسواس جبری	۰۰۴۸	۰۰۱۷۸	۰۰۰۵
غفلت هیجانی ← حساسیت اضطرابی ← علائم وسواس جبری	۰۰۳۳	۰۰۱۰۳	۰۰۰۵

در مسیرهای غیرمستقیم از طریق حساسیت اضطرابی، بیشترین ضریب غیراستاندارد مربوط به سوءاستفاده هیجانی (۰۰۲۱۱) و ضریب استاندارد آن ۰۰۵۳ بود. پس از آن، مسیر غفلت جسمانی با ضریب غیراستاندارد ۰۰۱۷۸ و ضریب استاندارد ۰۰۴۸ قرار داشت. این نتایج نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی در چارچوب مدل، یکی از مسیرهای آماری مرتبط با ارتباط میان تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و علائم وسواس جبری است؛ اما به دلیل مقطعی بودن مطالعه، نمی‌توان ترتیب علی این متغیرها را نتیجه گرفت.

در مجموع، یافته‌ها نشان دادند که هر پنج بُعد تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری رابطه مستقیم و مثبت داشتند و ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی نیز به‌طور مستقیم با این علائم مرتبط بودند، اثرهای غیرمستقیم هر پنج بُعد تروما از مسیر هر یک از دو متغیر میانجی معنادار بود و شاخص‌های برازش از برازش قابل قبول مدل حمایت کردند. در تفسیر این نتایج باید میان همبستگی دومتغیری، اثر مستقیم در مدل مسیر و اثر غیرمستقیم تمایز قائل شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد ترومای دوران کودکی با علائم وسواس جبری و تعیین نقش میانجی ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج انجام شد. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که هر پنج بُعد ترومای دوران کودکی، شامل سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمانی و غفلت هیجانی، با علائم وسواس جبری رابطه مستقیم و مثبت داشتند. همچنین، ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی رابطه مستقیم و مثبت معناداری با علائم وسواس جبری نشان دادند و اثرهای غیرمستقیم هر پنج بُعد تروما از مسیر هر یک از دو متغیر میانجی معنادار بودند. این یافته‌ها بر اهمیت بررسی هم‌زمان تجربه‌های آسیب‌زای اولیه و فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با هیجان و اضطراب در تبیین علائم وسواس جبری تأکید می‌کنند.

یافته مربوط به ارتباط مثبت هر پنج بُعد ترومای دوران کودکی با علائم وسواس جبری با نتایج مرور نظام‌مند دستری و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. این پژوهش با بررسی ۲۴ مطالعه نشان داد که در بخش قابل توجهی از مطالعات، تجربه تروماهای دوران کودکی با شدت علائم وسواس جبری ارتباط داشته است و این ارتباط ممکن است به یک نوع خاص از تروما محدود نباشد. همچنین، فراتحلیل اوو و همکاران (۲۰۲۱) بر اساس ۱۰ مطالعه و ۱۶۱۱ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، ارتباط مثبت اما ضعیفی میان بدرفتاری دوران کودکی و شدت علائم وسواس جبری گزارش کرد. در این فراتحلیل، سوءاستفاده هیجانی با شدت علائم وسواس و سوءاستفاده جنسی با شدت افکار وسواسی ارتباط داشتند. همسویی نتایج این مطالعات با یافته حاضر از ارتباط تجربه‌های آسیب‌زای اولیه با علائم وسواس جبری حمایت می‌کند؛ با این حال، تفاوت در جمعیت‌های مورد بررسی و اندازه روابط گزارش‌شده، ضرورت احتیاط در مقایسه مستقیم نتایج را نشان می‌دهد.

از نظر نظری، تجربه‌هایی مانند سوءاستفاده جسمانی و جنسی، تحقیر و بی‌اعتبار شمردن هیجان‌ها و تأمین نشدن نیازهای جسمانی و عاطفی ممکن است در برخی افراد با احساس ناامنی، انتظارات منفی و افزایش حساسیت نسبت به تهدید همراه شوند. این تجربه‌ها می‌توانند با نحوه ارزیابی افکار ناخواسته، احساسات ناخوشایند و موقعیت‌های مبهم ارتباط داشته باشند و احتمال استفاده از راهبردهایی مانند اجتناب، کنترل مکرر یا جست‌وجوی اطمینان را افزایش دهند. یافته‌های بریگرس و پریسی (۲۰۰۹) نیز نشان داد که تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی با علائم و باورهای وسواسی ارتباط دارند؛ با این حال، پس از کنترل اضطراب و افسردگی، رابطه تجربه‌های نامطلوب با علائم وسواس دیگر معنادار نبود. این نتیجه نشان می‌دهد که ارتباط تروما با علائم وسواس ممکن است تحت تأثیر سایر فرایندهای روان‌شناختی قرار گیرد و نباید آن را رابطه‌ای ساده و مستقل از سایر متغیرها در نظر گرفت.

در تفسیر این یافته‌ها باید توجه داشت که ارتباط مثبت تروماهای دوران کودکی با علائم وسواس جبری به معنای یکسان بودن پیامدهای انواع تروما یا ابتلای اجتناب‌ناپذیر افراد دارای تجربه‌های آسیب‌زا به وسواس نیست. واکنش افراد به تجربه‌های دوران کودکی ممکن است با توجه به ویژگی‌های فردی، شرایط خانوادگی، حمایت اجتماعی و تجربه‌های بعدی زندگی متفاوت باشد. بنابراین، نتایج حاضر از وجود ارتباط آماری میان ابعاد تروما و علائم وسواس جبری در نمونه مورد بررسی حمایت می‌کنند، اما تعیین سازوکارهای اختصاصی این ارتباط به بررسی متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر دیگری نیاز دارد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، معنادار بودن اثرهای غیرمستقیم ابعاد ترومای دوران کودکی بر علائم وسواس جبری از مسیر ناگویی هیجانی بود. همچنین، ناگویی هیجانی با ضریب استاندارد ۰.۱۷۴ رابطه مستقیم و مثبت با علائم وسواس جبری نشان داد.

این یافته با نتایج کارپنت و چانگ^{۲۶} (۲۰۱۱) همسو است که ارتباط میان تروماهای دوران کودکی، ناگویی هیجانی و شدت اختلال وسواس فکری - عملی را بررسی کردند. نتایج آنان نشان داد که ناگویی هیجانی با شدت و تعداد علائم وسواس ارتباط دارد و فرایندهای مرتبط با تجربه‌های بین فردی و پردازش هیجانی ممکن است در این ارتباط نقش داشته باشند. باین حال، مدل میانجی‌گری آن‌ها با مدل پژوهش حاضر یکسان نبود؛ از این رو، این مطالعه را می‌توان مؤید اهمیت پردازش هیجانی در زمینه وسواس دانست، نه تأییدی مستقیم بر تمام مسیرهای میانجی پژوهش حاضر.

از نظر نظری، شناسایی، تمایزگذاری و توصیف هیجان‌ها به فرد کمک می‌کند منشأ ناراحتی خود را بهتر تشخیص دهد و پاسخ متناسب‌تری به آن بدهد. در مقابل، دشواری در شناسایی و بیان هیجان‌ها ممکن است تشخیص ماهیت تجربه‌های درونی را دشوار کند و در برخی شرایط با اتکای بیشتر به راهبردهای ناکارآمد برای مدیریت ناراحتی همراه شود. در این چارچوب، ناگویی هیجانی می‌تواند یکی از فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با نحوه مواجهه فرد با افکار مزاحم و هیجان‌های ناخوشایند باشد. همچنین، ممکن است تجربه‌های آسیب‌زای اولیه در برخی افراد با دشواری در شناخت و بیان هیجان‌ها همراه شوند و این دشواری نیز با علائم وسواس جبری ارتباط پیدا کند. باین حال، پژوهش حاضر این فرایندها را به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نکرده است؛ بنابراین، تبیین یادشده باید به‌عنوان تفسیر نظری یافته‌ها در نظر گرفته شود.

یافته دیگر پژوهش، معنادار بودن اثرهای غیرمستقیم ابعاد ترومای دوران کودکی بر علائم وسواس جبری از مسیر حساسیت اضطرابی بود. حساسیت اضطرابی نیز با ضریب استاندارد ۰.۲۲۱ رابطه مستقیم و مثبت با علائم وسواس جبری داشت. این نتیجه با یافته‌های ویتون^{۲۷} و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. آنان در مطالعه‌ای روی ۶۳۶ دانشجو نشان دادند که حساسیت اضطرابی، حتی پس از کنترل پریشانی عمومی و باورهای وسواسی، می‌تواند علائم وسواس جبری را پیش‌بینی کند؛ هرچند ارتباط ابعاد حساسیت اضطرابی با ابعاد مختلف علائم وسواس یکسان نبود. این یافته از اهمیت حساسیت اضطرابی در بررسی علائم وسواس حمایت می‌کند، اما به دلیل تفاوت نمونه و طرح پژوهش، نمی‌توان نتایج آن را معادل تأیید نقش میانجی حساسیت اضطرابی در ارتباط میان تروما و وسواس دانست.

حساسیت اضطرابی به ترس از پیامدهای احتمالی نشانه‌های اضطراب اشاره دارد؛ به این معنا که فرد ممکن است برخی نشانه‌های جسمانی، شناختی یا هیجانی را خطرناک یا آسیب‌زا ارزیابی کند. چنین ارزیابی‌هایی می‌توانند توجه فرد را به تجربه‌های درونی افزایش دهند و مواجهه با احساسات ناخوشایند را دشوارتر کنند. در ارتباط با علائم وسواس جبری، ممکن است ترس از معنای افکار مزاحم یا پیامدهای ادراک‌شده آن‌ها با افزایش نگرانی و تلاش برای دستیابی به اطمینان همراه باشد. همچنین، تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی ممکن است در برخی افراد با احساس آسیب‌پذیری و ارزیابی تهدیدآمیز موقعیت‌ها ارتباط داشته باشند. در این چارچوب، حساسیت اضطرابی می‌تواند یکی از متغیرهای مرتبط با ارتباط میان تجربه‌های آسیب‌زا و علائم وسواس جبری باشد. باین حال، مطالعه حاضر ترتیب زمانی این فرایندها را بررسی نکرده است و برای روشن شدن سازوکارهای احتمالی، انجام مطالعات طولی ضروری است.

در مجموع، یافته‌های مربوط به دو متغیر میانجی نشان می‌دهند که ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در الگوی آماری ارتباط میان ابعاد ترومای دوران کودکی و علائم وسواس جبری نقش دارند. این نتایج در کنار پژوهش‌های پیشین، ضرورت توجه به

²⁶ Carpenter & Chung

²⁷ Wheaton

فرایندهای پردازش هیجانی و ارزیابی اضطراب را در مطالعه علائم وسواس جبری برجسته می‌کنند. با این حال، چون ضرایب اثرهای غیرمستقیم و فواصل اطمینان آنها در متن حاضر گزارش نشده‌اند، نمی‌توان درباره قدرت نسبی میانجی‌گری این دو متغیر یا برتری یکی بر دیگری نتیجه‌گیری کرد. برای ارزیابی دقیق‌تر این موضوع، گزارش ضرایب اثرهای غیرمستقیم، فواصل اطمینان بوت‌استرپ و روش آزمون میانجی‌گری در بخش یافته‌ها ضروری است.

شاخص‌های برازش مدل نیز از سازگاری قابل قبول مدل پیشنهادی با داده‌های مشاهده‌شده حمایت کردند. این نتیجه نشان می‌دهد که الگوی روابط مفروض در مدل با داده‌های پژوهش تناسب مناسبی داشته است؛ با این حال، برازش مطلوب به معنای یگانه بودن مدل نیست و امکان وجود مدل‌های نظری جایگزین همچنان مطرح است. از این رو، نتایج تحلیل مسیر باید در چارچوب فرضیه‌های نظری پژوهش تفسیر شوند و نباید به عنوان اثبات قطعی سازوکارهای علی در نظر گرفته شوند.

از نظر کاربردی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند توجه متخصصان سلامت روان و مسئولان سلامت کارکنان را به اهمیت ارزیابی تجربه‌های آسیب‌زای گذشته و فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با علائم وسواس جبری جلب کنند. فراهم کردن امکان دسترسی محرمانه و غیربرچسب‌زننده به خدمات مشاوره و ارزیابی روان‌شناختی، همراه با توجه به مهارت‌های شناخت و بیان هیجان و شیوه‌های مواجهه با اضطراب، می‌تواند جهت مناسبی برای طراحی و ارزیابی برنامه‌های حمایتی در محیط‌های بهداشتی و درمانی باشد. البته پژوهش حاضر اثربخشی هیچ مداخله درمانی یا آموزشی مشخصی را بررسی نکرده است؛ بنابراین، این پیشنهادها باید به عنوان زمینه‌هایی برای پژوهش و برنامه‌ریزی آتی در نظر گرفته شوند، نه پیامدهای اثبات‌شده مطالعه.

در تفسیر نتایج باید محدودیت‌های پژوهش نیز مدنظر قرار گیرند. مقطعی بودن طرح، امکان تعیین تقدم زمانی متغیرها و استنباط روابط علی را محدود می‌کند. همچنین، نمونه‌گیری در دسترس از کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج، تعمیم نتایج به کارکنان سایر مناطق و گروه‌های شغلی را با محدودیت مواجه می‌سازد. بررسی متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی، استرس شغلی، تحمل عدم قطعیت و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند به تبیین جامع‌تر روابط مشاهده‌شده کمک کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی، نمونه‌های گسترده‌تر از مراکز درمانی مختلف و بررسی مدل‌های نظری جایگزین، پایداری روابط مشاهده‌شده و نقش متغیرهای میانجی و تعدیل‌گر را ارزیابی کنند.

در نتیجه، پژوهش حاضر نشان داد که پنج بُعد ترومای دوران کودکی، ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی با علائم وسواس جبری در کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی مورد بررسی ارتباط دارند و ناگویی هیجانی و حساسیت اضطرابی در مدل پیشنهادی، مسیرهای غیرمستقیم معناداری را میان تجربه‌های آسیب‌زای اولیه و علائم وسواس جبری تشکیل می‌دهند. همسویی بخشی از این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین، از اهمیت بررسی هم‌زمان تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و فرایندهای هیجانی و اضطرابی در مطالعه علائم وسواس جبری حمایت می‌کند. با این حال، تأیید ترتیب زمانی و سازوکارهای علی پیشنهادی مستلزم پژوهش‌های تکمیلی است.

References

- Ameri, N., & Najafi, M. (2020). Predicting obsessive-compulsive symptoms based on anxiety sensitivity, psychological distress, and psychological flexibility in students. *Ruyesh-e Ravanshenasi*, 9(12), 85–96. [In Persian]
- Baldini, V., Gnazzo, M., Varallo, G., De Ronchi, D., & Fiorillo, A. (2025). Exploring the impact of childhood trauma on obsessive-compulsive disorder: A systematic review focused on adult populations. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(6), 1004–1013. <https://doi.org/10.1177/00207640251339510>
- Bérubé, A., Turgeon, J., Blais, C., & Fiset, D. (2023). Emotion recognition in adults with a history of childhood maltreatment: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 278–294. <https://doi.org/10.1177/15248380211029403>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Blakey, S., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C., & Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113–117. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.003>
- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J., & Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351–363. <https://doi.org/10.1177/1073191107312611>
- Destrée, L., Brierley, M.-E. E., Albertella, L., Jobson, L., & Fontenelle, L. F. (2021). The effect of childhood trauma on the severity of obsessive-compulsive symptoms: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 142, 345–360. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.08.017>
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(5–6), 311–329. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Hajirahimkhan, Z., Rahmani, S., & Goudarzi, M. (2026). Predicting psychosomatic symptoms based on childhood adversity and sensory processing sensitivity with the mediating role of alexithymia in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(1), 1–17. <https://doi.org/10.61838/jhpb.162> [In Persian]

- Hosseini, K., & Soleimani, E. (2019). Investigating the differential role of childhood trauma and cognitive distortions associated with clinical symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Andisheh va Raftar dar Ravan-Shenasi-ye Balini*, 14(54), 17–26. [In Persian]
- Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 963–972. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13616>
- McLaughlin, K. A., DeCross, S. N., Jovanovic, T., & Tottenham, N. (2019). Mechanisms linking childhood adversity with psychopathology: Learning as an intervention target. *Behaviour Research and Therapy*, 118, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.04.008>
- Miller, M. L., & Brock, R. L. (2017). The effect of trauma on the severity of obsessive-compulsive spectrum symptoms: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.02.005>
- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balázs, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Nargesi, F., Fathi-Ashtiani, A., Davodi, I., & Ashrafi, E. (2018). The mediating role of difficulties in emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance with obsessive-compulsive symptoms. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8, 9. [In Persian]
- Noroozi Homayoon, M., Hatami Nejad, M., Sadri Damirchi, E., & Sadeghi, M. (2024). Structural relationships between alexithymia and perfectionism with the mediating role of anxiety sensitivity in predicting obsessive-compulsive disorder in students. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 16(3), 47–65. <https://doi.org/10.22075/jcp.2024.34232.2897> [In Persian]
- Ou, W., Li, Z., Zheng, Q., Chen, W., Liu, J., Liu, B., & Zhang, Y. (2021). Association between childhood maltreatment and symptoms of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 612586. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.612586>
- Radmehr, F., Momeni, K., Karami, J., & Davarinejad, O. (2024). The effect of childhood trauma on the symptoms of obsessive-compulsive disorder with a mediating role of self-regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 25(96), 86–97. [In Persian]
- Taylor, S. (2005). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
- Taylor, S., & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 463–483. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00028-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00028-0)
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of*

Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43(3), 891–896.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.01.001>

Zangoulechi, Z., Imani, M., Goodarzi, M., & Rahimi, C. (2024). Investigating the relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms with mediating role of fear of self, emotional beliefs, obsessive beliefs and mental contamination. *Journal of Modern Psychological Researches*, 19(73), 215–225. [In Persian]