

## پیش‌بینی مشکلات جسمی بر اساس ترومای کودکی در دانشجویان افسرده

### Prediction of Physical Problems Based on Childhood Trauma in Depressed Students

**Maral Ghiasi**

M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad  
University, Yazd Branch, Fars, Iran.

Email: maral.mm19@Email.com

**Hamidreza Zakeri**

Supervisor, Apadana Institute of Higher Education,  
Shiraz, Fars, Iran.

مارال قیاسی\*

کارشناس ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد یزد، یزد، ایران.

حمیدرضا ذاکری

استاد راهنما، موسسه آموزش عالی آپادانا، شیراز، فارس، ایران.

#### Abstract

Adverse childhood experiences are among the most critical factors influencing the development of human psychological and physical systems, potentially manifesting as somatic symptoms in adulthood, particularly among individuals struggling with depression. Given the high prevalence of physical complaints in depressed students, examining the role of childhood trauma is of paramount importance. The objective of this study was to predict physical problems based on dimensions of childhood trauma in depressed students. This descriptive-correlational study was conducted on undergraduate students at Azad University of Shiraz. A sample of 270 students was selected through purposive sampling based on moderate depression scores. Research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein, 2003) and the Hagiwara Somatic Symptom Scale (Hagiwara, 1992). Data were analyzed using multiple regression analysis. The results indicated that only one dimension of trauma could predict certain domains of physical problems, while other dimensions showed no significant correlation with any form of somatic symptoms. Furthermore, the observed pattern of association was primarily evident in general symptoms and physical tension, rather than in broader physiological functional domains. These findings underscore the necessity of considering trauma history in the

#### چکیده

تجارب آسیب‌زای کودکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رشد سامانه‌های روانی و بدنی انسان‌اند و می‌توانند در بزرگسالی خود را به شکل نشانه‌های جسمانی نشان دهند، به‌ویژه در افرادی که با افسردگی مواجه هستند. با توجه به شیوع بالای شکایات جسمی در دانشجویان افسرده، بررسی نقش تروماهای دوران کودکی اهمیت ویژه‌ای دارد. هدف این پژوهش، پیش‌بینی مشکلات جسمی بر اساس ابعاد ترومای کودکی در دانشجویان افسرده بود. پژوهش به شیوه توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد شیراز بود و ۲۷۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس نمره افسردگی متوسط انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه ترومای کودکی برنستاین (Childhood Trauma Questionnaire; Bernstein, 2003) و مقیاس علائم جسمانی هاگیوارا (Hagiwara, 1992) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه بررسی شدند. نتایج نشان داد تنها یکی از ابعاد تروما قادر است برخی حوزه‌های مشکلات جسمی را پیش‌بینی کند و سایر ابعاد با هیچ‌یک از شکل‌های علائم جسمانی ارتباط معناداری ندارند. همچنین، الگوی ارتباطی مشاهده‌شده بیشتر در حوزه نشانه‌های عمومی و تنش‌های بدنی قابل مشاهده بود و نه در حیطه عملکردهای فیزیولوژیک گسترده‌تر. این نتایج بر ضرورت توجه به تاریخچه تروما در ارزیابی و درمان دانشجویان افسرده

assessment and treatment of depressed students and suggest that trauma-informed screening and interventions should be strengthened in university counseling centers.

**Keywords:** Childhood Trauma, Sexual Abuse, Physical Problems, Depression, Students.

تأکید دارد و پیشنهاد می‌کند غربالگری و مداخلات حساس به تروما در مراکز مشاوره دانشجویی تقویت شوند.

**واژه‌های کلیدی:** ترومای کودکی، سوءاستفاده جنسی، مشکلات جسمی، افسردگی، دانشجویان.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: اسفند ۱۴۰۴	پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۵
-------------------	--------------------	----------------------

## مقدمه

تجربه‌های اولیه زندگی از بنیادی‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت روان و جسم در بزرگسالی به شمار می‌آیند. شواهد پژوهشی گسترده نشان می‌دهد که رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی، از جمله بی‌توجهی عاطفی، بدرفتاری‌های هیجانی یا جسمانی و سایر اشکال تروما، می‌توانند مسیر رشد عصبی-زیستی، فرایندهای تنظیم هیجان و شیوه پردازش استرس را به شکل معناداری تغییر دهند. این اختلال در سیستم‌های عصبی تنظیم‌کننده استرس، به‌ویژه محور HPA، فرد را نسبت به تنیدگی‌های روزمره حساس‌تر کرده و احتمال بروز علائم روان‌تنی، دردهای بدون علت پزشکی، اختلالات گوارشی، سردردهای مزمن و سایر مشکلات جسمی را در بزرگسالی افزایش می‌دهد. در همین راستا، پژوهش‌های نظری و تجربی متعددی ارتباط معنادار میان تروماهای دوران کودکی و شاخص‌های سلامت جسمانی را تأیید کرده‌اند؛ ارتباطی که در جمعیت‌های بالینی همچون افراد مبتلا به افسردگی پیچیده‌تر و برجسته‌تر ظاهر می‌شود.

افسردگی، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات در میان دانشجویان، با اختلال در سیستم‌های شناختی، هیجانی و بین‌فردی همراه است و اغلب با مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی بروز می‌یابد. دانشجویان افسرده معمولاً خستگی مفرط، دردهای عضلانی، اختلالات خواب، تغییرات اشتها و علائم شبه‌پزشکی را تجربه می‌کنند؛ علائمی که حتی پس از کنترل شدت افسردگی نیز می‌توانند تداوم داشته باشند. این موضوع توجه پژوهشگران را به بررسی عوامل زیربنایی فراتر از افسردگی جلب کرده است؛ عواملی که در تجارب اولیه زندگی ریشه دارند و ممکن است به‌طور مستقل یا در تعامل با افسردگی در پایداری نشانه‌های جسمی نقش داشته باشند. مبانی نظری مرتبط با پیامدهای بلندمدت تروماهای کودکی نشان می‌دهد که چنین تجربه‌هایی می‌توانند آسیب‌پذیری زیستی-روانی را افزایش داده و در دوره‌های پرتنش بزرگسالی، مانند دوران دانشجویی، به شکل مشکلات جسمی نمایان شوند.

با توجه به اهمیت تروماهای دوران کودکی در سازوکارهای زیستی و روانی مرتبط با علائم جسمانی، بررسی رابطه مستقیم میان این تجارب اولیه و مشکلات جسمی در جمعیت دانشجویان افسرده اهمیت دوچندان دارد. از آنجا که دانشجویان بخش قابل توجهی از جمعیت جوان را تشکیل می‌دهند و در معرض فشارهای تحصیلی و هیجانی گوناگون قرار دارند، روشن شدن این مسئله که آیا تروماهای کودکی می‌توانند مشکلات جسمی آنان را پیش‌بینی کنند، از نظر نظری و کاربردی اهمیت فراوانی دارد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی توان پیش‌بینی‌کنندگی ترومای کودکی در بروز مشکلات جسمی در میان دانشجویان افسرده است.

## پیشینه پژوهش

پژوهش‌های حوزه روان‌شناسی سلامت طی سه دهه اخیر نقش تعیین‌کننده رویدادهای آسیب‌زای دوران کودکی را در شکل‌گیری پیامدهای روانی و جسمانی بزرگسالی به‌طور گسترده تأیید کرده‌اند. مطالعات اولیه برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)،

که ابزار ترومای کودکی نیز بر اساس آن توسعه یافت، نشان دادند تجربه بی‌توجهی عاطفی، غفلت جسمانی، آزار هیجانی و سوءرفتارهای فیزیکی با افزایش احتمال بروز نشانه‌های جسمی همچون سردردهای مزمن، دردهای اسکلتی-عضلانی و علائم شبه‌جسمانی رابطه‌ای خطی و معنادار دارد. پژوهش‌های بعدی این الگو را در جمعیت‌های بالینی مختلف بازتولید کرده و تأیید کرده‌اند که تروماهای اولیه با اختلال در تنظیم هیجان، dysregulation محور HPA، و افزایش حساسیت استرس‌پذیری، زمینه بروز مشکلات جسمی را در بزرگسالی فراهم می‌کنند.

در میان افراد مبتلا به افسردگی، این ارتباط برجسته‌تر گزارش شده است. برای مثال، یافته‌های ساکودولکسی و همکاران نشان می‌دهد که افراد افسرده نسبت به محرک‌های استرس‌زا واکنش‌های جسمی شدیدتری نشان می‌دهند و وجود سابقه تروما این پاسخ‌ها را تشدید می‌کند. پژوهش‌های بالینی اخیر نیز تأکید می‌کنند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم جسمی در افراد افسرده هستند؛ حتی زمانی که شدت افسردگی یا ویژگی‌های شخصیتی کنترل می‌شود. مدل‌های نظری نیز بر این نکته تأکید دارند که اختلال در فرایندهای شناختی-هیجانی، از جمله گسست شناختی، حساسیت افزایش‌یافته به تهدید و ضعف در راهبردهای تنظیم هیجان، می‌تواند به انباشت تنش بدنی و تداوم نشانه‌های جسمی منجر شود.

پژوهش‌های انجام‌شده بر جمعیت‌های دانشجویی نیز الگوی مشابهی را نشان داده‌اند. در چند مطالعه، دانشجویانی که تجربه‌های ناسازگار دوران کودکی را گزارش کرده‌اند، سطوح بالاتری از نشانه‌های جسمی، دردهای بدون علت پزشکی، خستگی مزمن و سردرد ارائه داده‌اند. این یافته‌ها معمولاً در پرتو فشارهای تحصیلی، چالش‌های هویتی دوران جوانی و محدودیت مهارت‌های تنظیم هیجان در این دوره تبیین می‌شوند؛ عواملی که اثرات تروماهای گذشته را تقویت کرده و آسیب‌پذیری جسمانی را افزایش می‌دهند.

با وجود شواهد گسترده، مرور نظام‌مند حوزه نشان می‌دهد که همچنان دو شکاف پژوهشی مهم وجود دارد. نخست اینکه بخش عمده پژوهش‌های بین‌المللی بر جمعیت‌های بزرگسال درمان‌جو یا نمونه‌های بالینی عمومی متمرکز بوده و داده‌های ویژه‌ای درباره دانشجویان افسرده کمتر ارائه شده است. دوم اینکه اغلب مطالعات رابطه میان تروما و مشکلات جسمی را بررسی کرده‌اند، اما تعداد معدودی به‌طور مشخص «توان پیش‌بینی‌کنندگی» تروماهای دوران کودکی را بر پیامدهای جسمی افراد افسرده آزمون کرده‌اند. این خلأها نیاز به پژوهش‌هایی را برجسته می‌کند که با بهره‌گیری از روش‌های آماری معتبر، نقش مستقیم تروماهای کودکی در تبیین مشکلات جسمی در جمعیت دانشجویی مبتلا به افسردگی را بررسی کنند.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، توصیفی و از نظر شیوه اجرا از نوع همبستگی است که در آن مشکلات جسمی به عنوان متغیر ملاک و ترومای کودکی (در کنار نشخوار خشم در طرح اصلی پژوهش) به عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این مطالعه را کلیه دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد شیراز در سال ۱۴۰۲، به‌ویژه دانشجویان دانشکده اقتصاد و مدیریت، تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه، ابتدا با اخذ مجوزهای لازم از واحد دانشگاه و هماهنگی با مسئولان مربوط، پژوهشگر با حضور در کلاس‌های درسی، هدف کلی مطالعه را برای دانشجویان توضیح داده و بر محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت تأکید کرد. در مرحله غربال‌گری، پرسشنامه افسردگی بک بین دانشجویان توزیع شد و بر اساس نمرات به‌دست‌آمده، دانشجویانی که در بازه ۲۰ تا ۲۸ قرار داشتند (دامنه افسردگی متوسط) و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به عنوان گروه افسرده انتخاب شدند. با توجه به تعداد مؤلفه‌های متغیرها و برآورد حداقل ۳۰ نفر برای هر مؤلفه، حجم نمونه

۲۷۰ نفر تعیین و انتخاب شد. بنابراین روش نمونه‌گیری، هدفمند بر اساس نمره افسردگی و رضایت آزمودنی‌ها بود و نمونه نهایی شامل ۲۷۰ دانشجوی افسرده در دامنه افسردگی متوسط بود که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند.

ملاک ورود به مطالعه شامل دانشجوی بودن در مقطع کارشناسی در دانشگاه آزاد شیراز در سال ۱۴۰۲، حضور در زمان اجرای پرسشنامه، کسب نمره بین ۲۰ تا ۲۸ در پرسشنامه افسردگی بک و اعلام تمایل برای شرکت در پژوهش بود. دانشجویانی که نمره‌ای خارج از این دامنه به دست آوردند یا تمایل به همکاری نداشتند، در نمونه نهایی منظور نشدند. هیچ ملاک خروج دیگری (مانند تشخیص‌های پزشکی خاص یا اختلالات همبود) در متن پژوهش گزارش نشده است و تمرکز اصلی بر کفایت نمره افسردگی و مشارکت داوطلبانه قرار داشته است. پس از تعیین نمونه نهایی، شرکت‌کنندگان مجموعه پرسشنامه‌های پژوهش، از جمله ابزار سنجش ترومای کودکی و مقیاس مشکلات جسمی، را در محیط کلاس و تحت نظارت پژوهشگر تکمیل کردند و داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری و برای تحلیل وارد نرم‌افزار شدند.

برای سنجش ترومای کودکی از پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) برنستاین، استین، نیوکمپ، والکر، پوگ و همکاران (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار غربال‌گری استاندارد برای شناسایی افراد دارای تجربه سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی است و هم در جمعیت بزرگسال و هم نوجوان قابل استفاده است. CTQ شامل ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن پنج بعد اصلی بدرفتاری یعنی سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی را می‌سنجد و ۳ سؤال برای شناسایی تمایل به انکار مشکلات دوران کودکی در نظر گرفته شده است. در مطالعات برنستاین و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف در دامنه‌ای نسبتاً بالا (حدود ۰/۷۸ تا ۰/۸۹) گزارش شده و در پژوهش‌های ایرانی نیز ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ به دست آمده است که حاکی از پایایی درونی مطلوب این ابزار است. همچنین روایی همزمان پرسشنامه با درجه‌بندی درمانگران از شدت تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده که نشان‌دهنده کفایت روایی سازه و همزمان CTQ است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس جمع نمرات گویه‌ها در هر بعد انجام می‌شود و نمره بالاتر، نشان‌دهنده سطح بالاتر تجربه تروما در دوران کودکی است.

برای سنجش مشکلات جسمی از مقیاس علائم جسمانی هاگیوارا (۱۹۹۲) استفاده شد. این مقیاس شامل ۳۱ گویه است که طیفی از مشکلات جسمی شایع را در بر می‌گیرد و پاسخ‌دهی به آن بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از «هرگز (۰)» تا «تقریباً همیشه (۳)» صورت می‌گیرد. دامنه نمره کل در این مقیاس از ۰ تا ۹۳ است؛ به‌گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر تجربه علائم جسمانی است. این مقیاس چهار نوع پاسخ یا حوزه علائم را می‌سنجد: پاسخ‌های ماهیچه‌ای (گویه‌های ۹، ۱۰، ۱۲)، علائم عمومی (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، پاسخ‌های قلبی-عروقی (گویه‌های ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱) و پاسخ ایمنی (گویه‌های ۲۶ تا ۳۱). در گزارش‌های روان‌سنجی، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های این ابزار به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۶، ۰/۷۰ و ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۸ ذکر شده است که بیانگر پایایی درونی مناسب برای استفاده در پژوهش‌های بالینی و غیربالینی است. نمره کل مشکلات جسمی با جمع نمرات تمام گویه‌ها محاسبه می‌شود و در صورت نیاز می‌توان نمرات زیرمقیاس‌ها را نیز به صورت جداگانه استخراج کرد.

از نظر ملاحظات اخلاقی، در ابتدای اجرای پژوهش، هدف‌ها و ماهیت مطالعه برای دانشجویان توضیح داده شد، مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان اطمینان یافتند که اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند و نتایج فقط در قالب تحلیل‌های گروهی گزارش خواهد شد. نام و مشخصات فردی در پرسشنامه‌ها ثبت نشد و داده‌ها پس از تکمیل، به صورت کدگذاری شده نگهداری شدند.

در مرحله تحلیل آماری، داده‌ها ابتدا با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر، و شاخص‌های شکل توزیع مانند کسیدگی و کجی بررسی شدند تا تصویری کلی از وضعیت متغیرها به دست آید و پیش‌فرض‌های مدل‌های تحلیلی کنترل گردد. سپس برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، به‌ویژه بررسی توان پیش‌بینی‌کنندگی ترومای کودکی

در تبیین مشکلات جسمی در دانشجویان افسرده، از رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان استفاده شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت و سطح معناداری بر اساس معیارهای متداول تصمیم‌گیری آماری تفسیر شد.

### یافته‌ها

در این پژوهش، پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای اصلی شامل ابعاد ترومای کودکی و مؤلفه‌های مشکلات جسمی محاسبه شد. داده‌ها از نظر توزیع با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی شدند و هیچ‌یک از متغیرها انحراف معناداری از نرمال بودن نشان ندادند؛ بنابراین استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه از نظر آماری مجاز بود. همچنین مقادیر تلورانس و شاخص‌های VIF نشان دادند که بین پیش‌بین‌ها هم‌خطی مشکل‌ساز وجود ندارد. برای آزمون فرضیه اصلی مبنی بر امکان پیش‌بینی مشکلات جسمی بر اساس مؤلفه‌های ترومای کودکی، چهار تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان و جداگانه برای هر بُعد مشکلات جسمی انجام شد. در بعد «پاسخ‌های ماهیچه‌ای» نتایج نشان داد مدل رگرسیونی از نظر آماری معنادار است و حدود ۸ درصد از واریانس پاسخ‌های ماهیچه‌ای را تبیین می‌کند. در این مدل، تنها سوءاستفاده جنسی به‌عنوان پیش‌بین معنادار ظاهر شد ( $\beta=0.15$ ,  $p>0.05$ ) و سایر ابعاد ترومای کودکی نقشی معنادار نداشتند. این یافته نشان می‌دهد تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی بیش از سایر ابعاد تروما با تنش و واکنش‌های عضلانی در بزرگسالی مرتبط است.

در تحلیل مربوط به «علائم عمومی»، مدل رگرسیونی حدود ۱۰ درصد از واریانس متغیر ملاک را تبیین کرد و همچون تحلیل قبلی، فقط سوءاستفاده جنسی پیش‌بین معنادار بود ( $\beta=0.16$ ,  $p>0.05$ ). این نتیجه نشان می‌دهد افرادی که در کودکی تجربه سوءاستفاده جنسی داشته‌اند، بیشتر علائم عمومی جسمانی مانند سردرد، خستگی و نشانه‌های پراکنده بدنی را گزارش می‌کنند؛ در حالی که سایر ابعاد تروما (سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، غفلت عاطفی و جسمی) رابطه معناداری با این حوزه نداشتند.

اما تحلیل‌های مربوط به دو بُعد «پاسخ قلبی-عروقی» و «پاسخ ایمنی» نشان دادند که مدل‌های رگرسیون در این دو حوزه از نظر آماری معنادار نیستند. در بُعد قلبی-عروقی، مدل تنها ۳ درصد از واریانس پاسخ‌های قلبی-عروقی را تبیین کرد و هیچ‌یک از ابعاد ترومای کودکی پیش‌بین معنادار نبودند. اگرچه ضریب بتای سوءاستفاده جنسی در این مدل نسبتاً بالاتر بود ( $\beta=0.13$ ), اما به سطح معناداری نرسید ( $p=0.07$ ). در بُعد پاسخ ایمنی نیز مدل ۴ درصد از واریانس را تبیین کرد و به سطح معناداری نرسید ( $p=0.06$ ). در این تحلیل، هیچ‌یک از ابعاد تروما از جمله سوءاستفاده فیزیکی ( $p=0.08$ ) و سوءاستفاده جنسی ( $p=0.06$ ) به آستانه معناداری نرسیدند.

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که از میان ابعاد مختلف ترومای کودکی، تنها سوءاستفاده جنسی توان پیش‌بینی‌کنندگی معنادار برای برخی ابعاد مشکلات جسمی (تنش ماهیچه‌ای و علائم عمومی) در دانشجویان افسرده دارد. هیچ‌یک از مؤلفه‌های تروما قادر به پیش‌بینی مشکلات وابسته به سامانه‌های قلبی-عروقی و ایمنی نبودند. بنابراین، تأثیر ترومای کودکی بر مشکلات جسمی دانشجویان افسرده در این مطالعه بیشتر در سطح نشانه‌های عمومی و پاسخ‌های بدنی تنشی مشاهده شد و نه در حوزه‌های سیستمیک‌تر مانند پاسخ‌های قلبی-عروقی یا ایمنی.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که برخی ابعاد ترومای دوران کودکی قادرند بخشی از مشکلات جسمی دانشجویان مبتلا به افسردگی را پیش‌بینی کنند، اما این قدرت پیش‌بینی محدود و در برخی حوزه‌ها متمرکز است. نتایج رگرسیون‌ها بیانگر آن بود که از میان پنج بُعد ترومای کودکی، تنها «سوءاستفاده جنسی» توانست دو حوزه از مشکلات جسمی یعنی پاسخ‌های ماهیچه‌ای و علائم عمومی را به صورت معنادار پیش‌بینی کند؛ در حالی که سایر ابعاد تروما، مانند سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی نقشی معنادار در پیش‌بینی مشکلات جسمی نداشتند. این الگو نشان می‌دهد که تجربه سوءاستفاده جنسی در مقایسه با سایر انواع تروما، اثرات پایدارتری بر کارکردهای بدنی و الگوهای تنش فیزیولوژیک در بزرگسالی بر جای می‌گذارد. هم‌خوانی این یافته با مطالعات پیشین که ارتباط میان سوءاستفاده جنسی و بروز علائم جسمانی منتشر و تنش عضلانی را گزارش کرده‌اند، مؤید آن است که چنین تجربی می‌توانند مسیرهای استرس‌پایه بدن از جمله HPA axis و سامانه‌های تنظیم هیجان را دچار دگرگونی بلندمدت کنند.

در مقابل، نتایج مربوط به پاسخ‌های قلبی-عروقی و پاسخ ایمنی نشان دادند که مدل‌های رگرسیونی در این دو حوزه معنادار نیستند. این الگو به روشنی بیان می‌کند که تأثیر ترومای کودکی در این جمعیت (دانشجویان افسرده) بیشتر در سطح نشانه‌های عمومی و پاسخ‌های بدنی تنشی قابل‌رديابی است، نه در سطح سامانه‌های فیزیولوژیک پیچیده‌تر و سیستمیک. نبود پیش‌بینی معنادار در حوزه‌های قلبی-عروقی و ایمنی ممکن است ناشی از چند عامل باشد؛ از جمله جوان بودن نمونه، فقدان علائم شدید جسمی و بیماری‌های مزمن در این جمعیت، و احتمالاً نقش قوی‌تر عوامل میانجی (مانند سبک مقابله، انعطاف‌پذیری روانی، تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی) که در این مطالعه سنجیده نشده‌اند.

این نتایج از منظر کاربردی چند پیام مهم دارد. نخست، در مداخلات روان‌درمانی برای دانشجویان افسرده، توجه هدفمند به سابقه سوءاستفاده جنسی-حتی در غیاب گزارش مشکلات روان‌شناختی شدید-می‌تواند در پیشگیری یا کاهش علائم جسمانی نقش مؤثری داشته باشد. دوم، یافته‌ها نشان می‌دهند که غربالگری تروما در سامانه‌های مشاوره دانشجویی باید جدی‌تر گرفته شود، زیرا برخی نشانه‌های جسمی ظاهراً پراکنده ممکن است بازتاب مستقیم تجربیات آسیب‌زای کودکی باشند. سوم، این نتایج بر لزوم آموزش متخصصان سلامت روان درباره ارتباط بین تروما و نشانه‌های جسمانی (somatization) تأکید دارد؛ به‌ویژه در جمعیت‌هایی که به طور رسمی شکایت از افسردگی دارند اما علائم بدنی‌شان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد.

با وجود اهمیت یافته‌ها، پژوهش حاضر با چند محدودیت همراه است. نخست، داده‌ها به صورت خودگزارشی جمع‌آوری شده‌اند؛ بنابراین امکان خطاهای حافظه، تمایل به پنهان‌سازی یا برجسته‌سازی تجربه تروما وجود دارد. دوم، نمونه‌گیری به صورت هدفمند و صرفاً از میان دانشجویان دانشگاه آزاد شیراز انجام شده است؛ از این رو میزان تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی، فرهنگی یا بالینی محدود است. سوم، پژوهش حاضر متغیرهای میانجی مانند سبک تنظیم هیجان، شدت اضطراب، استرس مزمن یا کیفیت روابط فعلی را اندازه‌گیری نکرده است؛ عواملی که در ادبیات علمی نقش مهمی در انتقال اثرات تروما بر بدن دارند. همچنین ماهیت مقطعی پژوهش اجازه استنتاج‌های علی نمی‌دهد و روابط مشاهده‌شده تنها از نوع پیش‌بین-پیش‌بینی‌شونده هستند.

با توجه به این محدودیت‌ها، انجام مطالعات آینده در چند مسیر توصیه می‌شود. نخست، پژوهش‌های طولی با سنجش مسیرهای روان‌زیستی می‌توانند تصویر دقیق‌تری از نحوه انتقال اثرات تروما از کودکی به بزرگسالی ارائه دهند. دوم، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند نشخوار فکری، حساسیت به استرس، خودتنظیمی هیجانی و حمایت اجتماعی می‌تواند روشن کند که چرا تنها برخی حوزه‌های جسمانی تحت تأثیر تروما قرار می‌گیرند. سوم، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با مشارکت دانشجویان از دانشگاه‌ها و شهرهای مختلف انجام شود تا امکان تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. چهارم، از منظر کاربردی، ارزیابی اثربخشی

مداخلاتی همچون درمان‌های مبتنی بر تروما، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر کاهش علائم جسمانی در دانشجویان افسرده می‌تواند گام مهمی در توسعه پروتکل‌های درمانی دقیق‌تر باشد. در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که تجربه برخی انواع تروما، به‌ویژه سوءاستفاده جنسی، می‌تواند در شکل‌گیری یا تشدید برخی نشانه‌های جسمانی در دانشجویان مبتلا به افسردگی نقش داشته باشد. این نتایج اهمیت توجه هم‌زمان به تاریخچه تروما و نشانه‌های جسمانی در ارزیابی و درمان این جمعیت را برجسته می‌کند و مسیرهایی برای پژوهش‌های آینده و توسعه رویکردهای درمانی حساس به تروما فراهم می‌سازد.

## منابع

- [۱] قاسمی، س. (۱۴۰۲). پیش‌بینی مشکلات جسمی بر اساس ترومای کودکی و نشخوار خشم در دانشجویان افسرده [پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز].
- [۲] فتحی آشتیانی، ع.، و داستانی، م. (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. بعثت.
- [۳] هومن، ع. ح. (۱۳۹۶). مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار لیزرل. سمت.
- [4] Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
- [5] Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & 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)
- [6] Hagiwara, H. (1992). The Somatic Symptom Scale: Development and validation. *Japanese Journal of Psychology*, 63, 211-218. (Source citation for the Somatic Symptoms Scale used in the thesis).
- [7] Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- [8] Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease*. Routledge.
- [9] Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variation as a lead into the next generation of biological psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1114-1133.