



Structural Model of the Mediating Role of Negative Problem Orientation in the Relationship Between Traumatic Childhood Experiences with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in Students of Mizan Institute of Higher Education of Tabriz

Mehrdad Sasani^{1*}, Leila Aliasghari Bakhtavar², Sherwin Mohammadi³

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Mizan Institute of Higher Education, Tabriz, Iran

² M.A. in General Psychology, Mizan Institute of Higher Education, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Mizan Institute of Higher Education, Tabriz, Iran

* Corresponding author: mehrdadsasani45@gmail.com

Received: 2025-12-03

Accepted: 2026-01-05

Abstract

This study aimed to examine the structural model of the mediating role of negative problem orientation in the relationship between adverse childhood experiences and symptoms of generalized anxiety disorder among university students. The present research was descriptive-correlational and employed structural equation modeling. The statistical population included all students of Mizan Higher Education Institute in Tabriz during the academic year of 2024-2025. The sample consisted of 300 participants selected through convenience sampling. Data collection instruments included the Generalized Anxiety Disorder Scale (7-GAD), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the Negative Problem Orientation Questionnaire (NPOQ). Data analysis was conducted using Pearson correlation and structural equation modeling via SPSS version 26 and AMOS version 21. The findings revealed that adverse childhood experiences predicted 18.9% of the variance in negative problem orientation and, together with it, 42.3% of the variance in generalized anxiety disorder symptoms. The direct effects of childhood trauma on generalized anxiety disorder ($\beta=0.365$) and on negative problem orientation ($\beta=0.435$) were significant. Additionally, negative problem orientation had a significant direct effect on generalized anxiety disorder ($\beta = 0.403$), and its mediating role was confirmed with an effect size of $\beta=0.175$. Based on these results, it can be concluded that adverse childhood experiences play a significant role in increasing symptoms of generalized anxiety disorder both directly and indirectly through the mediation of negative problem orientation. These findings emphasize the importance of understanding cognitive and emotional processes in the development of anxiety disorders and highlight the necessity of addressing maladaptive cognitive patterns in clinical interventions.

Keywords: Generalized anxiety disorder, Adverse childhood experiences, Negative problem orientation, Student.

© 2023 Journal of Mental Health in School (JMHS)



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article: Sasani, M. (2026). Structural Model of the Mediating Role of Negative Problem Orientation in the Relationship Between Traumatic Childhood Experiences with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in Students of Mizan Institute of Higher Education of Tabriz. *JMHS*, 3(4): 1-15.





مدل ساختاری نقش میانجی جهت گیری منفی به مشکل در رابطه بین تجارب آسیب زای دوران کودکی با نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان موسسه آموزش عالی میزان تبریز

مهرداد ساسانی^{۱*}، لیلا علی اصغری بختور^۲، شروین محمدی^۳

^۱ استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی میزان

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی میزان، تبریز، ایران

^۳ استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی میزان، تبریز، ایران.

* نویسنده مسئول: mehrdadsasani45@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۹/۲۲

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی مدل ساختاری نقش میانجی جهت گیری منفی به مشکل در رابطه بین تجارب آسیب زای دوران کودکی با نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان موسسه آموزش عالی میزان تبریز انجام شد. پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی به روش مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان موسسه آموزش عالی میزان تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل مقیاس اضطراب فراگیر (GAD-7)، پرسشنامه تجارب آزاردهنده دوران کودکی (CTQ) و پرسشنامه جهت گیری منفی نسبت به مشکل (NPOQ) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری در برنامه های SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۱ انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که تجارب آسیب زای ۱۸/۹ درصد از تغییرات جهت گیری منفی و همراه با آن ۴۲/۳ درصد از تغییرات اختلال اضطراب فراگیر را پیش بینی می کند. اثر مستقیم آسیب های کودکی بر اضطراب فراگیر ($\beta=0/365$) و جهت گیری منفی ($\beta=0/435$) معنادار بود. همچنین جهت گیری منفی به مشکل با ضریب ۰/۴۰۳ به طور مستقیم بر اضطراب فراگیر تأثیرگذار است و نقش میانجی آن با ضریب ۰/۱۷۵ تأیید شد. با توجه به یافته ها می توان مطرح ساخت که تجارب آسیب زای دوران کودکی به طور مستقیم و از طریق میانجی گری جهت گیری منفی به مشکل، نقش مهمی در افزایش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر دارد.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، تجارب آسیب زای دوران کودکی، جهت گیری منفی به مشکل، دانشجویان

تمامی حقوق نشر برای فصلنامه سلامت روان در مدرسه محفوظ است.

شیوه استناد به این مقاله: ساسانی، مهرداد؛ علی اصغری بختور، لیلا؛ محمدی، شروین. (۱۴۰۴). مدل ساختاری نقش میانجی جهت گیری منفی به مشکل در رابطه بین تجارب آسیب زای دوران کودکی با نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان موسسه آموزش عالی میزان تبریز. فصلنامه سلامت روان در مدرسه، ۳(۴): ۱-۱۵.

مقدمه

فرد را تحت تأثیر قرار دهد. این اختلال با شیوع طول عمر ۱۴/۲ درصد، نشان دهنده شیوع بالای آن در جمعیت عمومی است (Lutkiewicz, Bieleninik, Jurek, & Bidzan, 2024).

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع ترین اختلالات روان شناختی است که می تواند به طور چشمگیری کیفیت زندگی

علائم نقش داشته باشد، گامی حیاتی برای کمک بهتر به افراد مبتلا به اضطراب فراگیر است. در این میان، نقش تجارب تروماتیک دوران کودکی در رشد اختلال اضطراب فراگیر موضوعی است که هم در روانشناسی بالینی و هم در روانپزشکی مورد توجه است. تجارب آسیب زای دوران کودکی شامل رویدادهای آسیب‌زایی است که پیش از ۱۸ سالگی در محیط خانواده رخ می‌دهند (Boullier & Blair, 2018). این تجارب می‌توانند شامل آزار جسمی، جنسی و عاطفی، بی‌توجهی عاطفی و جسمی، و شرایط نامطلوب خانوادگی مانند جدایی یا طلاق والدین، مصرف مواد، وجود بیماری روانی در خانواده، و مشاهده رفتارهای خشونت‌آمیز باشند (Felitti, Anda, Nordenberg, & Marks, 2019). این تجربیات نامطلوب اولیه می‌توانند نحوه درک افراد از خود و دنیای اطرافشان را تغییر دهد، که اغلب منجر به مشکلاتی در تنظیم عاطفی، پویایی روابط، و رفاه کلی در آینده می‌شود (Cruz, Lichten, Berg & George, 2022). شواهد نشان داده است که آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند بر رشد مغز و بر نواحی مرتبط با پاسخ استرس، حافظه و پردازش عاطفی تأثیر بگذارد (Almeida, Cardoso, Matos, Murça & Cunha, 2024). پیامدهای دراز مدت آسیب‌های دوران کودکی نه تنها روانی است، بلکه می‌تواند بر نتایج اجتماعی و تحصیلی نیز تأثیر بگذارد، افرادی که چنین آسیب‌هایی را تجربه کرده‌اند، اغلب با چالش‌هایی در ایجاد دلبستگی ایمن، حفظ روابط سالم و دستیابی به موفقیت تحصیلی و شغلی مواجه می‌شوند (Strathearn, Giannotti, Mills, Kisely, Najman & Abajobir, 2020). با توجه به مدل عدم تحمل بلاتکلیفی، تجارب آسیب‌زا در دوران کودکی، به ویژه آنهایی که شامل رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی یا غیرقابل کنترل (مانند آزار عاطفی یا جسمی)، می‌توانند به افزایش حساسیت فرد نسبت به عدم تحمل بلاتکلیفی کمک کنند. از سنین پایین، کودکانی که در معرض تروما قرار می‌گیرند، ممکن است یاد بگیرند که با درگیر شدن در نگرانی یا تلاش برای پیش‌بینی و کنترل نتایج، با بلاتکلیفی کنار بیایند. این مکانیسم مقابله‌ای آموخته شده می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد و افراد با سابقه تروما را در برابر اضطراب فراگیر آسیب‌پذیرتر کند (Boswell, Thompson, Hollands, Farchione & Barlow, 2013). از منظر دیگر، کودکانی که تروما را تجربه می‌کنند ممکن است راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثری ایجاد نکنند که منجر به افزایش پاسخ‌های عاطفی و مشکل در مدیریت استرس می‌شود. در مورد اضطراب فراگیر، این مشکل در تنظیم احساسات می‌تواند منجر به نگرانی بیش از حد به عنوان راهی برای کنترل یا جلوگیری از

اصلی‌ترین ویژگی اضطراب فراگیر، نگرانی مداوم، افراطی و غیرقابل کنترل است که فرد اغلب قادر به توقف یا مدیریت آن نیست (American Psychiatric Association, 2013). نگرانی‌های افراد مبتلا به اضطراب فراگیر معمولاً در مورد موضوعات روزمره و متنوعی است، از مسائل شغلی و مالی گرفته تا سلامت خود و عزیزان‌شان (Nauphal, Cardona, Morgan & Eustis, 2023). این اختلال علاوه بر نگرانی مزمن، با علائم دیگری نیز همراه است، از جمله دشواری در تمرکز، که می‌تواند بر عملکرد تحصیلی و شغلی تأثیر منفی بگذارد (Munir, & Takov, 2022). مشکلات خواب، بی‌قراری، خستگی مزمن، تحریک‌پذیری و تنش عضلانی نیز از دیگر علائمی هستند که زندگی روزمره این افراد را دشوار می‌سازد (Mishra & Varma, 2023). یک نظریه کلیدی در اختلال اضطراب فراگیر، مدل عدم تحمل عدم اطمینان است، که نشان می‌دهد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر در پاسخ به عدم اطمینان و ابهام، پریشانی و اضطراب قابل توجهی را تجربه می‌کنند (Ludlow & Rendeovski, 2023). این مدل بیان می‌کند که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر قادر به تحمل ناراحتی ناشی از موقعیت‌های نامطمئن نیستند و در نتیجه درگیر نگرانی بیش از حد به عنوان مکانیزم مقابله‌ای برای پیش‌بینی و کنترل رویدادهای آینده می‌شوند. عدم تحمل عدم اطمینان افراد را به تلاش برای کاهش عدم اطمینان با درگیر شدن در تفکر تکراری، اطمینان‌جویی و رفتارهای اجتنابی سوق می‌دهد که به نوبه خود اضطراب را حفظ می‌کند (Menekli & Şentürk, 2023). مدل رفتاری اختلال اضطراب فراگیر نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی در این اختلال از طریق ارتباط‌های آموخته شده بین موقعیت‌های خنثی و پاسخ‌های اضطرابی ایجاد می‌شود. با گذشت زمان، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر ممکن است شروع به تعمیم این پاسخ‌های اضطرابی به طیف گسترده‌ای از موقعیت‌ها، حتی در غیاب خطر فوری کنند. تقویت منفی، که در آن رفتارهای اجتنابی اضطراب را در کوتاه مدت کاهش می‌دهد، می‌تواند چرخه نگرانی و اجتناب را تداوم بخشد (LaFreniere & Newman, 2019). همچنین، طبق نظریه شناختی، افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تمایل به افکار خودکار منفی و تحریفات شناختی، مانند فاجعه‌سازی، تعمیم بیش از حد، و مشاهده موقعیت‌های مبهم به عنوان تهدید کننده دارند. افکار اضطراب‌زا در اضطراب فراگیر لزوماً با تهدیدهای خارجی خاص مرتبط نیستند، بلکه بیشتر نتیجه تمایل فرد به تفسیر موقعیت‌ها با نگرانی بیش از حد و ترس از بدترین نتیجه ممکن است (Özdemir & Kuru, 2023; Riskind, 2024). درک عواملی که ممکن است در حفظ و تداوم این

فرد در حل مشکل تأثیر منفی بگذارد (Llera & Newman, 2020). تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر با جهت گیری منفی به مشکل مرتبط است. برای اولین بار، Davey و همکاران در سال ۱۹۹۲ به این ارتباط پی بردند و نتایج آن در یک فراتحلیل که شامل ۳۳ مطالعه بود، تأیید شده است (Clarke, Ford, Heary, Rodgers & Freeston, 2017). افراد مبتلا به اضطراب فراگیر ویژگی‌هایی مانند بدبینی نسبت به حل مسئله و اعتماد به نفس پایین در توانایی‌های حل مسئله خود را گزارش می‌کنند. این گرایش منفی به مشکل در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نسبت به افرادی که دچار سایر اختلالات اضطرابی هستند یا نسبت به افراد بدون اضطراب، قوی تر است (Llera & Newman, 2023). در این رابطه، Watts, Cossar, & Ferreira (2021) مطرح کردند که عدم تحمل عدم قطعیت و جهت گیری منفی به مسئله، پیش بینی کننده علائم اختلال اضطراب فراگیر بودند.

با وجود تحقیقات گسترده در زمینه اختلالات اضطرابی و تأثیرات تروماهای دوران کودکی بر بروز این اختلالات، هنوز بسیاری از مکانیزم‌های روان‌شناختی که این ارتباطها را توضیح می‌دهند، به‌طور کامل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. در حالی که مطالعات زیادی به بررسی تأثیر تروماهای دوران کودکی و ویژگی‌های شناختی و عاطفی مانند سوگیری منفی به مشکلات بر اضطراب پرداخته‌اند، مدل‌های ساختاری که به طور همزمان این روابط را مورد بررسی قرار دهند، هنوز کم تعداد هستند. این شکاف پژوهشی نشان می‌دهد که نیاز به تحلیل‌های پیچیده‌تر جهت شناسایی روابط میان، متغیری میان تروما، جهت گیری منفی به مشکلات و علائم اضطراب فراگیر در دانشجویان ضروری است. از این رو، سؤال پژوهشی اصلی این تحقیق بدین‌صورت مطرح می‌شود که آیا تجارب آسیب زای دوران کودکی بر نشانه‌های اضطراب فراگیر با نقش میانجی جهت گیری منفی به مشکل در دانشجویان اثر مستقیم دارد؟

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات همبستگی و با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان موسسه آموزش عالی میزان تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. برای تعیین حجم نمونه آماری از فرمول $5Q < n$ استفاده شد. در این رابطه Q تعدادگویه‌ها (سوالات پرسشنامه) و n حجم نمونه است. بنابراین، با توجه به اینکه ۴۷ گویه در این پژوهش وجود دارد، لذا نمونه آماری براساس فرمول (47×7) تعداد ۲۸۲ نفر بود که با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های ناقص و تکمیل نشده ۳۰۰ نفر بود. لذا نمونه آماری شامل ۳۰۰ نفر

تجربیات هیجانی منفی شود (Sharma, Sen, Sinha & Kumar, 2024). این تئوری‌ها تأکید می‌کنند که چگونه ترومای اولیه می‌تواند نحوه پردازش احساسات، تفسیر تهدیدات بالقوه، و تنظیم پاسخ‌های آنها به استرس را شکل دهد، که ممکن است زمینه مناسبی برای ایجاد اختلالات اضطرابی در آینده ایجاد کند (Kalogeratos, Anastasopoulou, Tsagri, Tseremegklis, & Kriparopoulou, 2024). در این رابطه، Urcuyo et al (2024) نشان دادند که تجارب آسیب زای دوران کودکی نقش مهمی در بروز و تداوم نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دارد.

از سوی دیگر، یکی از ویژگی‌های بارز اضطراب فراگیر تمایل به درک و تفسیر مشکلات در یک بافت منفی است که به طور قابل توجهی به نگرانی و ناراحتی مزمن تجربه شده افراد مبتلا کمک می‌کند. این جهت گیری منفی نسبت به مسائل، که به عنوان جهت گیری منفی به مشکل^۲ از آن یاد می‌شود، شامل رویکردی فراگیر و اغلب ناسازگار برای حل مسئله است (Kasik, Gál & Tóth, 2018). جهت گیری منفی به مشکل به عنوان سیستمی از باورها تعریف می‌شود که در آن افراد مشکلات را تهدیدآمیز درک می‌کنند، در مواجهه با مشکلات دچار شک به خود می‌شوند و نسبت به توانایی خود برای غلبه بر مشکلات بدبین هستند (Robichaud & Dugas, 2005). افراد مبتلا به اضطراب فراگیر اغلب مشکلات را به عنوان طاقت فرسا، تهدید کننده و فراتر از توانایی خود برای کنترل یا مدیریت موثر درک می‌کنند (Zhao, Zhou, Liu, Jiang & Wang, 2023). این سبک شناختی و عاطفی منفی می‌تواند اضطراب را تشدید کند، فراوانی نگرانی را افزایش دهد و توانایی مقابله با عوامل استرس زا به روش‌های سازگارانه را مختل کند (Şengel, Genç, Işkın, Çevrimkaya, et al, 2022). برای مثال، اعتماد به نفس پایین در حل مشکل می‌تواند تلاش‌های حل مسئله را مختل کند، به‌طوری که نگرانی ممکن است به‌عنوان تلاشی برای یافتن راه حل‌ها یا به عنوان نگرانی درباره نتایج منفی عمل کند. با این حال، نگرانی در پاسخ به مشکلات ممکن است تنها جهت گیری منفی به مشکل را تشدید کند (Gústavsson, Salkovskis & Sigurðsson, 2021).

یک مطالعه اخیر نشان داده است افرادی که نگرانی بالایی دارند، قبل از پیدا کردن راه‌حل برای یک مشکل شخصی نگران می‌شوند، احساس اعتماد به نفس کمتری در مورد راه‌حل‌های خود دارند. در مقابل، افرادی که مشکل خود را بدون نگرانی بررسی می‌کنند و بیشتر بر حل مسئله تمرکز دارند، معمولاً اعتماد به نفس بیشتری در مورد راه‌حل‌هایی که پیدا می‌کنند دارند. این نشان می‌دهد که نگرانی می‌تواند بر اعتماد به نفس

۲۵ و نمره کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است. در صورتی که مجموع نمرات فرد در سوالات روایی (۱۰، ۱۶ و ۲۲) بالاتر از ۱۲ باشد، اعتبار پاسخ‌ها زیر سؤال می‌رود (حامد شعاعی و همکاران، ۱۴۰۳). علاوه بر محاسبه نمره کل، نوع شدت تجارب آزردهنده در هر یک از حیطه‌ها بر اساس نقاط برش مشخص شده است (سوءاستفاده عاطفی: نمره ۱۳ و بالاتر، سوءاستفاده جسمی: نمره ۱۰ و بالاتر، سوءاستفاده جنسی: نمره ۸ و بالاتر، بی‌توجهی عاطفی: نمره ۱۰ و بالاتر، و بی‌توجهی جسمی: نمره ۱۰ و بالاتر). برنشتاین و فینک اعتبار و پایایی بالایی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند؛ به‌گونه‌ای که همسانی درونی عوامل بین ۰/۳۷ تا ۰/۷۵ متغیر بوده و پنج عامل پرسشنامه به طور کلی ۵۵ درصد از واریانس را تبیین می‌کنند (فرجامی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، بهبودی و احمدی طهور سلطانی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای، همسانی درونی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ و برای ابعاد آن در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش کردند.

پرسشنامه جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل (NPOQ): این پرسشنامه در قالب ۱۲ سؤال طراحی شده و در سال ۲۰۰۵ توسط Robichaud & Dugas اعتباریابی گردیده است. این ابزار دیدگاه منفی فرد نسبت به حل مسائل اجتماعی را بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، از "هرگز" (۱) تا "خیلی زیاد" (۵) ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ متغیر است (ارسطو، داوودی و پیمان نیا، ۱۴۰۲). Robichaud & Dugas (2005) در بررسی اولیه اعتبار این پرسشنامه، ساختار تک عاملی آن را تأیید کردند و پایایی آن را با روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۵ هفته، ۰/۸۰ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. نتایج مطالعه محمود علیلو و همکاران نیز اعتبار و پایایی این ابزار را در نمونه ایرانی بررسی و تأیید کرده است. بطوری که، ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و پایایی بازآزمایی آن طی دو ماه برابر با ۰/۷۸ بود. همچنین، روایی همگرای آن ۰/۷۶ گزارش شده است (به نقل از ارسطو و همکاران، ۱۴۰۲). علاوه بر این، بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، پایایی مقیاس ۰/۸۰ تعیین گردیده است (به نقل از ارسطو و همکاران، ۱۴۰۲).

شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای تحقیق، ابتدا مجوزهای لازم از مؤسسه آموزش عالی میزان تبریز دریافت شد و هماهنگی‌های لازم با مسئولان دانشگاه برای اجرای پرسشنامه‌ها انجام گرفت. در مرحله بعد، نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. پیش از اجرای ابزارهای پژوهش، اعضای نمونه فرم‌های رضایت‌نامه کتبی را برای

که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی داده‌ها با استفاده از فراوانی، میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون در برنامه SPSS نسخه ۲۶ توصیف شد و در سطح استنباطی نیز داده‌ها با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری در برنامه AMOS نسخه ۲۱ انجام شد.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب فراگیر (GAD-7): مقیاس اضطراب فراگیر (GAD-7) توسط Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe (2006) طراحی شد. این مقیاس شامل ۷ سؤال است که از میان ۱۳ سؤال مرتبط با نشانه‌های بالینی، بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و دیگر مقیاس‌های اضطراب انتخاب شده‌اند. هر سؤال در این مقیاس با نمره‌ای بین ۰ تا ۳ ارزیابی می‌شود و دامنه نمرات کل مقیاس از ۰ تا ۲۱ متغیر است (نائینیان، شعیری، شریفی، هادیان، ۱۳۸۸). Spitzer ET AL (2006) گزارش داده‌اند که مقیاس GAD-7 از همسانی درونی قابل‌قبولی برخوردار است ($\alpha=0/92$) و پایایی بازآزمایی آن نیز در سطح مناسبی قرار دارد ($r=0/83$). حساسیت و ویژگی این مقیاس در نقطه برش نمره ۱۰ یا بالاتر بیش از ۰/۸۰ بوده است. همچنین، همبستگی GAD-7 با خرده مقیاس‌های SF-20 در محدوده ۰/۳۹ تا ۰/۹۱، با مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲ و با خرده مقیاس اضطراب چک لیست SCL-90 برابر با ۰/۷۴ گزارش شده است. نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) نیز در پژوهشی، ساختار تک عاملی این مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی تأیید کرده‌اند. آنان پایایی GAD-7 را از طریق همسانی درونی ۰/۸۵ و از طریق بازآزمایی با فاصله دو هفته‌ای ۰/۴۸ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه تجارب آزردهنده دوران کودکی (CTQ): این مقیاس ابزاری خود گزارشی است که توسط Bernstein & Fink در سال ۱۹۹۸ طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که از این تعداد، ۲۵ سؤال برای ارزیابی مؤلفه‌های اصلی و ۳ سؤال (سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲) برای شناسایی افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند طراحی شده و در نمره کل لحاظ نمی‌شوند (فرجامی و همکاران، ۱۴۰۳). این ابزار پنج حوزه سوءاستفاده عاطفی (۵ سؤال)، سوءاستفاده جسمی (۵ سؤال)، سوءاستفاده جنسی (۵ سؤال)، بی‌توجهی عاطفی (۵ سؤال) و بی‌توجهی جسمی (۵ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس است. دامنه نمرات هر زیرمقیاس بین ۵ تا

یافته ها

مشارکت در تحقیق تکمیل نمودند. سپس، پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند. همچنین، توضیحات لازم درباره نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شد.

جدول ۱: شاخص های توصیفی آزمودنی ها از نظر جنسیت و سن

انحراف معیار	میانگین	درصد	فراوانی	
۵/۰۸	۲۸/۶۲	۴۵/۲	۱۲۷	مرد
۵/۱۵	۲۸/۹۰	۵۴/۸	۱۵۴	زن
۵/۱۱	۲۸/۷۸	۱۰۰	۲۸۱	کل

جدول ۲: شاخص های توصیفی آزمودنی ها از نظر تحصیلات

درصد	فراوانی	
۵۱/۶	۱۴۵	کارشناسی
۴۸/۴	۱۳۶	کارشناسی ارشد
۱۰۰	۲۸۱	کل

با توجه به جدول (۱)، ۴۵/۲ درصد از شرکت کنندگان مرد و ۵۴/۸ درصد نیز زن بودند. همچنین، میانگین سنی کل شرکت کنندگان برابر با ۲۸/۷۸ با انحراف معیار ۵/۱ بود.

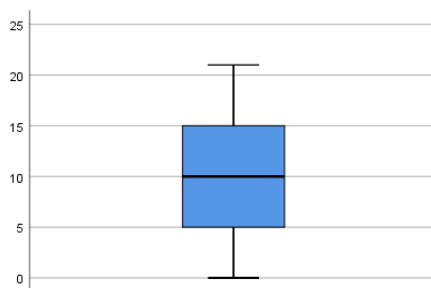
با توجه به جدول (۲)، ۵۱/۶ درصد از شرکت کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی، و ۴۸/۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۳: شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
سواستفاده عاطفی	۶	۲۵	۱۴/۴۹	۴/۸۰	۰/۲۴۴	-۰/۶۵۸
سواستفاده جسمی	۸	۲۵	۱۵/۴۸	۴/۷۲	۰/۴۲۷	-۰/۸۱۹
سواستفاده جنسی	۵	۱۸	۱۰/۲۱	۳/۹۷	۰/۴۱۴	-۱/۰۹
بی توجهی عاطفی	۶	۲۵	۱۲/۶۵	۵/۱۷	۰/۶۹۳	-۰/۳۴۰
بی توجهی جسمی	۵	۲۲	۱۱/۳۱	۴/۶۵	۰/۲۴۴	-۰/۸۹۴
تجارب آسیب زای کودکی	۳۴	۹۷	۶۴/۱۵	۱۵/۲۱	۰/۱۳۷	-۰/۸۹۸
جهت گیری منفی	۱۵	۵۷	۲۹/۵۳	۱۰/۵۵	۰/۷۲۶	-۰/۳۵۳
اختلال اضطراب فراگیر	۰	۲۱	۹/۹۷	۶/۱۵	۰/۰۴۷	-۱/۲۲

کجی و کشیدگی نیز حاکی از نرمال بودن توزیع داده ها (قرار داشتن در دامنه ۲- تا ۲+) می باشد.

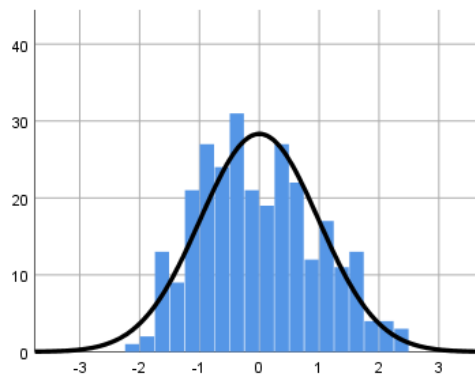
با توجه به جدول ۳، میانگین تجربارب آسیب زای کودکی برابر با ۶۴/۱۵، جهت گیری منفی به مشکل ۲۹/۵۳ و اختلال اضطراب فراگیر برابر با ۹/۹۷ بود. همچنین، بررسی شاخص های



شکل ۱: نمودار جعبه ای نمرات اختلال اضطراب فراگیر

با استفاده از نمودار هیستوگرام (شکل ۲) نرمال بودن باقیمانده‌ها برای متغیر وابسته اختلال اضطراب فراگیر با توجه به متغیرهای پیش بین بررسی شد که نتیجه نشان دهنده عدم تخطی از این پیش فرض بود. برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برابر با $1/92$ بود و این نتیجه نشان می‌دهد که پیش فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است.

به منظور پاسخ به فرضیه های پژوهش از تحلیل معادلات ساختاری با رعایت مفروضه های آن استفاده گردید. نتیجه بررسی تشخیصی داده های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار جعبه ای شکل ۱، و تبدیل نمرات خام به نمرات استاندارد و بررسی نمرات z بزرگتر از $2/5$ نشان داد که داده پرت تک متغیری وجود ندارد.



شکل ۲: نمودار هیستوگرام باقیمانده اختلال اضطراب فراگیر

جدول ۴. نتایج بررسی پیش فرض هم خطی بین متغیرهای پیش بین

متغیرها	شاخص تحمل	آماره VIF
مولفه های تجارب آسیب زای کودکی	سوءاستفاده عاطفی	$1/21$
	سوءاستفاده فیزیکی	$1/20$
	سوءاستفاده جنسی	$1/13$
	بی توجهی عاطفی	$1/25$
	بی توجهی فیزیکی	$1/28$
نمرات کل	تجارب آسیب زای کودکی	$1/12$
	جهت گیری منفی به مشکل	$1/12$

بین متغیرهای پیش بین همبستگی های بزرگ وجود ندارد و هم-خطی جدی مشهود نیست.

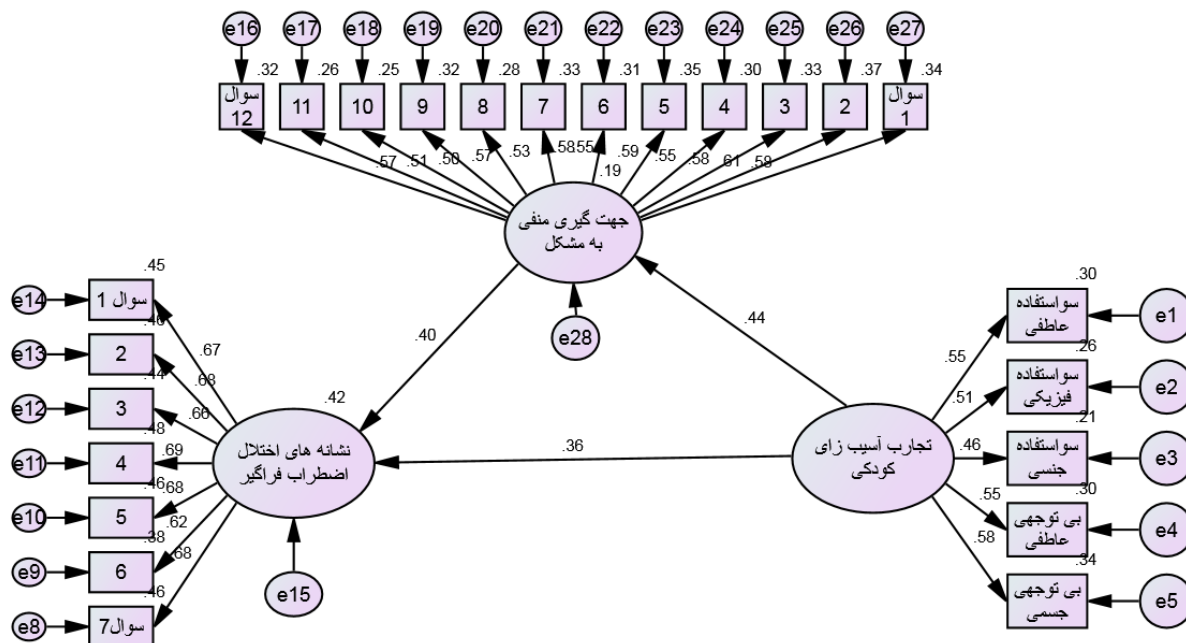
با توجه به جدول ۴، شاخص VIF (بیشتر از 10) و شاخص تحمل (کمتر از $0/4$) نشان داد که شاخص های VIF و تحمل در هر یک از متغیرهای پیش بین در حد مطلوب و بالاتر از $0/4$ است و

جدول ۵. ماتریس همبستگی پیرسون برای متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
سوءاستفاده عاطفی (۱)	۱							
سوءاستفاده فیزیکی (۲)	$0/227^{**}$	۱						
سوءاستفاده جنسی (۳)	$0/230^{**}$	$0/230^{**}$	۱					
غفلت فیزیکی (۴)	$0/337^{**}$	$0/306^{**}$	$0/201^{**}$	۱				
غفلت عاطفی (۵)	$0/311^{**}$	$0/329^{**}$	$0/266^{**}$	$0/333^{**}$	۱			
تجارب آسیب زای (۶)	$0/656^{**}$	$0/647^{**}$	$0/554^{**}$	$0/696^{**}$	$0/689^{**}$	۱		
جهت گیری منفی به مشکل (۷)	$0/263^{**}$	$0/175^{**}$	$0/233^{**}$	$0/212^{**}$	$0/203^{**}$	$0/333^{**}$	۱	
اختلال اضطراب فراگیر (۸)	$0/314^{**}$	$0/250^{**}$	$0/302^{**}$	$0/222^{**}$	$0/252^{**}$	$0/408^{**}$	$0/474^{**}$	۱

وجود دارد. همچنین، بین جهت گیری منفی به مشکل و اختلال اضطراب فراگیر همبستگی مثبت و معنی داری با ضریب $0/474$ در سطح $0/01$ وجود دارد.

با توجه به جدول ۵، بین تجارب آسیب زای دوران کودکی با جهت گیری منفی به مشکل همبستگی مثبت و معنی داری با ضریب $0/203$ در سطح $0/01$ و با اختلال اضطراب فراگیر همبستگی مثبت و معنی داری با ضریب $0/252$ در سطح $0/01$



شکل ۳: مدل تاثیر تجارب آسیب زای کودکی بر نشانه های اختلال اضطراب فراگیر از طریق جهت گیری منفی به مشکل

که بارهای عاملی بیش از $0/60$ دلالت بر رابطه ای قوی و مطلوب دارند (کلاين، ۲۰۰۵). با توجه به اینکه تمامی بارهای عاملی مربوط به متغیرهای مشاهده شده شامل سوءاستفاده عاطفی، فیزیکی، جنسی، بی توجهی عاطفی و فیزیکی، و همچنین برای آیتم های جهت گیری منفی به مشکل و آیتم های اختلال اضطراب فراگیر در این پژوهش، برای هر یک از عوامل پنهان، بالاتر از $0/40$ گزارش شده اند، می توان نتیجه گرفت که مدل اندازه گیری از برازش قابل قبولی برخوردار است.

شکل ۳، بارهای عاملی مربوط به مدل اندازه گیری را نشان می دهد. در مدل های اندازه گیری، میزان همبستگی میان هر عامل (متغیر پنهان) و شاخص های قابل مشاهده آن، از طریق بارهای عاملی سنجیده می شود. بار عاملی عددی بین صفر تا یک است و نشان دهنده شدت رابطه میان متغیر پنهان و متغیر مشاهده شده است. به طور کلی، بارهای عاملی کمتر از $0/30$ نشان دهنده رابطه ای ضعیف هستند و معمولاً در تحلیل نهایی حذف می شوند. مقادیر بین $0/30$ تا $0/60$ در دامنه قابل قبول قرار دارند، در حالی

جدول ۶ شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص ها	X^2	df	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	p
مدل پژوهش	۲۳۶/۴۴	۲۴۹	۰/۹۵۰	۰/۹۳۷	۰/۹۲۴	۱/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۶

قابل قبول قرار دارند و نشان دهنده برازش مطلوب مدل هستند. شاخص تطبیق مقایسه ای (CFI) با مقدار $1/00$ بیانگر تطابق بالا و شاخص RMSEA برابر با $0/0001$ نیز نشان دهنده برازش بسیار خوب مدل است. بنابراین، نتایج برازش مدل بیانگر تناسب مناسب ساختار مفهومی پژوهش با داده های جمع آوری شده است.

شاخص های برازش مدل پژوهش در جدول ۶ نشان می دهد که مدل با داده ها سازگاری مناسبی دارد؛ مقدار X^2 برابر با $236/44$ با 249 درجه آزادی و نسبت X^2/df معادل $0/950$ است که حاکی از برازش قابل قبول مدل می باشد. همچنین، شاخص های GFI و AGFI به ترتیب با مقادیر $0/937$ و $0/924$ در محدوده

جدول ۷. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل پژوهش

متغیرهای پژوهش	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
تجارب آسیب زا-جهت گیری منفی	$\beta(0/435) P(0/0001)$	-	$\beta(0/435)$
تجارب آسیب زا-اختلال اضطراب فراگیر	$\beta(0/365) P(0/0001)$	-	$\beta(0/540)$
جهت گیری منفی-اختلال اضطراب فراگیر	$\beta(0/403) P(0/0001)$	-	$\beta(0/403)$
تجارب آسیب زا-جهت گیری منفی-اختلال اضطراب فراگیر	-	$\beta(0/175) P(0/001)$	-
R^2 جهت گیری منفی	0/189	-	-
R^2 اختلال اضطراب فراگیر	0/423	-	-

کنترل ناپذیر و غیرقابل اعتماد است. این باورها در ذهن آنان تثبیت می‌شود و بعدها در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به صورت الگوهای پردازش اطلاعات ناکارآمد مانند فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و بدبینی فعال می‌گردد. چنین سبک‌های شناختی زمینه‌ساز بروز و تداوم اضطراب مزمن در قالب اختلال اضطراب فراگیر هستند (Fan et al, 2024). در کنار این تبیین شناختی، شواهد عصب‌زیستی نیز نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض استرس‌های شدید و مزمن در سال‌های ابتدایی زندگی می‌تواند منجر به تغییرات پایداری در ساختار و عملکرد مغز شود. نواحی‌ای همچون آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی-که در تنظیم هیجانات، ارزیابی تهدید و کنترل افکار نقش دارند در افرادی که تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی داشته‌اند، به‌گونه‌ای متفاوت رشد می‌کنند. به‌طور مشخص، آمیگدال ممکن است بیش‌فعال شود و منجر به حساسیت بیش از حد به محرک‌های تهدیدآمیز گردد؛ در حالی که کاهش کارایی قشر پیش‌پیشانی موجب ضعف در مهار پاسخ‌های هیجانی و مدیریت نگرانی‌های ذهنی می‌شود. این تغییرات زیستی، فرد را مستعد تجربه اضطراب گسترده، افکار مزاحم و احساس دائمی تنش می‌سازد، حتی در موقعیت‌هایی که تهدید واقعی وجود ندارد (Felitti et al, 2019).

تجارب آسیب زای دوران کودکی بر جهت گیری منفی به مشکل در دانشجویان اثر مستقیم دارد.

یافته پژوهش نشان داد که تجربیات آسیب زای دوران کودکی اثر مستقیم و مثبتی بر جهت گیری منفی به مشکل دارد. این یافته نشان می‌دهد که افزایش یا کاهش در سطح تجربیات آسیب زای کودکی منجر به افزایش یا کاهش جهت گیری منفی به مشکل در دانشجویان می‌شود. این یافته با یافته‌های Boi & Llera (2023); Bell & Higgins (2015); Webb, Timmer-Murillo, Huggins & et al (2023); Ludlow, & Webb (2023); Rendevski (2023) همسویی دارد. در این رابطه، et al (2023) گزارش کردند که سوگیری منفی به مشکل به‌طور مستقیم با تروماهای گذشته مرتبط است و می‌تواند بر

با توجه به شکل ۳ و جدول ۷، تجربیات آسیب زای دوران کودکی شامل استفاده عاطفی، فیزیکی، جنسی، غفلت عاطفی و فیزیکی به طور همزمان قادر به پیش بینی ۱۸/۹ درصد از تغییرات جهت گیری منفی به مشکل بودند. همچنین، تجربیات آسیب زای کودکی به همراه جهت گیری منفی به مشکل قادر به پیش بینی ۴۲/۳ درصد از تغییرات اختلال اضطراب فراگیر بودند.

بحث و نتیجه گیری

تجارب آسیب زای دوران کودکی بر نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان اثر مستقیم دارد.

یافته پژوهش نشان داد که تجربیات آسیب زای دوران کودکی اثر مستقیم و مثبتی بر نشانه های اختلال اضطراب فراگیر دارد. این یافته نشان می‌دهد که افزایش یا کاهش در سطح تجربیات آسیب زای کودکی منجر به افزایش یا کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان می‌شود. این یافته با یافته‌های Santos, Jardim, Ranjbar, Gholam, et al (2023); Fan, Fan, Luo, Wang, Yan, Yang, & Ma (2024); Otero, Walker, Kumpula, Hernandez(2024); Zhang (2024) همسویی دارد. در این رابطه، Fan et al (2024) نشان دادند که آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند تأثیر منفی بر پریشانی هیجانیو بویژه اختلال اضطراب فراگیر داشته باشند و حس انسجام می‌تواند به‌طور معناداری این رابطه را تعدیل کند. Zhang (2024) بیان کرد که تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی به‌طور معناداری با بروز و شدت اختلالات اضطرابی مرتبط هستند.

یافته پژوهش را می‌توان در چارچوب نظریه‌های مختلف روان‌شناسی تبیین کرد که هر یک به نحوی تأثیر تجربیات اولیه زندگی بر سلامت روان در بزرگسالی را توضیح می‌دهند. یکی از مهم‌ترین دیدگاه‌ها، نظریه شناختی-رفتاری است که بر شکل‌گیری طرحواره های منفی به دنبال تجربیات آسیب‌زا تأکید دارد. بر اساس این نظریه، کودکانی که مکرراً در معرض نایمینی، طرد، بی‌ثباتی هیجانی، یا بی‌توجهی والدین قرار می‌گیرند، ممکن است به این نتیجه برسند که جهان مکانی خطرناک،

Barrera (2017) اشاره نمودند که تفکر متمرکز، نگرانی و جهت‌گیری منفی به مشکل به‌طور معناداری در ارتباط با اضطراب، اختلالات رفتاری تغذیه‌ای و اختلالات خلقی هستند. نتایج این تحقیق تأکید می‌کنند که این فرایندهای شناختی می‌توانند به‌عنوان عوامل فراتشخیصی در این اختلالات عمل کنند.

در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که جهت‌گیری منفی به مشکل به معنای گرایش شناختی-هیجانی فرد به ارزیابی موقعیت‌های دشوار به‌عنوان تهدیدهایی بزرگ، غیرقابل کنترل و فرساینده است. این جهت‌گیری معمولاً با باورهای مانند «من از پس مشکلات بر نمی‌آیم»، «این مسئله هیچ راه‌حلی ندارد» یا «هر خطایی ممکن است فاجعه‌بار باشد» همراه است. چنین نگرشی می‌تواند زمینه بروز افکار مزاحم، نگرانی‌های مزمن و نشخوار ذهنی را فراهم کند؛ مولفه‌هایی که از شاخص‌ترین ویژگی‌های اختلال اضطراب فراگیر هستند (González, et al, 2017). بر اساس نظریه‌های شناختی، نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر اغلب به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای حل مسئله به کار می‌رود؛ به‌عبارتی، فرد تلاش می‌کند با نگرانی مداوم، از بروز رویدادهای ناخوشایند پیشگیری کند. اما در کسانی که دارای جهت‌گیری منفی به مشکل هستند، فرایند نگرانی نه تنها حل مسئله را تسهیل نمی‌کند، بلکه اضطراب را تشدید می‌کند؛ زیرا این افراد اغلب در دام ارزیابی‌های بدبینانه، عدم تحمل ابهام، و فاجعه‌سازی ذهنی گرفتار می‌شوند. آن‌ها به‌جای یافتن راه‌حل‌های واقع‌گرایانه، به‌صورت مکرر مشکلات را بزرگ‌تر و حل‌ناپذیرتر از آنچه هستند تصور می‌کنند (Janna et al, 2017).

از منظر تنظیم هیجان نیز، جهت‌گیری منفی به مشکل با ناتوانی در مدیریت مؤثر واکنش‌های هیجانی در برابر موقعیت‌های فشارزا همراه است. افرادی با این جهت‌گیری معمولاً در برابر کوچک‌ترین موانع، دچار پاسخ‌های هیجانی شدیدی مانند ترس، تنش و اضطراب می‌شوند و توانایی بازگرداندن خود به حالت آرامش را ندارند. این ناتوانی در تنظیم هیجانی باعث می‌شود که افکار نگرانی‌آور دائماً فعال بمانند و سیستم عصبی-هیجانی فرد در وضعیت برانگیختگی مزمن قرار گیرد، که مشخصه‌ای کلیدی در اختلال اضطراب فراگیر است. همچنین بر اساس مدل‌های مقابله‌ای، جهت‌گیری منفی به مشکل معمولاً با راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی یا درمانده ساز همراه است. این بدان معناست که فرد نه تنها در درک مثبت از مسائل دچار مشکل است، بلکه در اقدام برای حل آن‌ها نیز ناتوان یا بی‌میل است. این اجتناب مزمن از مواجهه فعال با مسائل زندگی، می‌تواند باعث تشدید

نحوه پردازش فرد از تجربیات آسیب‌زا تأثیر بگذارد. Boi & Llera (2023) اشاره کردند که اجتناب از تضاد می‌تواند به‌عنوان یک متغیر میانجی، رابطه بین ترس از واکنش هیجانی، جهت‌گیری منفی به مشکل و حساسیت به کنترل پایین و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را میانجی‌گری کند.

در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که جهت‌گیری منفی به مشکل به معنای تمایل فرد به برداشت بدبینانه، غیرقابل حل یا تهدیدآمیز از مسائل و چالش‌های زندگی است. بر اساس دیدگاه شناختی، سبک‌های تفکر بدبینانه و ناکارآمد ریشه در تجربیات اولیه فرد دارند. کودکانی که در معرض تجارب آسیب‌زا مانند طرد، خشونت، بی‌ثباتی خانوادگی یا بی‌توجهی هیجانی قرار گرفته‌اند، اغلب تصویری منفی از خود، جهان و آینده در ذهن خود شکل می‌دهند. این تصویر منفی به تدریج به ساختارهای پایدار شناختی تبدیل می‌شود که فرد در هنگام مواجهه با مشکلات روزمره نیز آن‌ها را فعال می‌کند (Bell & Higgins (2015)). در چنین شرایطی، مشکلات نه به‌عنوان موقعیت‌هایی برای رشد و حل مسئله، بلکه به‌عنوان تهدیدهایی غیرقابل مدیریت درک می‌شوند. این امر می‌تواند ناشی از این باشد که فرد در دوران کودکی یاد نگرفته که چگونه با تعارضات، ناکامی‌ها و ناکامی‌های عاطفی برخورد کند. برای مثال، اگر والدین در مواجهه با مشکلات کودک یا مسائل خانوادگی، واکنش‌های پرخاشگرانه، اجتنابی یا بی‌ثبات نشان داده باشند، کودک ممکن است الگوی حل مسئله ناسازگار یا اجتنابی را یاد بگیرد. این یادگیری درونی‌سازی‌شده، بعدها در موقعیت‌های استرس‌زا فعال می‌شود و خود را به شکل جهت‌گیری منفی به مشکل نشان می‌دهد (Ludlow & Rendeovski, 2023).

جهت‌گیری منفی به مشکل بر نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان اثر مستقیم دارد.

یافته پژوهش نشان داد که جهت‌گیری منفی به مشکل اثر مستقیم و مثبتی بر اختلال اضطراب فراگیر دارد. این یافته نشان می‌دهد که افزایش یا کاهش در سطح جهت‌گیری منفی به مشکل منجر به افزایش یا کاهش اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان می‌شود. این یافته با یافته‌های Boi & Llera (2023)، Webb et al (2023)، رحیمی، خیری، بریانیان و ناصرجباری (۱۴۰۳)، Janna, Vrijzen, Camiel, van, Amen, et al (2017); Fergus, T. A., Valentin, Wu & Clarke et al (2017); McGrath (2015); Watts et al (2021) همسویی دارد. در این رابطه، این رابطه، Watts et al (2021) مطرح کردند که عدم تحمل عدم قطعیت و جهت‌گیری منفی به مسئله، پیش‌بینی‌کننده علائم اختلال اضطراب فراگیر بودند. González, Ibáñez &

احساس بی‌کنترلی، افکار اضطراب‌زا و در نهایت، تداوم نشانه‌های اضطراب فراگیر شود (Fergus et al, 2015).

تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بر نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر با نقش میانجی جهت‌گیری منفی به مشکل در دانشجویان اثر غیرمستقیم دارد.

یافته پژوهش نشان داد که تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی اثر غیرمستقیم و مثبتی بر نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر با نقش میانجی جهت‌گیری منفی به مشکل دارد. این یافته نشان می‌دهد که افزایش تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی منجر به افزایش جهت‌گیری منفی به مشکل شده و این امر نیز موجب افزایش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان می‌گردد. این یافته با یافته‌های (Boi & Llera (2023)، رحیمی و همکاران (۱۴۰۳)، Santos et al (2023)، هاشمی و همکاران (۱۴۰۳)، Janna et al, (2017); Watts et al (2021); Webb et al (2023); Fan et al, (2024); Zhang (2024) همسویی دارد. در این رابطه، Ludlow, & Rendeviski (2023) نشان دادند که تروما در کودکی به طور معناداری با احساس تنهایی در بزرگسالی مرتبط است. یافته‌ها حاکی از آن بودند که جهت‌گیری منفی نسبت به مشکل نقش میانجی در این رابطه ایفا می‌کند. به این معنا که افرادی که در دوران کودکی تروما تجربه کرده‌اند، ممکن است نگرشی منفی نسبت به مشکلات خود در بزرگسالی شکل دهند، که این نگرش منفی توانایی آن‌ها را برای حل مؤثر مشکلات کاهش داده و به احساس تنهایی بیشتر منجر می‌شود.

یافته پژوهش را می‌توان در چارچوب نظریه‌های شناختی و مدل‌های آسیب‌شناسی روانی مورد تبیین قرار داد. بر اساس دیدگاه شناختی-رفتاری، تجربیات اولیه و مکرر از نایمندی، طرد، سوءرفتار یا بی‌توجهی می‌توانند به شکل‌گیری طرحواره‌های منفی درباره خود، دیگران و آینده منجر شوند. این طرحواره‌ها در سال‌های بعدی زندگی، هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش برانگیز، فعال می‌شوند و فرد را به سمت تفسیر منفی و اغراق‌شده از مشکلات سوق می‌دهند. به عبارت دیگر، فرد یاد می‌گیرد که موقعیت‌های دشوار را نه به عنوان چالش‌هایی قابل حل، بلکه تهدیدهایی طاقت‌فرسا تلقی کند (جاننا و همکاران، ۲۰۱۷). در همین راستا، جهت‌گیری منفی به مشکل، به عنوان یکی از عوامل شناختی ناکارآمد، می‌تواند نقش مهمی در تداوم نگرانی‌های مزمن و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر ایفا کند. فردی که در کودکی تجربه‌های آسیب‌زایی چون غفلت هیجانی یا بی‌ثباتی عاطفی داشته است، ممکن است در فرایند رشد خود مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر یا تنظیم هیجان سالم را کسب نکرده

باشد. در نتیجه، هنگام مواجهه با مشکلات روزمره، دچار تفسیرهای بدبینانه و فاجعه‌انگارانه می‌شود و قادر به حل مسئله یا مقابله سازگارانه با فشارهای روانی نیست. چنین الگویی در بلندمدت به احساس مداوم نگرانی، تنش درونی، و افکار مزاحم مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر منجر می‌شود (Santos et al, 2023).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی با جهت‌گیری منفی به مشکل و همچنین با نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. تجربیات آسیب‌زا توانسته‌اند بخش قابل توجهی از تغییرات جهت‌گیری منفی به مشکل و همچنین اختلال اضطراب فراگیر را پیش‌بینی کنند. علاوه بر این، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی اثر مستقیم و مثبت معناداری بر هر دو متغیر جهت‌گیری منفی به مشکل و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دارند، به گونه‌ای که افزایش آسیب‌های دوران کودکی با افزایش جهت‌گیری منفی و شدت نشانه‌های اضطراب فراگیر همراه است. همچنین جهت‌گیری منفی به مشکل نیز به طور مستقیم و مثبت بر اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار است. یافته‌ها حاکی از نقش میانجی جهت‌گیری منفی به مشکل در رابطه بین تجربیات آسیب‌زای کودکی و اختلال اضطراب فراگیر است، به طوری که این جهت‌گیری منفی موجب تقویت اثر تجربیات آسیب‌زا بر نشانه‌های اضطراب فراگیر می‌شود.

به طور کلی، این نتایج تأکید می‌کند که تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی نقش تعیین‌کننده‌ای در تکوین و تداوم سازه‌های شناختی و هیجانی ناکارآمد در بزرگسالی دارند که می‌توانند به طور مستقیم و غیرمستقیم به نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر منجر شوند. این تجربیات نه تنها مستقیماً با نشانه‌های اضطرابی در ارتباط‌اند، بلکه از طریق تقویت جهت‌گیری منفی به مشکل به عنوانیک سبک شناختی ناسازگار زمینه را برای نگرانی‌های مزمن، اجتناب شناختی و ناتوانی در حل مسئله فراهم می‌کنند. به عبارت دیگر، آسیب‌های اولیه زندگی با تأثیر بر شکل‌گیری طرحواره‌های منفی، مدل‌های دلبستگی نایمن، کاهش تحمل ابهام و درونی‌سازی احساس درماندگی، در ساختار شناختی افراد نهادینه می‌شوند و بر نحوه مواجهه آن‌ها با استرس‌های روزمره و چالش‌های زندگی دانشگاهی اثر می‌گذارند. این نتایج اهمیت پیشگیری، شناسایی زود هنگام و مداخلات روان‌شناختی هدفمند به‌ویژه در حوزه اصلاح جهت‌گیری‌های شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را در جمعیت دانشجویی با سابقه تجربیات آسیب‌زای کودکی برجسته می‌سازند. محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از: نمونه پژوهش از طریق نمونه‌گیری در دسترس و تنها از دانشجویان موسسه

مشکل، تفکر منفی تکرار شونده، حساسیت اضطرابی و انعطاف پذیری شناختی. شناخت اجتماعی، ۱۲ (۲۳)، ۹۵-۷۷.

بهبودی، معصومه؛ و احمدی طهور سلطانی، محسن. (۱۳۹۶). رابطه بین بدرفتاری در کودکی با سومصرف مواد مخدر در بزرگسالی: نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۱۷ (۵)، ۲۲-۱۳.

رحیمی، مهشاد؛ خیری، محیا؛ بریانیان، سعیده؛ و ناصرجباری، سارا. (۱۴۰۳). مروری بر سابقه بدرفتاری در دوران کودکی، سبک های شناختی منفی و دوره های افسردگی در بزرگسالی، سومین کنفرانس سلامت و آموزش. تهران.

نائینیان، محمدرضا؛ شعبیری، محمدرضا؛ شریفی، معصومه؛ هادیان، مهری. (۱۳۸۸). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، ۳ (۴)، ۵۰-۴۱.

هاشمی، تورج؛ ماشینی، نعیمه؛ و اسدی، اعظم. (۱۴۰۳). رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال اضطراب اجتماعی با نقش میانجی تفکر ارجاعی. روان شناسی بالینی، ۱۶ (۲)، ۴۸-۳۹.

فهرست منابع

- Almeida, T. C., Cardoso, J., Matos, A. F., Murça, A., & Cunha, O. (2024). Adverse childhood experiences and aggression in adulthood: The moderating role of positive childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 154, 106929.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Aristo, F., Davoudi, A., & Peymannia, B. (2023). Developing a structural model of symptoms of generalized anxiety disorder based on intolerance of uncertainty with the mediation of negative problem orientation, repetitive negative thinking, anxiety sensitivity, and cognitive flexibility. *Social Cognition*, 12 (23), 95-77. [Persian]
- Behboudi, M., & Ahmadi-Tahor-Soltani, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and drug abuse in adulthood: the mediating role of early maladaptive schemas. *Quarterly Journal of Nurses and Doctors in War*, 17 (5), 13-22. [Persian]

آموزش عالی میزان در تبریز انتخاب شده است، که ممکن است تنوع فرهنگی، اجتماعی و روان شناختی کافی را نداشته باشد و این موضوع می تواند تعمیم پذیری یافته ها به دیگر دانشگاه ها و جمعیت های دانشجویی را محدود کند. داده ها از طریق ابزارهای خودگزارشی جمع آوری شده اند که احتمال وجود پاسخ های مغرضانه، کم اظهاری یا بیش اظهاری و تأثیر عوامل اجتماعی- فرهنگی بر نحوه گزارش تجربه ها وجود دارد و ممکن است دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می شود که برای افزایش تعمیم پذیری یافته ها، در مطالعات آینده از نمونه گیری تصادفی استفاده شود و جامعه آماری پژوهش به دانشجویان دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی مختلف در مناطق جغرافیایی متنوع گسترش یابد. به منظور کاهش سوگیری های ناشی از خودگزارشی، پژوهش های آتی می توانند از ترکیب ابزارهای مختلف مانند مصاحبه های بالینی، گزارش های مشاهده ای و ارزیابی های روان شناختی چندمنبعی بهره مند شوند.

موازین اخلاقی

در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و حفظ اطلاعات محرمانه آنها رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از کلیه شرکت کنندگان این پژوهش که با استقبال و بردباری، در روند استخراج نتایج همکاری نمودند، اعلام می دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ گونه تعارض منافی در انجام و نگارش آن ندارند.

واژه نامه

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. generalized anxiety disorder (GAD) | ۱. اختلال اضطراب فراگیر |
| 2. negative problem orientation (NPO) | ۲. جهت گیری منفی به مشکل |

منابع فارسی

- ارسطو، فاطمه؛ داودی، ایران؛ و پیمان نیا، بهرام. (۱۴۰۲). تدوین مدل ساختاری علائم اختلال اضطراب فراگیر براساس عدم تحمل بلاتکلیفی با میانجی گری جهت گیری منفی به

- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., Wu, K. D., & McGrath, P. B. (2015). Examining the symptom-level specificity of negative problem orientation in a clinical sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 153-161.
- González, M., Ibáñez, I., & Barrera, A. (2017). Rumination, worry and negative problem orientation: transdiagnostic processes of anxiety, eating behavior and mood disorders. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 42-52.
- Gústavsson, S. M., Salkovskis, P. M., & Sigurðsson, J. F. (2021). Cognitive analysis of specific threat beliefs and safety-seeking behaviours in generalised anxiety disorder: revisiting the cognitive theory of anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(5), 526-539.
- Hashemi, T., Mashinchi, N. and Wasadi, A. (2004). The relationship between childhood trauma and social anxiety disorder with the mediating role of referential thinking. *Clinical Psychology*, 16 (2), 48-39. [Persian]
- Janna, N., Vrijssen., Camiel, T., van, Amen., Bauke, Koekkoek., Iris, van, Oostrom., Aart, H., Schene., Indira, Tendolkar., Indira, Tendolkar. (2017). Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample.. *Brain and behavior*, 7(6):1-8. doi: 10.1002/BRB3.693.
- Kalogeratos, G., Anastasopoulou, E., Tsagri, A., Tseremegklis, C., & Kriparopoulou, A. (2024). Psychotraumatic Childhood Experiences and Anxiety in Educational Setting. *Technium Education and Humanities*, 7, 29-41.
- Kasik, L., Gál, Z., & Tóth, E. (2018). Development and psychometric properties of NEGORI (Negative Orientation Questionnaire). *Journal of Relationships Research*, 9, e8.
- LaFreniere, L. S., & Newman, M. G. (2019). Probabilistic learning by positive and negative reinforcement in generalized
- Bell, K. M., & Higgins, L. (2015). The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behavioral Sciences*, 5(2), 154-175.
- Boi, C., & Llera, S. J. (2023). Contrast avoidance prospectively mediates effects of fear of emotional responding, negative problem orientation, and sensitivity to low perceived control on generalized anxiety disorder symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 95, 102682.
- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of clinical psychology*, 69(6), 630-645.
- Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137.
- Clarke, J. B., Ford, M., Heary, S., Rodgers, J., & Freeston, M. H. (2017). The relationship between negative problem orientation and worry: a meta-analytic review. *Psychopathology Review*, 4(3), 319-340.
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K., & George, P. (2022). Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Frontiers in psychiatry*, 13, 800687.
- Fan, N., Fan, H., Luo, R., Wang, Y., Yan, Y., Yang, X., ... & Ma, X. (2024). The impact of childhood trauma on emotional distress and the moderating role of sense of coherence among college students in China. *Scientific reports*, 14(1), 9797.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Reprint of: relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774-786.

- for Veterans Enrolled in Problem-Solving Training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(2), 203-214.
- Özdemir, İ., & Kuru, E. (2023). Investigation of Cognitive Distortions in Panic Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 12(19), 6351.
- Rahimi, M., Khairy, M., Biryanian, S., & Naser-Jabari, S. (2024). A review of childhood maltreatment history, negative cognitive styles, and depressive episodes in adulthood, Third Health and Education Conference. Tehran. [Persian]
- Riskind, J. H. (2024). Unscrambling the Dynamics of Danger: Scientific Foundations and Evidence for the Looming Vulnerability Model and Looming Cognitive Style in Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 1-25.
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part I): Psychometric properties of a new measure. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 391-401.
- Santos, M. A., Jardim, G. B., Ranjbar, S., Gholam, M., Schuster, J. P., Gomes, I., & von Gunten, A. (2023). Childhood maltreatment and late-life generalized anxiety disorder: Are personality and attachment characteristics mediators? *Journal of Affective Disorders Reports*, 12, 100514.
- Şengel, Ü., Genç, G., Işkın, M., Çevrimkaya, M., Assiouras, I., Zengin, B., ... & Buhalis, D. (2022). The impacts of negative problem orientation on perceived risk and travel intention in the context of COVID-19: a PLS-SEM approach. *Journal of Tourism Futures*.
- Sharma, P., Sen, M. S., Sinha, U. K., & Kumar, D. (2024). Childhood Trauma, Emotional Regulation, Alexithymia, and Psychological Symptoms Among Adolescents: A Mediation Analysis. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 02537176241258251.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the anxiety disorder. *Clinical Psychological Science*, 7(3), 502-515.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2020). Worry impairs the problem-solving process: Results from an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103759.
- Llera, S. J., & Newman, M. G. (2023). Incremental validity of the contrast avoidance model: A comparison with intolerance of uncertainty and negative problem orientation. *Journal of anxiety disorders*, 95, 102699.
- Ludlow, C., & Rendeovski, T. (2023). The pathway from childhood trauma to adult loneliness: Is negative problem orientation a candidate variable that mediates this relationship?.
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, Ł., Jurek, P., & Bidzan, M. (2024). Psychometric properties of the generalized anxiety disorder questionnaire (GAD-7) in a polish postpartum women sample. *BMC Public Health*, 24(1), 2706.
- Menekli, T., & Şentürk, S. (2023). The Relationship between the intolerance of uncertainty and the fear of COVID-19 in patients awaiting kidney transplantation during the pandemic. *Nursing Communications*, 7.
- Mishra, A. K., & Varma, A. R. (2023). A Comprehensive Review of the Generalized Anxiety Disorder. *Cureus*, 15(9).
- Munir, S., & Takov, V. (2022). Generalized Anxiety Disorder. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Naeinian, M. R., Shairi, M. R., Sharifi, M., Hadian, M. (2009). A study of the reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Short Scale (GAD-7). *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 3 (4), 50-41. [Persian]
- Nauphal, M., Cardona, N. D., Morgan, L. P., & Eustis, E. H. (2023). Mindfulness-based approaches to mental health.
- Otero, M. C., Walker, J. A., Kumpula, M. J., Hernandez, B., Funderburk, J. S., Wetherell, J. L., & Beaudreau, S. A. (2024). Negative Problem Orientation Is Associated With Mental Health Outcomes

- symptoms mediate the association between trauma history and future posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 36(4), 785-795.
- Zhang, C. S. (2024). The Relationship Between Childhood Trauma and Anxiety Disorders. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 29, 19-26.
- Zhao, H., Zhou, M., Liu, Y., Jiang, J., & Wang, Y. (2023). Recent advances in anxiety disorders: Focus on animal models and pathological mechanisms. *Animal Models and Experimental Medicine*, 6(6), 559-572.
- GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4).
- Watts, R., Cossar, J., & Ferreira, N. (2021). Applicability of the intolerance of uncertainty model to Generalized Anxiety Disorder symptoms in young people. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2).
- Webb, E. K., Timmer-Murillo, S. C., Huggins, A. A., Tomas, C. W., deRoos-Cassini, T. A., & Larson, C. L. (2023). Attributional negativity bias and acute stress disorder