

شناسایی عوامل زمینه‌ساز ترومای کودکی و راهبردها و پیامدهای شکست چرخه آن

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸

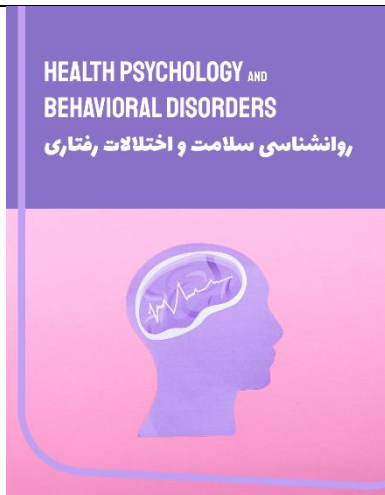
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

چکیده

هدف این پژوهش شناسایی عوامل علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر مؤثر بر شکل‌گیری ترومای کودکی و تدوین راهبردهای کارآمد برای شکستن چرخه آن است. پژوهش حاضر از دو رویکرد تئوری زمینه‌ای و مدل تصمیم‌گیری چندمعیاره دیمتل بهره گرفته است. در بخش نخست، ۲۵ مصاحبه عمیق با بزرگسالان آسیب‌دیده از تروماهای کودکی شامل غفلت، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و ازدست‌دادن والدین انجام شد. در بخش دوم، ۲۱ مصاحبه تخصصی با روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، و متخصصان حقوق و سلامت کودک صورت گرفت تا راهبردهای مداخله و پیامدهای شکست چرخه تروما استخراج گردد. داده‌ها با روش کدگذاری باز، محوری و گزینشی تحلیل و سپس برای تعیین روابط علی بین عوامل از روش دیمتل استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که سوءاستفاده جسمی، عاطفی، جنسی، غفلت، خشونت خانگی و بهره‌کشی اقتصادی از کودک عوامل اصلی بروز تروما هستند که در میان آن‌ها سوءاستفاده عاطفی بیشترین تأثیر را دارد.



مینا پورملانی^۱، مهرناز آزادیکتا^{۲*}، مهدی کلاتری^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد

تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی،

اسلامشهر، ایران.

۳. گروه مدیریت آموزش عالی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد

اسلامی، رودهن، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: M.azadyetka@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: پورملانی، مینا، آزادیکتا، مهرناز، و

کلاتری، مهدی. (۱۴۰۵). شناسایی عوامل زمینه‌ساز ترومای

کودکی و راهبردها و پیامدهای شکست چرخه آن. *روانشناسی*

سلامت و اختلالات رفتاری، ۱۴(۱)، ۲۳-۱.

در سطح زمینه‌ای، متغیرهای خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی-اجتماعی بیشترین نقش را در تکوین این آسیب‌ها داشتند. عوامل مداخله‌گر شامل حمایت بین‌فردی، اجتماعی-ساختاری، فرهنگی-معنوی و رسانه‌ای بودند که عامل حمایتی بین‌فردی بیشترین قدرت اثرگذاری را نشان داد. راهبردهای مؤثر برای شکستن چرخه تروما شامل تقویت شناسایی زود هنگام و گزارش‌دهی، اجرای قوانین حمایتی قوی‌تر، گسترش خدمات تخصصی حساس به تروما، تغییر نگرش‌های فرهنگی، حمایت اقتصادی-اجتماعی از خانواده‌های در معرض خطر، توانمندسازی کودکان و پایش مستمر بود. پیامدهای اجرای این راهبردها در سطوح فردی، خانوادگی، اجتماعی و کلان موجب افزایش تاب‌آوری، کاهش بروز ترومای جدید و تقویت سرمایه انسانی می‌شود. نتایج بیانگر آن است که ترومای کودکی پدیده‌ای چندعاملی و چندسطحی است که تنها از طریق مداخله نظام‌مند و هماهنگی میان عوامل حمایتی، فرهنگی، اقتصادی و قانونی می‌توان چرخه معیوب آن را شکست و از انتقال آن به نسل‌های بعدی جلوگیری کرد.

کلیدواژه‌گان: ترومای کودکی، عوامل زمینه‌ساز، راهبردهای مداخله، دیمتل، تاب‌آوری کودکان

Identification of Childhood Trauma Antecedents and Strategies and Outcomes of Breaking Its Cycle

Submit Date: 2025-06-29

Revise Date: 2025-11-01

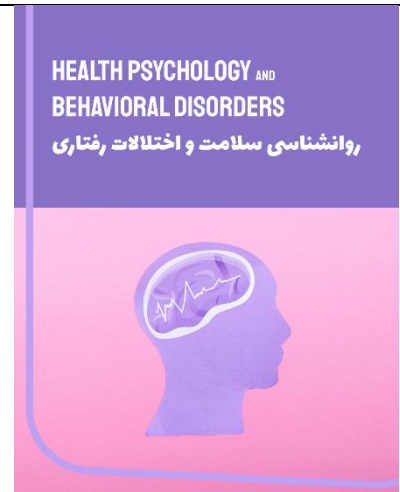
Accept Date: 2025-11-04

Publish Date: 2026-03-21

Abstract

This study aimed to identify causal, contextual, and intervening factors contributing to childhood trauma and to propose effective strategies for breaking its cycle. Using grounded theory and the Decision-Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) model, this research involved 25 in-depth interviews with adults who had experienced severe childhood traumas such as abuse, neglect, or loss of parents, and 21 expert interviews with psychologists, psychiatrists, social workers, and child rights specialists. Data were analyzed through open, axial, and selective coding to extract major categories and causal relationships, followed by DEMATEL analysis to map interconnections among variables. Results indicated that physical, emotional, and sexual abuse, neglect, domestic violence, and economic exploitation were the main causal factors of childhood trauma, with emotional abuse exerting the strongest influence. Among contextual variables, family, socio-economic, and cultural-social conditions were the most critical. Intervening factors such as interpersonal, social-structural, cultural-spiritual, and media-technology supports moderated trauma effects, with interpersonal protection having the greatest impact. Effective strategies to break the trauma cycle included strengthening early identification systems, enforcing stronger protective laws, expanding trauma-sensitive professional services, promoting cultural awareness, providing economic-social support to vulnerable families, empowering children, and ensuring continuous monitoring. Implementation of these strategies at individual, family, social, and policy levels enhances resilience, reduces new trauma incidence, and promotes human capital development. Childhood trauma is a multifactorial phenomenon requiring an integrated and systemic approach that synchronizes legal, cultural, economic, and psychological interventions to prevent intergenerational transmission and ensure child well-being.

Keywords: *Childhood trauma, antecedent factors, intervention strategies, DEMATEL model, child resilience*



Mobina Poormolaie¹, Mehrnaz Azadyekta^{2*}, Mehdi Kalantari³

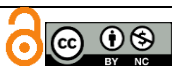
1. MA student, Department of Clinical Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Isl.C., Islamic Azad University, Islamshahr, Iran.

3. Department of Higher Education Management, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

*Corresponding Author's Email: M.azadyetka@iau.ac.ir

How to cite: Poormolaie, M., Azadyekta, M., & Kalantari, M. (2026). Identification of Childhood Trauma Antecedents and Strategies and Outcomes of Breaking Its Cycle. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 4(1), 1-23.



تجارب آسیب‌زای دوران کودکی یکی از عمیق‌ترین و پایدارترین عوامل خطر در شکل‌گیری اختلالات روانی، به‌ویژه اختلالات خلقی و شناختی در بزرگسالی شناخته شده‌اند. تروماهای دوران کودکی شامل سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی، جنسی، غفلت، خشونت خانگی و بهره‌کشی اقتصادی هستند که می‌توانند مسیر رشد عصبی، شناختی و هیجانی فرد را به‌طور اساسی تغییر دهند (Norman et al., 2012). بررسی‌های فراتحلی نشان می‌دهد که این تجارب نامطلوب اثرات بلندمدتی بر سلامت روان دارند و با افزایش خطر افسردگی، اضطراب، اختلالات دوقطبی و حتی رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه‌اند (Hughes et al., 2017). از سوی دیگر، شواهد جدید حاکی از آن است که اثرات این تروماها به سطح عملکرد مغزی و شناختی نیز گسترش یافته و موجب تغییرات پایدار در ساختار و عملکرد مغز می‌شود (Teicher & Samson, 2016).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند تغییراتی قابل‌توجه در نواحی کلیدی مغز مانند قشر پیش‌پیشانی، آمیگدالا و هیپوکامپ ایجاد کنند که در تنظیم شناخت، هیجان و تصمیم‌گیری نقش اساسی دارند (Koenigs & Grafman, 2009). این تغییرات اغلب منجر به نقص در حافظه کاری، توجه، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل هیجانی می‌شوند. پژوهش پیچتل و پیزاگالی نیز نشان داد که استرس‌های زود هنگام زندگی، کارکردهای شناختی و عاطفی را به‌طور چشمگیری مختل می‌کنند و این اختلالات در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی شدیدتر است (Pechtel & Pizzagalli, 2011). در تأیید این یافته‌ها، پژوهش گولد و همکاران نیز بیان می‌کند که کودک‌آزاری و غفلت می‌تواند با کاهش پایدار در عملکردهای شناختی در بزرگسالی همراه باشد (Gould et al., 2012).

در حوزه روان‌پزشکی، رابطه بین تروماهای دوران کودکی و اختلالات خلقی مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. بر اساس بررسی لای و همکاران، قرار گرفتن در معرض تروماهای کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی، خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (Lai et al., 2025). یافته‌های مشابهی توسط لیپارد و نمروف ارائه شده که نشان دادند قربانیان کودک‌آزاری، نه تنها به افسردگی و اختلال دوقطبی حساس‌ترند، بلکه پاسخ ضعیف‌تری به درمان‌های دارویی و روان‌شناختی نشان می‌دهند (Lippard & Nemeroff, 2020). افزون بر این، پژوهش‌های عصب‌زیستی بر تغییرات التهابی و متابولیکی مغز به عنوان مکانیزم‌های واسطه‌ای در ارتباط میان ترومای دوران کودکی و اختلالات خلقی تأکید دارند (Poletti et al., 2022).

مطالعات اخیر تمرکز ویژه‌ای بر اثرات شناختی ترومای کودکی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی داشته‌اند. برای مثال، پژوهش بارزکی و همکاران نشان داد که ارتباط پایداری بین تروماهای کودکی و نارسایی‌های شناختی در بیماران دوقطبی وجود دارد (Barczyk et al., 2023). همچنین پژوهش ژانگ و همکاران تأیید کردند که سوءاستفاده عاطفی دوران کودکی موجب اختلال در حافظه فوری بیماران دوقطبی می‌شود و مصرف داروهای ضدروان‌پریشی می‌تواند این اثر را تشدید کند (Zhang et al., 2025). یافته‌های مشابهی از پژوهش میائو و همکاران نیز نشان داد که سابقه تروماهای اولیه، با متابولیسم غیرطبیعی مغز در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی ارتباط دارد (Miao et al., 2022).

نقش عملکرد خانواده در تداوم یا کاهش اثرات تروما نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. دو و همکاران در پژوهشی با مدل میانجی‌گری نشان دادند که عملکرد ضعیف خانواده، ارتباط بین ترومای دوران کودکی و شدت افسردگی را در هر دو گروه بیماران افسرده و دوقطبی تقویت می‌کند (Du et al., 2024). از سوی دیگر، پژوهش یون پارک و همکاران نشان داد که تاب‌آوری به‌عنوان یک عامل محافظتی در کاهش پیامدهای منفی تروما نقش مؤثری ایفا می‌کند، هرچند افرادی که در کودکی آسیب‌دیده‌اند معمولاً سطوح پایین‌تری از تاب‌آوری را نشان می‌دهند (Yoon Park et al., 2023). این یافته‌ها تأکید دارند که علاوه بر عوامل زیستی، متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی نیز در تجربه و پیامدهای تروما نقش میانجی ایفا می‌کنند.

تحقیقات مقطعی و همبستگی در حوزه علوم اعصاب شناختی نیز نشان داده‌اند که تروماهای کودکی با تغییرات ساختاری و عملکردی مغز همراه هستند. برای نمونه، پژوهش جیانگ و همکاران گزارش کردند که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، وجود سابقه تروما با نقص‌های شناختی شدیدتر و تغییرات در ماده سفید مغز ارتباط دارد (Jiang et al., 2019). پژوهش جیا و لوبتکین نیز بیان داشت که تجربیات نامطلوب دوران کودکی تأثیر چشمگیری بر امید به زندگی تعدیل‌شده با کیفیت دارد (Jiaa & Lubetkin, 2020). این نتایج نشان می‌دهد که اثرات تروما محدود به حوزه روانی نیست، بلکه به صورت گسترده بر شاخص‌های سلامت عمومی و کیفیت زندگی اثرگذار است.

مطالعات جدیدتر به جنبه‌های ایمنی‌شناختی و التهابی ترومای دوران کودکی نیز پرداخته‌اند. ماعد و همکاران دریافتند که فعال‌سازی سلول‌های T و کاهش سلول‌های تنظیم‌کننده T در بیماران افسرده، از پیامدهای مستقیم تجربیات نامطلوب کودکی است که با شدت علائم و رفتارهای خودکشی ارتباط دارد (Maed et al., 2024). از سوی دیگر، پولتی و همکاران به رابطه بین افزایش سطوح سیتوکین‌های التهابی (مانند TNF- α و IL-2) و کاهش انسجام ماده سفید مغز در بیماران دوقطبی اشاره کردند که بیانگر نقش فرآیندهای التهابی در پیامدهای شناختی تروما است (Poletti et al., 2022).

همچنین، پژوهش کنگیا و همکاران بر پیوند میان تروما، رفتار بی‌حرکی و افزایش شاخص‌های زیستی التهابی تأکید کردند و نتیجه گرفتند که فعالیت بدنی پایین‌تر در بیماران خلقی با سابقه سوءاستفاده در کودکی، با عملکرد شناختی ضعیف‌تر و سطوح بالاتر پروتئین واکنشی C مرتبط است (Congia et al., 2022). این یافته‌ها در کنار پژوهش پورکی و همکاران که رابطه بین سیگار کشیدن، افزایش لپتین و شدت علائم افسردگی و اضطراب در بیماران دوقطبی را گزارش کردند، تأکیدی بر نقش فیزیولوژیک تروما در بروز آسیب‌های روانی دارد (Porcu & Ragassi Urbano, 2022).

علاوه بر اثرات شناختی و عصبی، تروماهای دوران کودکی با بروز ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار نیز در ارتباط‌اند. پژوهش ریمان و همکاران نشان داد که بین تجربیات آسیب‌زای کودکی و ویژگی‌های شخصیت مرزی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی رابطه معناداری وجود دارد (Riemann et al., 2024). این یافته با نتایج پژوهش شمولی سلح‌چینی و ناصری همسو است که در آن ترومای کودکی به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق اجتناب تجربه‌ای با اختلال شخصیت مرزی مرتبط گزارش شد (Shomooli Selahchuni & Naseri, 2023). در همین راستا، پژوهش نگوین و شاو نیز تأکید کرد که تجربیات نامطلوب دوران کودکی و ارزش‌گذاری بیش از حد والدین، زمینه‌ساز خودشیفتگی غیربالینی در بزرگسالی هستند (Nguyen & Shaw, 2020).

تداوم تروما در سطح جمعیتی و بین‌نسلی نیز از طریق مکانیسم‌های روانی-اجتماعی منتقل می‌شود. فرنیا و رحیمیان بوغر در پژوهش خود نشان دادند که ترومای کودکی و استرس روانی-اجتماعی تأثیر مثبت و معناداری بر اقدام به خودکشی دارند، در حالی که سلامت جسمانی نقش میانجی در کاهش این اثر ایفا می‌کند (Farnia & Rahimian Bougher, 2024). از منظر جامعه‌شناختی، این یافته‌ها نشان می‌دهند که آسیب‌های دوران کودکی تنها پیامد فردی ندارند، بلکه می‌توانند در سطح کلان نیز هزینه‌های روانی و اقتصادی سنگینی بر جامعه تحمیل کنند.

به‌تازگی نیز مطالعات مرور نظام‌مند مانند پژوهش پالومو و آندرو نشان داده‌اند که عوامل محیطی و اجتماعی در عود اختلالات خلقی نقش کلیدی دارند و تجربیات آسیب‌زای اولیه از جمله تروماهای کودکی، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های بازگشت علائم هستند (Palomo & Andreu, 2024). در همین زمینه، پژوهش یورگنسن و همکاران نیز ارتباط بین تروماهای کودکی و تغییرات ساختاری مغز را در بیماران دوقطبی در حال بهبودی نشان دادند و پیشنهاد کردند که این تغییرات می‌توانند به‌عنوان نشانگر زیستی خطر برای پیش‌بینی عود بیماری استفاده شوند (Jørgensen et al., 2023).

در مطالعاتی دیگر، ماهیو و همکاران دریافتند که هرچه تعداد دوره‌های افسردگی بیشتر و سابقه آسیب‌های کودکی شدیدتر باشد، احتمال بروز اختلالات ایمنی و افزایش رفتارهای خودآسیب‌رسان نیز بیشتر است (Maed et al., 2024). از سوی دیگر، ماهیو و لای با تأکید بر نقش

وقایع استرس‌زای اولیه، نشان دادند که اثرات ترکیبی ترومای کودکی و استرس‌های زندگی بزرگسالی خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی را به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد (Lai et al., 2025).

جمع‌بندی پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که تروماهای دوران کودکی نه تنها سلامت روان و عملکرد شناختی را مختل می‌کنند، بلکه با افزایش التهاب سیستمیک، کاهش تاب‌آوری و تضعیف عملکرد خانوادگی نیز در ارتباطند (Barczyk et al., 2023; Du et al., 2024; Poletti et al., 2022). بررسی الگوی این عوامل در کنار متغیرهای مداخله‌گر مانند تاب‌آوری، حمایت اجتماعی و عملکرد خانواده، برای فهم چرخه معیوب تروما و طراحی مداخلات چندسطحی ضروری است.

با توجه به پیامدهای گسترده فردی، اجتماعی و شناختی ترومای دوران کودکی، به نظر می‌رسد شناسایی عوامل زمینه‌ساز، مداخله‌گر و پیامدهای شکست چرخه آن ضرورتی علمی و اجتماعی دارد. از این رو، هدف پژوهش حاضر شناسایی عوامل زمینه‌ساز ترومای کودکی و تبیین راهبردها و پیامدهای حاصل از شکست چرخه آن است.

روش‌شناسی

در این پژوهش از دو روش جهت تحلیل داده‌ها استفاده شده است. روش‌های تئوری زمینه‌ای و دیمتل. در استفاده از روش تئوری زمینه‌ای از دو بخش و جامعه نمونه متفاوت استفاده شد: الف): شناسایی مجموعه عوامل موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده: ۲۵ مصاحبه از بزرگسالان آسیب‌دیده بالای ۱۸ سال هستند، که در دوران کودکی دچار آسیب‌های: غلظت شدید، خشونت خانگی، کودک‌آزاری، از دست دادن ناگهانی والدین و... شدند. به منظور تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده و تا اشباع نظری پیش رفت. ب) شناسایی مجموعه راهبردها و پیامدهای حاصل از شکستن چرخه ترومای کودکی از دیدگاه متخصصان: مجموع ۲۱ مصاحبه عمیق از متخصصانی که به‌طور مستقیم و حرفه‌ای با موارد ترومای کودکی و یا پیامدهای آن در بزرگسالی سروکار دارند. از این رو شامل: روانشناسان و روان‌درمانگران، پزشکان و روانپزشکان کودک و نوجوان، مددکاران اجتماعی، وکلای دادگستری، پژوهشگران و اساتید دانشگاهی در رشته‌های (روانشناسی، علوم اجتماعی، حقوق کودک و سلامت کودک)، هستند. به منظور تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده و تا اشباع نظری پیش رفت. در این پژوهش جهت شناسایی مجموعه عوامل موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده و شناسایی مجموعه راهبردها و پیامدهای حاصل از شکستن چرخه ترومای کودکی از دیدگاه متخصصان از مصاحبه عمیق بدون ساختار مبتنی بر مطالعه اکتشافی بهره گرفته شد. سئوالات در این قسمت از پژوهش به صورت (یک سؤال کلی) تنظیم شد، که در دل مصاحبه با افراد متخصص سئوالات به صورت جزئی‌تر مطرح شد. تحلیل داده‌ها در این روش، با استفاده از سیستم کدگذاری باز (شناسایی مقوله‌ها)، کدگذاری محوری (پروردن مقوله‌ها) و کدگذاری انتخابی یا گزینشی (انتخاب نهایی مقوله‌ها) انجام شد (اسفندیاری و ایمان‌خواه، ۱۳۹۸). مراحل اجرای تئوری داده بنیاد به شرح ذیل بود:

کدگذاری آزاد (باز): کدگذاری، روند تجزیه و تحلیل داده‌هاست. کدگذاری باز بخشی از فرایند تحلیل داده‌هاست که به خردکردن، مقایسه‌سازی، نام‌گذاری، مفهوم‌پردازی و مقوله‌بندی داده‌ها می‌پردازد. طی کدگذاری باز، داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شده و برای به‌دست آوردن مشابهت‌ها و تفاوت‌هایشان مورد بررسی قرار می‌گیرند. کدگذاری باز دربرگیرنده رویه‌های زیر است.

کدگذاری محوری: کدگذاری محوری مرحله دوم تجزیه و تحلیل در نظریه‌پردازی زمینه‌بنیان است. هدف این مرحله برقراری رابطه بین مقوله‌های تولید شده در مرحله کدگذاری باز است. این کدگذاری، به این دلیل محوری نامیده شده که کدگذاری حول محور یک مقوله رخ می‌دهد. در این مرحله پژوهشگر یکی از مقوله‌ها را به عنوان مقوله محوری انتخاب کرده، آن را تحت عنوان پدیده محوری در مرکز فرایند، مورد کاوش قرار داده و ارتباط سایر مقولات را با آن مشخص می‌کند.

کدگذاری انتخابی: در این گام از کدگذاری، نظریه‌پرداز یک نظریه را از روابط بین مقوله‌های موجود در کدگذاری محوری به نگارش در می‌آورد. این فرایند مبتنی بر روش‌هایی مانند نگارش خط داستان است که مقوله‌ها را یکپارچه می‌سازد و به یک نظریه ختم می‌شود. یک روش دیگر، بکارگیری ماتریس شرطی برای نظریه‌پردازی است.

ارائه الگوی پارادایمی

در کدگذاری باز، مقوله‌ها و مضامین اصلی پیرامون پدیده مورد مطالعه شناسایی می‌شوند. در کدگذاری محوری، مقوله‌ها به‌طور نظام‌مند بهبود یافته و با زیرمقوله‌ها پیوند داده می‌شوند. در نهایت از طریق، کدگذاری گزینشی، الگوی پارادایمی پژوهش ارائه می‌شود. در واقع از طریق الگوی پارادایمی، پژوهش تا سطح یکی از چندین فرایند یا شرایط اصلی که در داده‌ها وجود دارند، فشرده‌تر می‌شود. یک مدل پارادایمی شامل موارد زیر است:

- شرایط علی
- شرایط زمینه‌ای
- شرایط مداخله‌گر
- استراتژی‌ها
- پیامدها

در نهایت در این بخش برای بررسی میزان اهمیت هر یکی عوامل شناسایی شده (روش DEMATEL) استفاده شد. دیمتل یکی از روش‌های تصمیم‌گیری چندشاخصه است که برای شناسایی الگوی روابط علی میان متغیرهای مورد مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. از این روش برای شناسایی الگوی روابط میان یک دسته شاخص استفاده می‌شود.

یافته‌ها

به منظور شناسایی عوامل زمینه‌ساز تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده، از روش تئوری زمینه‌ای استفاده شد. از این رو، عوامل در ۳ بخش (علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر) مورد بررسی قرار گرفته شد. به منظور شناسایی هر یک از آن‌ها، در مجموع ۲۵ مصاحبه عمیق صورت گرفت. مصاحبه‌ها (بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) ضبط و یادداشت و بلافاصله پیاده شد تا با مرور چند باره گفتگوها، تحلیل و بررسی دقیق‌تری نسبت به دیدگاه‌های موجود انجام شود. جامعه آماری در این بخش بزرگسالان آسیب‌دیده بالای ۱۸ سال هستند، که در دوران کودکی دچار آسیب‌های: غلغله شدید، خشنونت خانگی، کودک‌آزاری، از دست دادن ناگهانی والدین و... شدند. به منظور تعیین روش نمونه‌گیری و حجم آن از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. در این راستا، برای یافتن مصاحبه‌شوندگان، با کلینیک‌های سلامت روان آسیب دیده، یا درمانگران فردی ارتباط برقرار شد تا افراد واجد شرایط را معرفی نمایند. از این رو، معیارهای: سن بالای ۱۸ سال، داشتن تجربه یا چند رویداد، تمایل به صحبت در مورد تجربیات خود (بر اساس رضایت آگاهانه) و توانایی برقراری ارتباط کلامی واضح، به منظور تعیین جامعه آماری و نمونه در نظر گرفته شد.

عوامل علی باعث شکل‌گیری پدیده با طبقه محوری می‌شوند. این عوامل مجموعه‌ای از طبقه‌ها و ویژگی‌هایشان است که مقوله اصلی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. جدول ۱ عوامل علی که منجر به شکل‌گیری تجربه ترومای کودکی، می‌شوند به تفکیک مفاهیم و مقوله‌ها یا طبقاتی که این مفاهیم در آن‌ها دسته‌بندی می‌شوند را نشان می‌دهد.

جدول ۱. عوامل علی موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

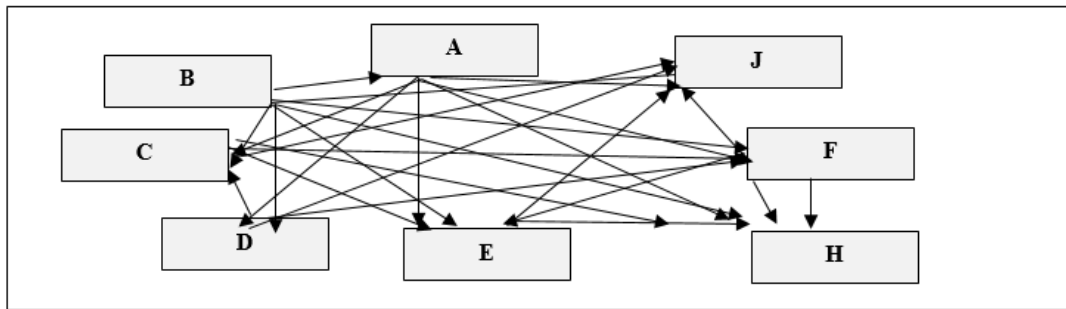
مقوله‌ها (طبقات)	واحد‌های معنایی	کد مصاحبه‌شوندگان
سوءاستفاده جسمی	استفاده از اشیاء برای تنبیه (کمر بند، چوب، سیم) ایجاد سوختگی، کیبودی یا جراحت عمدی پرتاب کردن یا تکان دادن شدید کودک محرومیت غذا یا آب به عنوان تنبیه	X1, X4, X7, X9
سوءاستفاده عاطفی	تحقیر و تمسیر مداوم (تو بی‌عرضه هستی، ای کاش به دنیا نمی‌ومدی) تهدید به رها کردن یا آسیب رساندن به کودک یا عزیزانش منزوی کردن کودک (ممنوعیت معاشرت با همسالان، قفل کردن در اتاق) ایجاد احساس گناه و مسئولیت در قبال مشکلات خانواده	X12, X14, X18, X11, X21
سوءاستفاده جنسی	لمس یا وادار کردن به لمس نواحی خصوصی نشان دادن محتوای پورنوگرافیک به کودک رابطه جنسی با کودک (متجاوز می‌تواند غریبه، آشنا یا یکی از اعضای خانواده باشد)	X11, X18, X19
غفلت	غفلت جسمی: عدم تامین غذای کافی، پوشاک مناسب، بهداشت و سرپناه امن غفلت عاطفی: عدم پاسخگویی به گریه، نیاز به محبت یا احساسات کودک غفلت آموزشی: اجازه دادن به غیبت مزمن از مدرسه، عدم پیگیری تحصیل غفلت بهداشتی: عدم رسیدگی به بیماری و مشکلات پزشکی کودک	X21, X22, X24, X25
قربانی خشونت خانگی بودن	مشاهده کتک خوردن مادر توسط پدر یا برعکس شنیدن صدای فریاد، تهدید و شکستن اشیاء در خانه مجبور شدن به دخالت در درگیری برای محافظت از یکی از والدین احساس ترس مداوم و ناامنی در محیط خانه	X21, X22, X24 X13, X14, X17
بهره‌کشی اقتصادی از کودک	وادار کردن کودک به کارگری ساخت و خارج از عرف (دست فروشی، گدایی) مصادره درآمد یا دارایی‌های کودک توسط والدین استفاده از کودک برای قاچاق یا فعالیت‌های غیرقانونی	X11, X14, X19
آزار پزشکی ساختگی	جعل یا ایجاد عمدی بیماری در کودک توسط مراقب برای جلب توجه قرار دادن مکرر کودک تحت معاینات و اقدامات پزشکی غیرضروری	X22, X24
ازدواج اجباری یا زیر سن قانونی	مجبور کردن کودک به ازدواج بر خلاف میل و بدون رضایت آگاهانه	X2, X3, X5, X7, X9

مطابق جدول (۱)، مقولات: سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جنسی، غفلت، قربانی خشونت خانگی بودن، بهره‌کشی اقتصادی از کودک، آزار پزشکی ساختگی و ازدواج اجباری یا زیر سن قانونی به عنوان عوامل علی موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از سوی افراد بزرگسال آسیب‌دیده شناسایی شدند، که در ادامه به شرح هر یک از آن‌ها پرداخته شد. اما قبل از هر گونه تحلیل در مورد هر یک از عوامل علی مطرح شده، به بررسی تاثیرگذاری و تاثیرپذیری هر یک از عوامل علی با استفاده از تکنیک (DEMATEL)، پرداخته شده است. نتایج به شرح جدول (۲) و شکل (۱) است.

جدول ۲. ماتریس روابط کلی عوامل علی موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

عوامل علی	علامت اختصاری	a	b	c	d	e	f	j	H	Ri	Pi	Ei
سوءاستفاده جسمی	a	۰	۰/۵۶۰	۰/۵۵۴	۰/۵۰۰	۰/۵۲۱	۰/۶۰۰	۰/۵۱۱	۰/۳۲۱	۳/۵۶۷	۳/۴۶۰	۰/۰۹۱
سوءاستفاده عاطفی	b	۰/۴۵۰	۰	۰/۴۴۰	۰/۴۵۱	۰/۴۸۷	۰/۴۰۰	۰/۴۳۴	۰/۳۱۱	۲/۹۷۳	۲/۸۰۰	۰/۱۵۱
سوءاستفاده جنسی	c	۰/۴۵۰	۰/۴۶۶	۰	۰/۴۵۶	۰/۴۵۰	۰/۴۴۴	۰/۴۵۱	۰/۴۲۲	۳/۱۵۹	۳/۰۹۰	۰/۰۴۹
غفلت	d	۰/۴۵۶	۰/۴۶۰	۰/۴۵۲	۰	۰/۵۰۰	۰/۴۴۳	۰/۴۲۱	۰/۳۲۱	۳/۰۵۳	۲/۹۰۰	۰/۰۹۱
قربانی خشونت خانگی بودن	e	۰/۴۴۴	۰/۵۱۱	۰/۵۳۳	۰/۵۲۱	۰	۰/۵۱۰	۰/۴۳۲	۰/۴۲۹	۳/۳۸۰	۳/۴۵۰	-۰/۰۷۰
بهره‌کشی اقتصادی از کودک	f	۰/۵۴۴	۰/۵۶۶	۰/۵۲۲	۰/۴۹۰	۰/۴۷۷	۰	۰/۴۱۹	۰/۴۱۱	۳/۴۲۹	۳/۳۹۰	۰/۰۱۹
آزار پزشکی ساختگی	j	۰/۵۱۱	۰/۵۲۲	۰/۴۵۶	۰/۴۴۳	۰/۴۲۱	۰/۴۱۱	۰	۰/۴۰۰	۳/۱۶۴	۳/۰۰	-۰/۰۳۶
ازدواج اجباری یا زیر سن قانونی	H	۰/۴۴۰	۰/۴۵۳	۰/۴۵۳	۰/۵۰۰	۰/۴۱۷	۰/۴۵۱	۰/۴۱۱	۰	۳/۱۲۵	۳/۱۱۰	-۰/۰۱۵

خروجی نهایی دیمتلماتریسی است که بیانگر تمامی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین عوامل علی است. پس از تعیین روابط بین عوامل علی، میزان تاثیرگذاری و تاثیرپذیری در قالب شکل (۱) ترسیم شده است. خروجی هر فلش از عامل مربوطه نشان از تاثیرگذاری آن عامل و ورودی هر فلش نیز نشان از تاثیرپذیری آن عامل دارد.



شکل ۱. رابطه علت و معلولی عوامل علی موثر در در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده؛ از نظر میزان اهمیت (P_i) و از نظر خالص تاثیرگذاری (E_i)

به عوامل خاصی که بر راهبردها تاثیر می‌گذارند، بستر گفته می‌شود و تمایز آن‌ها از عوامل علی مشکل است. این عوامل را مجموعه‌ای از مفاهیم، طبقه‌ها یا متغیرهای زمینه‌ای تشکیل می‌دهند، در مقابل عوامل علی مجموعه‌ای از متغیرهای فعال است. متغیرهای بسیار مرتبط را ذیل عوامل علی و متغیرهایی با ارتباط کمتر را ذیل بستر حاکم طبقه‌بندی می‌کنند. از این رو، در جدول (۳)، عوامل زمینه‌ای که منجر به شکل‌گیری تجربه ترومای کودکی، می‌گردد به تفکیک مفاهیم و مقوله‌ها یا طبقاتی که این مفاهیم در آن‌ها دسته‌بندی می‌شوند را نشان می‌دهد.

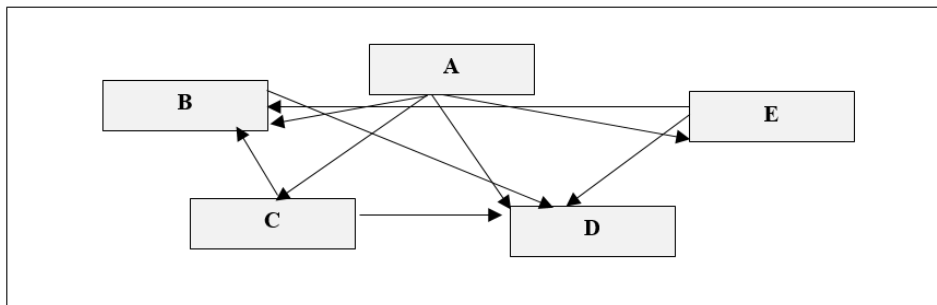
جدول ۳. عوامل زمینه‌ای موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

مقوله‌ها (طبقات)	واحدهای معنایی	کد مصاحبه‌شوندگان
خانوادگی	والدین مجرد یا نوجوان که مهارت فرزندپروری ندارند ازدواج اجباری تبعیض بین فرزندان یا وجود فرزندخوانده بدون حمایت کافی ساختار بسیار سلسله‌مراتبی و مستبدانه در خانواده	X12, X14, X17, X19
اقتصادی-اجتماعی	زندگی در محلات حاشیه‌ای با میزان جرم و جنایت بالا بی‌خانمانی یا سکونت در مسکن غیراستاندارد و پرازدحام مهاجرت و بی‌ثباتی ناشی از آن (از دست دادن شبکه حمایتی گسترده) وابستگی به کمک‌های اجتماعی دولتی بدون چشم‌انداز بهبود	X22, X24, X5
فرهنگی-اجتماعی	باور به حق مالکیت والدین بر کودک و مشروعیت تنبیه سخت انگ اجتماعی شدید حول طلاق، بیماری روانی ضعف قوانین یا عدم اجرای موثر قوانین حمایت از کودکان نبود سیستم‌های شناسایی و گزارش‌دهی موثر کودک‌آزاری در مدارس و محلات	X1, X14, X17, X19
بین نسلی	انتقال الگوهای فرزندپروری آسیب‌زا از یک نسل به نسل بعد تاریخچه درمان نشده در والدین که بر رفتار آنان تاثیر می‌گذارد	X2, X4, X5, X6, X7
بلاهای طبیعی-انسانی	جنگ، زلزله، سیل یا آتش‌سوزی که منجر از دست دادن خانه یا عزیزان شود زندگی در محیط‌های پراسترس و غیرقابل پیش‌بینی ناشی از بحرن	X2, X5, X8, X9
تبعیض سیستماتیک	کودک‌آزاری نهادینه شده بر اساس قومیت، مذهب یا وضعیت مهاجرت ناآگاهی والدین و کودک از حقوق و منابع حمایتی	X4, X9, X10, X12, X14

مطابق جدول فوق، مقولات: خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی-اجتماعی، بین‌نسلی، بلایای طبیعی-انسانی و تبعیض سیستماتیک، به عنوان عوامل زمینه‌ای موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از سوی افراد بزرگسال آسیب‌دیده شناسایی شد. در ادامه به بررسی تاثیرگذاری و تاثیرپذیری هر یک از عوامل مطرح شده با استفاده از تکنیک دیمتل، پرداخته شده است. نتایج به شرح جدول (۴) و شکل (۲) است.

جدول ۴. ماتریس روابط کلی عوامل زمینه‌ای موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

عوامل زمینه‌ای	علامت اختصاری	a	b	c	d	e	f	j	H	Ri	Pi (R+D)	EI (R-D)
خانوادگی	a	۰	۰/۵۵۶	۰/۵۴۳	۰/۵۰۳	۰/۵۱۱	۰/۵۷۶	۰/۵۲۰	۰/۴۴۴	۳/۶۵۲	۳/۵۰۳	۰/۱۴۹
اقتصادی-اجتماعی	b	۰/۵۰۰	۰	۰/۵۱۱	۰/۴۸۹	۰/۴۱۱	۰/۴۹۰	۰/۴۵۵	۰/۴۰۰	۳/۲۵۶	۳/۰۰۰	۰/۵۶
بین‌نسلی	c	۰/۴۴۴	۰/۴۵۲	۰	۰/۴۶۰	۰/۴۴۴	۰/۴۳۲	۰/۴۳۹	۰/۴۱۲	۳/۰۸۳	۳/۰۰۰	۰/۰۸۳
بلایای طبیعی-انسانی	d	۰/۴۷۷	۰/۴۶۵	۰/۴۴۴	۰	۰/۵۰۳	۰/۵۰۴	۰/۴۴۳	۰/۴۱۲	۳/۲۴۸	۳/۳۰۴	-۰/۵۶
تبعیض سیستماتیک	e	۰/۴۵۰	۰/۵۱۰	۰/۵۲۲	۰/۵۲۱	۰	۰/۵۱۱	۰/۵۰۰	۰/۴۱۱	۳/۴۲۵	۳/۳۴۲	۰/۰۸۳



شکل ۲. رابطه علت و معلولی عوامل زمینه‌ای موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده، از نظر میزان اهمیت (Pi) و از نظر خالص تاثیرگذاری (Ei)

مطابق جدول (۴) و شکل (۲)، عوامل (خانوادگی، اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی-اجتماعی، بین‌نسلی و تبعیض سیستماتیک) با مقدار EI مثبت به عنوان عوامل زمینه‌ای تاثیرگذار تعیین شدند و عامل (بلایای طبیعی-انسانی) با مقدار EI منفی به عنوان عامل زمینه‌ای تاثیرپذیر تعیین شد، و همچنین از بین عوامل تاثیرگذار: (عامل خانوادگی)، بیشترین میزان تاثیرگذاری را شامل شده است. عوامل مداخله‌گر عواملی را شامل می‌شوند، که راهبردها از آن‌ها متاثر می‌شوند. این عوامل، مجموعه‌ای از متغیرهای میانجی و واسط تشکیل می‌دهند که مداخله سایر عوامل را تسهیل یا محدود می‌کنند و صبغه علی و عمومی دارند. جدول (۵) عوامل مداخله‌گر که منجر به شکل‌گیری تجربه ترومای کودکی شده‌اند، به تفکیک مفاهیم و مقوله‌ها یا طبقاتی که این مفاهیم در آن‌ها دسته‌بندی می‌شوند را نشان می‌دهد.

جدول ۵. عوامل مداخله‌گر موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

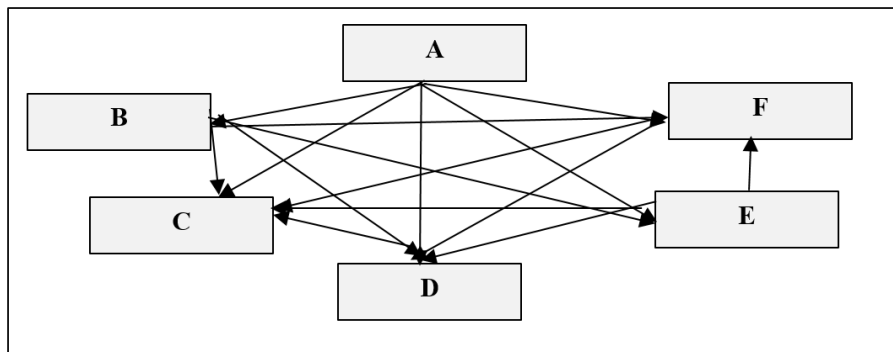
مقوله‌ها (طبقات)	واحد‌های معنایی	کد مصاحبه‌شوندگان
حفاظتی بین فردی	نبود وجود حداقل یک رابطه امن پایدار با یک بزرگسال (مادر بزرگ، معلم، مربی)	$X2, X5, X7, X9, X10$
	عدم حمایت عاطفی و عملی همسالان و دوستان	
	عدم حضور در مدرسه‌ای با محیطی حمایتی و مربیان آگاه	
	برخوداری کم از شبکه خویشاوندی گسترده و درگیر	
محافظتی اجتماعی-ساختاری	عدم دسترسی به خدمات سلامت روان حساس به تروما و مقرون به صرفه نبود برنامه‌های مدرسه‌محور برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی	$X11, X14, X16$

	نبود سیاست‌های حمایتی دولتی (مانند مرخصی والدین، تغذیه رایگان و مدرسه)	
	نبود کمپین‌های آگاهی‌بخش عمومی برای کاهش انگ و تشویق به کمک	
X11, X14, X19	خلق و خوی ناسازگار و انعطاف‌پذیر کودک	محافظتی فردی
	هوش و مهارت‌های کم در حل مسئله بالا	
	نبود باور به اینکه می‌توان بر شرایط تاثیر گذاشت (حس کارآمدی)	
	عدم توانایی در برقراری ارتباط و جلب حمایت از دیگران	
X16, X19, 22, X24	تفاوت‌های زنتیکی در پاسخ به استرس و هیجان	بیولوژیکی
	تغذیه و قرارگیری در معرض سموم بر رشد مغز و مقاومت در برابر استرس	
X11, X19, X20	باورها و آیین‌های معنوی که به کودک حس امید، تعلق و معنا می‌بخشند	فرهنگی-معنوی
	داستان‌ها و اسطوره‌های فرهنگی درباره تاب‌آوری و غلبه بر مشکلات	
X10, X13, X19	عدم دسترسی به اطلاعات و منابع حمایتی آنلاین برای کودک یا خانواده	فناوری - رسانه
	عدم استفاده از پلتفرم‌های دیجیتال برای ایجاد شبکه‌های حمایتی همسالان	

مطابق جدول (۵)، مقولات: حفاظتی بین فردی، محافظتی اجتماعی-ساختاری، محافظتی فردی، بیولوژیکی، فرهنگی-معنوی و فناوری-رسانه، به عنوان عوامل مداخله‌گر موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از سوی افراد بزرگسال آسیب‌دیده شناسایی شد. در ادامه به بررسی تاثیرگذاری و تاثیرپذیری هر یک از عوامل با استفاده از تکنیک (DEMATEL)، پرداخته شده است. نتایج به شرح جدول (۶) و شکل (۳) است

جدول ۶. ماتریس روابط کلی عوامل مداخله‌گر موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده

EI (R-D)	Pi (R+D)	Ri	علامت اختصاری	عوامل مداخله‌گر
۰/۱۳۲	۳/۴۱۱	۳/۵۴۳	a	حفاظتی بین فردی
۰/۱۰۳	۳/۰۲۹	۳/۱۳۲	b	محافظتی اجتماعی-ساختاری
-۰/۰۷۹	۳/۴۰۰	۳/۳۲۱	c	محافظتی فردی
-۰/۱۰۸	۳/۲۳۱	۳/۱۲۳	d	بیولوژیکی
۰/۱۰۰	۳/۳۰۰	۳/۴۰۰	e	فرهنگی-معنوی
۰/۰۶۴	۳/۵۰۰	۳/۵۶۴	f	فناوری-رسانه



شکل ۳. رابطه علت و معلولی عوامل مداخله‌گر موثر در زمینه‌سازی تجربه ترومای کودکی از دیدگاه بزرگسالان آسیب‌دیده، از نظر میزان اهمیت (Pi) و از نظر خالص تاثیرگذاری (Ei)

مطابق جدول (۶) و شکل (۳)، عوامل مداخله‌گر (حفاظتی بین فردی، حفاظتی اجتماعی-ساختاری، فرهنگی-معنوی و فناوری-رسانه) با مقدار EI مثبت به عنوان عوامل مداخله‌گر تاثیرگذار تعیین شدند و عوامل (حفاظتی فردی و بیولوژیکی) با مقدار EI منفی به عنوان عوامل مداخله‌گر تاثیرپذیر تعیین شدند، و همچنین از بین عوامل تاثیرگذار، (حفاظتی بین فردی) بیشترین میزان تاثیرگذاری را به خود اختصاص داده است. به منظور شناسایی شناسایی راهبردها و پیامدها، در مجموع ۲۱ مصاحبه عمیق با متخصصان صورت گرفت. مصاحبه‌ها (بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه) ضبط و یادداشت و بلافاصله پیاده شد تا با مرور چند باره گفتگوها، تحلیل و بررسی دقیق‌تری نسبت به دیدگاه‌های خبرگان انجام شود. جامعه آماری در این بخش متخصصانی هستند که به طور مستقیم و حرفه‌ای با موارد ترومای کودکی و یا پیامدهای آن در بزرگسالی سروکار دارند. از این رو شامل: روانشناسان و روان‌درمانگران، پزشکان و روانپزشکان کودک و نوجوان، مددکاران اجتماعی، وکلای دادگستری، پژوهشگران و اساتید دانشگاهی در رشته‌های (روانشناسی، علوم اجتماعی، حقوق کودک و سلامت کودک)، هستند. به منظور تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد.

راهبردها بیانگر رفتارها، واقعیت‌ها و تعاملات هدف‌داری هستند که تحت تاثیر عوامل مداخله‌گر و بستر حاکم حاصل می‌شوند. در این بین، هر یک از عوامل مطرح شده در اختیار متخصصان قرار گرفته شد و از آن‌ها خواسته شد تا بر اساس عوامل شناسایی شده، راهبردهایی را مطرح کنند. جدول (۷) راهبردهایی که منجر به شکستن چرخه ترومای کودکی می‌گردد به تفکیک مفاهیم و مقوله‌ها یا طبقاتی که این مفاهیم در آن‌ها دسته‌بندی می‌شوند را نشان می‌دهد.

جدول ۷. راهبردهای موثر بر شکستن چرخه ترومای کودکی

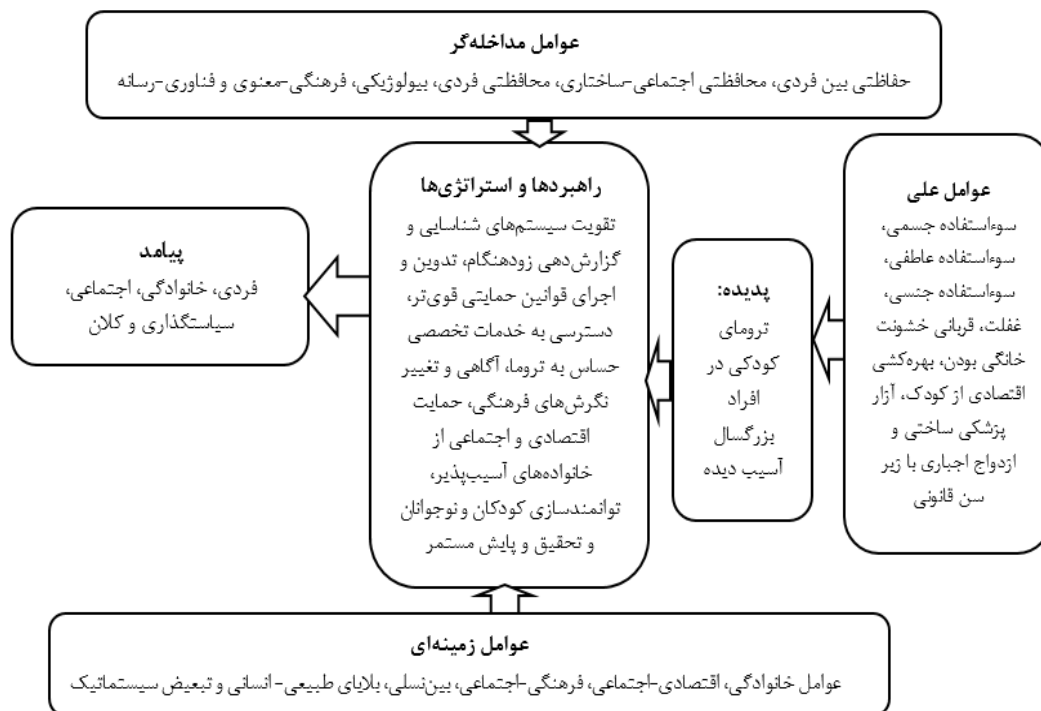
مقوله‌ها (طبقات)	واحد‌های معنایی	کد مصاحبه‌شوندگان
تقویت سیستم‌های شناسایی و گزارش تهی زود هنگام	ایجاد پلتفرم‌های دیجیتال و خطوط تلفنی اضطراری برای گزارش‌دهی ناشناس و دسترسی آگاه	A۲, A۴, A۷, A۸
	آموزش اجباری معلمان، کارکنان بهداشت و جامعه محلی برای شناسایی علائم کودک آزاری و غفلت	
	استفاده از هوش مصنوعی برای تحلیل داده‌های اجتماعی و شناسایی مناطق پرخطر	
تدوین و اجرای قوانین حمایتی قوی تر	تضمین مجازات‌های موثر برای تمام اشکال کودک آزاری	A۱۴, A۱۶, A۱۹
	حمایت‌های مالی و حقوقی و تقویت قوانین حمایت از قربانیان	
	ایجاد سیستم نظارت مستقل بر اجرای قوانین حمایت از کودکان	
دسترسی به خدمات تخصصی حساس به تروما	ایجاد مراکز جامع خدمات روانی-اجتماعی رایگان یا مقرون به صرفه	A۱۱, A۲, A۶, A۹
	آموزش و استقرار متخصصان سلامت روان آگاه به تروما در مدارس، بیمارستان‌ها و مراکز	
	توسعه برنامه‌های درمانی گروهی و فردی برای بازماندگان تروما	
آگاهی و تغییر نگرش‌های فرهنگی	راه‌اندازی کمپین‌های ملی برای مقابله با انگ مربوط به کودک آزاری و سلامت روان	A۱۱, A۱۴, A۱۹, A۲۱
	استفاده از رسانه‌ها برای ترویج فرزندپروری مثبت و غیرخشونت‌آمیز	
	آموزش مهارت‌های ارتباطی و هیجانی در مدارس از سنین پایین	
حمایت اقتصادی و اجتماعی از خانواده‌های آسیب‌پذیر	ارائه کمک‌های مالی هدفمند به خانواده‌های فقیر	A۱۳, A۱۹, A۱۸
	تضمین دسترسی به مسکن امن، تغذیه کافی و مراقبت‌های بهداشتی	
	ایجاد برنامه‌ها برای والدین جوان یا پرخطر	
توانمندسازی کودکان و نوجوانان	آموزش مهارت‌ها و شناخت حقوق به کودکان در حفاظت از خود	A۱۰, A۱۲, A۱۹
	ایجاد فضای امن برای بیان تجارب و دریافت حمایت همسالان	
	توسعه پلتفرم‌های دیجیتال امن برای دسترسی به اطلاعات و منابع	
تحقیق و پایش مستمر	ایجاد سیستم ملی پایش شیوع کودک آزاری و اثربخشی مداخلات	A۱۴, A۱۹
	استفاده از داده‌ها برای بهبود مستمر سیاست‌ها و برنامه‌ها	

مطابق جدول (۷)، مقولات: تقویت سیستم‌های شناسایی و گزارش‌دهی زود هنگام، تدوین و اجرای قوانین حمایتی قوی تر، دسترسی به خدمات تخصصی حساس به تروما، آگاهی و تغییر نگرش‌های فرهنگی، حمایت اقتصادی و اجتماعی از خانواده‌های آسیب‌پذیر، توانمندسازی کودکان و نوجوانان و تحقیق و پایش مستمر، به عنوان راهبردهای موثر در شکستن چرخه ترومای کودکی شناسایی شد. پیامدها، مقوله‌ها و طبقاتی هستند که بیانگر نتایج و تبعات اتخاذ راهبردها می‌باشند. جدول (۸) پیامدهایی که از راهبردهای مطرح شده حاصل می‌گردد به تفکیک مفاهیم و مقوله‌ها یا طبقاتی که این مفاهیم در آن‌ها دسته‌بندی می‌شوند را نشان می‌دهد.

جدول ۸. پیامدهای حاصل از شکستن چرخه ترومای کودکی

مقوله‌ها (طبقات)	واحدهای معنایی	کد مصاحبه‌شوندگان
سطح فردی	کاهش چشمگیر بروز ترومای جدید	A۳, A۵, A۸, A۹
	افزایش تاب‌آوری و سلامت روان	
	افزایش آگاهی و توانمندسازی	
خانوادگی	شکستن چرخه بین نسلی تروما	A۳, A۵, A۷, A۹, A۱۰, A۱۱, A۱۲
	تقویت بنیان خانواده	
	افزایش گزارش‌دهی	
اجتماعی	کاهش نرخ جرائم و خشونت	A۱, A۱۳
	کاهش هزینه‌های اقتصادی	
	تقویت سرمایه اجتماعی	
سیاستگذاری و حکمرانی	ایجاد سیستم‌های پاسخگو و داده محور	A۱۳, A۱۷, A۱۹, A۲۰, A۲۱
	تغییر نگرش فرهنگی	
	ایجاد استانداردهای طلایی در خدمت	
کلان	پرورش نسل سالم تر	A۱۳, A۱۴
	افزایش سرمایه انسانی	
	تقویت جایگاه بین المللی	

بر اساس جدول (۸)، پیامدهای حاصل از شکستن ترومای کودکی شامل: فردی، خانوادگی، اجتماعی، سیاستگذاری و کلان هستند.



شکل ۴. مدل پارادایمیک ترومای کودکی در بزرگسالان آسیب‌دیده

سپس در مرحله سوم و کدگذاری محوری، فرایند ربطدهی مقوله‌ها به زیرمقوله‌های‌شان، و پیوند دادن مقوله‌ها در سطح ویژگی‌ها و ابعاد است. در این مرحله، نظریه‌پرداز داده‌بنیاد، یک مقوله از مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرایندی که در حال بررسی آن است (به عنوان یک پدیده مرکزی) قرار می‌دهد. برای انجام کدگذاری محوری می‌بایست، به ترمای دوران کودکی بزرگسالان آسیب‌دیده به صورت فرایندی توجه شود، که در نهایت (۶) کد محوری استخراج شد. در مرحله چهارم یا کدگذاری گزینشی در واقع نوعی تکامل فکری تحلیل‌گر است که از تعامل میان وی با داده‌ها و از نخستین تحلیل تا گزارش‌نویسی ادامه می‌یابد. هدف مرحله کدگذاری گزینشی حرکت از توصیف به مفهوم‌سازی‌های ارتقاءیافته و متعالی‌تر است تا بتوان بر مبنای آن‌ها سیر داستان را بازگو کرد.

مطابق جدول (۱۰)، توجه به مقوله‌ها، زیرمقوله‌ها و ویژگی‌های آنان، می‌توان مقوله‌ی محوری سطح نقض کودکان در سطح انتزاعی تحت عنوان مقوله‌ی گزینشی تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری شناسایی شد. سطح نقض حقوق کودکان و تاب‌آوری دو روی یک سکه در حوزه حمایت از کودکان هستند. سطح نقض حقوق کودکان معیاری است که میزان تخلف از حقوق اساسی آنان را از جمله مواردی مانند کودک‌آزاری، بهره‌کشی، یا محرومیت از آموزش و مراقبت نشان می‌دهد. در مقابل، تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری بیانگر ظرفیت کودکان، خانواده‌ها و جامعه برای پیشگیری، مقاومت و بهبود پس از این نقض‌ها است. هرچه سطح نقض حقوق افزایش یابد، آسیب‌پذیری کودکان بیشتر شده و نیاز به تاب‌آوری فردی و اجتماعی عمیق‌تر می‌شود. از سوی دیگر، تقویت تاب‌آوری از طریق آموزش، حمایت روانی، قوانین محکم و شبکه‌ای از خدمات به کاهش نقض حقوق کودکان در بلندمدت منجر می‌شود. بنابراین این دو متغیر در یک رابطه پویا و متقابل قرار دارند: کاهش یکی به کاهش دیگری می‌انجامد و غفلت از هرکدام چرخه معیوب آسیب را تشدید می‌کند.

سپس مقوله محوری سطح محرومیت اقتصادی و ظرفیت جبرانی در سطح انتزاعی با مقوله ظرفیت سیستم‌های حمایتی شناسایی شد. سطح محرومیت اقتصادی و ظرفیت جبرانی سیستم‌های حمایتی، دو عامل کلیدی و به شدت در هم تنیده در چرخه فقر و آسیب‌پذیری هستند. سطح محرومیت اقتصادی که با شاخص‌هایی مانند درآمد ناکافی، بیکاری، و محرومیت از نیازهای اساسی سنجیده می‌شود؛ به طور مستقیم خانواده‌ها را در معرض انواع آسیب‌ها از جمله کودک‌آزاری، ترک تحصیل، و بحران‌های سلامت روان قرار می‌دهد. در چنین شرایطی، ظرفیت سیستم‌های حمایتی اعم از سازمان‌های دولتی، غیردولتی و... عنوان مکانیسم جبرانی عمل می‌کند. هرچه محرومیت اقتصادی گسترده‌تر و عمیق‌تر باشد، فشار بر سیستم‌های حمایتی بیشتر شده و نیاز به ظرفیت‌هایی مانند بودجه کافی، نیروی انسانی آموزش‌دیده، و شبکه‌های توزیع خدمات افزایش می‌یابد. در مقابل، سیستم‌های حمایتی قوی و پاسخگو نه تنها می‌توانند آثار محرومیت را کاهش دهند (از طریق برنامه‌هایی مانند کمک‌های نقدی، مشاوره شغلی، یا مراقبت‌های سلامت)، بلکه با شکستن چرخه فقر، به افزایش تاب‌آوری اقتصادی خانوارها در بلندمدت کمک می‌کنند. بنابراین، تقویت ظرفیت سیستم‌های حمایتی، نه تنها پاسخی به محرومیت موجود است، بلکه سرمایه‌گذاری ضروری برای پیشگیری از تشدید آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی در آینده محسوب می‌شود.

در ادامه نیز قابل ذکر است، امنیت و برخورداری عادلانه، محرومیت از مراقبت‌های پایه و تبعیض و نقض آشکار حقوق اساسی کودکان برای دریافت مراقبت، امنیت و برخورداری عادلانه است. این دو پدیده در یک چرخه شوم تقویت‌کننده یکدیگر قرار دارند: محرومیت از مراقبت‌های پایه (مانند دسترسی به تغذیه کافی، سلامت، و آموزش باکیفیت) نه تنها به خودی خود یک آسیب است، بلکه کودکان را به ویژه در گروه‌های حاشیه در برابر تبعیض آسیب‌پذیرتر می‌کند. از سوی دیگر، تبعیض (بر اساس عوامل قومی، جنسیتی، اقتصادی یا جغرافیایی) به صورت سیستماتیک، دسترسی به همین مراقبت‌های پایه را محدود کرده و شکاف محرومیت را عمیق‌تر می‌سازد. نتیجه این تعامل، محرومیت مضاعفی است که حق بنیادین کودک برای رشد در محیطی امن و عادلانه را سلب می‌کند. بنابراین، هرگونه تلاش برای تضمین حقوق اساسی کودکان باید به طور همزمان هم بر رفع محرومیت‌های مادی (از طریق تقویت خدمات پایه) و هم بر مبارزه با ساختارهای تبعیض‌آمیز (از طریق قوانین و آگاهی‌بخشی) متمرکز شود، زیرا این دو بدون یکدیگر قابل حل نیستند.

سپس، مقوله محوری پشتیبانی فرهنگی - ساختاری از سلامت کودکان در سطح انتزاعی تر با مقوله گزینشی حقوق اساسی برای دریافت مراقبت، امنیت و برخورداری عادلانه، شناسایی شد. پشتیبانی فرهنگی - ساختاری از سلامت کودکان و حمایت از بسترهای خانوادگی، فردی و اجتماعی، دو رکن اساسی و کاملاً در هم تنیده در توسعه یک سیستم مراقبت جامع از کودکان هستند. پشتیبانی فرهنگی - ساختاری به معنی ایجاد سیاست‌ها، قوانین، نهادها و هنجارهای اجتماعی است که سلامت جسمی و روانی کودک را در اولویت قرار می‌دهد؛ از جمله دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، آموزش باکیفیت و محیط‌های امن. این پشتیبانی، بستر کلانی را فراهم می‌کند که در آن حمایت از بسترهای خانوادگی، فردی و اجتماعی معنا پیدا می‌کند. بدون چارچوب‌های فرهنگی و ساختاری قوی، حتی بهترین برنامه‌های خانوادگی و اجتماعی نیز با موانع اساسی روبرو می‌شوند. در مقابل، این چارچوب‌ها زمانی اثربخش خواهند بود که مداخلات در سطح خرد مانند آموزش والدین، تقویت مهارت‌های فردی کودکان، و ایجاد شبکه‌های حمایت اجتماعی نیز به طور همزمان تقویت شوند. بنابراین، این دو سطح نه در تقابل، بلکه در رابطه‌ای تکاملی قرار دارند: پشتیبانی ساختاری، امکان توزیع عادلانه منابع و خدمات را فراهم می‌کند، و حمایت از بسترهای خانوادگی و اجتماعی، تضمین می‌کند که این منابع به طور مؤثر به نیازهای فردی کودکان پاسخ می‌دهند. تنها در صورت هماهنگی این دو سطح است که می‌توان به سلامت همه‌جانبه و پایدار کودکان دست یافت.

سیاست‌گذاری و تدوین قوانین حمایتی قوی، سنگ بنای ایجاد یک چارچوب ساختاری برای تضمین امنیت و رفاه کودکان است. این قوانین که در سطح کلان تعیین می‌شوند، معیارهای واضحی برای جلوگیری از آسیب‌ها (مانند کودک‌آزاری، بهره‌کشی و تبعیض) تعریف کرده و ضمانت‌های اجرایی برای نقض آن‌ها فراهم می‌کنند. اما تدوین قوانین تنها گام اول است؛ اجرای مؤثر این قوانین است که به آن‌ها جان می‌بخشد. اجرای قوی مستلزم وجود نهادهای نظارتی قدرتمند، دسترسی آگاهانه به خدمات قضایی و حمایتی، و تخصیص منابع کافی برای پیاده‌سازی است. بدون اجرا، حتی بهترین قوانین نیز روی کاغذ باقی می‌مانند. از سوی دیگر، قوانین حمایتی تنها زمانی می‌توانند پایدار و تأثیرگذار باشند که مبتنی بر سیاست‌گذاری آگاهانه باشند؛ سیاست‌هایی که با توجه به داده‌های دقیق، نیازهای واقعی جامعه و مشارکت ذی‌نفعان طراحی شده باشند. بنابراین، سیاست‌گذاری و قوانین حمایتی در یک رابطه دوسویه قرار دارند: سیاست‌گذاری اصولی، قوانین جامع و پویا را تولید می‌کند و اجرای موفق این قوانین، بازخورد لازم برای اصلاح و بهبود سیاست‌ها را فراهم می‌آورد. این چرخه مثبت نه تنها از کودکان محافظت می‌کند، بلکه زمینه را برای ایجاد جامعه‌ای عادلانه و پاسخگو فراهم می‌سازد.

در نهایت، مداخله به‌هنگام و عملکرد موفق سیستم، دو مفهوم کلیدی هستند که رابطه‌ای علی و تقویت‌کننده با یکدیگر دارند. مداخله به‌هنگام به اقدامات سریع و هدفمندی اشاره دارد که بلافاصله پس از شناسایی آسیب یا احتمال وقوع آن (مانند کودک‌آزاری، محرومیت شدید، یا بحران‌های خانوادگی) انجام می‌شوند. موفقیت این مداخلات اعم از خدمات حمایت روانی، امن، یا کمک‌های فوری مستقیماً به عملکرد موفق سیستم وابسته است؛ سیستمی که دارای چارچوب‌های قانونی شفاف، پروتکل‌های استاندارد، نیروی انسانی آموزش‌دیده، و شبکه‌ای هماهنگ از نهادهای دولتی و غیردولتی باشد. از سوی دیگر، عملکرد موفق سیستم خود در گرو توانایی آن در اجرای مداخلات به‌هنگام است: هرچه سیستم در شناسایی زودهنگام، واکنش سریع و ارائه خدمات مؤثر کارآمدتر عمل کند، نتایج بهتری در کاهش آسیب‌های بلندمدت و بازتوانی کودکان کسب خواهد کرد. بنابراین، این دو نه تنها مکمل یکدیگرند، بلکه شاخصی کلیدی برای سنجش سلامت کل سیستم حفاظت از کودک محسوب می‌شوند. سیستمی که قادر به مداخله به‌هنگام و مؤثر نباشد، در عملکرد خود ناموفق است و بالعکس.

جدول ۹. ساختار نهایی داده‌ها

مقوله محوری	مقوله گزینشی	زیرمقوله
سطح نقض حقوق کودکان	تاب‌آوری و کاهش آسیب پذیری	سوءاستفاده جسمی
		سوءاستفاده عاطفی
		سوءاستفاده جنسی
		قربانی خشونت خانگی بودن
		ازدواج اجباری با زیر سن قانونی

		حفاظتی بین فردی
		محافظتی فردی
		فردی-بین نسلی
ظرفیت سیستم‌های حمایتی	سطح محرومیت اقتصادی و ظرفیت جبرانی	بهره‌کشی اقتصادی از کودک
		اقتصادی-اجتماعی
		حمایت اقتصادی و اجتماعی از خانواده‌های آسیب-پذیر
		توانمندسازی کودکان و نوجوانان
حقوق اساسی برای دریافت مراقبت، امنیت و برخورداری عادلانه	محرومیت از مراقبت پایه و تبعیض	غفلت
		آزار پزشکی ساختگی
		بلاهای طبیعی-انسانی
		بیولوژیکی
		تبعیض سیستماتیک
حمایت از بسترهای خانوادگی، فردی، اجتماعی	پشتیبانی فرهنگی-ساختاری از سلامت	خانوادگی
		فرهنگی-اجتماعی
		محافظتی اجتماعی-ساختاری
		فرهنگی-معنوی
		آگاهی و تغییر نگرش‌های فرهنگی
تدوین و اجرای قوانین حمایتی قوی	سیاستگذاری-قوانین حمایتی	سیاستگذاری و کلان
		تدوین و اجرای قوانین حمایتی قوی‌تر
عملکرد موفق سیستم	مداخله به‌هنگام	تقویت سیستم‌های شناسایی و گزارش‌دهی زودهنگام
		دسترسی به خدمات تخصصی حساس به تروما
		فناوری-رسانه
		تحقیق و پایش مستمر

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی پدیده‌ای پیچیده و چندعاملی است که از تعامل میان عوامل علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر شکل می‌گیرد. نتایج حاصل از روش نظریه داده‌بنیاد و مدل دیمتل نشان دادند که در میان عوامل علی، سوءاستفاده‌های عاطفی، جسمی و جنسی، غفلت، خشونت خانگی و بهره‌کشی اقتصادی نقش اساسی در ایجاد ترومای دوران کودکی دارند. از میان این عوامل، سوءاستفاده عاطفی بیشترین اثرگذاری را داشت. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است که بر اهمیت آسیب‌های هیجانی و عاطفی در شکل‌گیری اختلالات خلقی و شناختی تأکید کرده‌اند (Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012). در واقع، تروماهای هیجانی که شامل بی‌توجهی عاطفی، تحقیر، تهدید و ایجاد احساس بی‌ارزشی در کودک هستند، اثرات عمیق‌تری نسبت به آسیب‌های جسمی دارند، زیرا مستقیماً ساختار هویتی و سیستم دلبستگی فرد را درگیر می‌کنند (Teicher & Samson, 2016).

مطالعات عصب‌زیستی نیز این یافته را تأیید کرده‌اند؛ به‌طوری‌که پژوهش‌های تصویربرداری مغزی نشان داده‌اند که کودکانی که در معرض سوءرفتار هیجانی قرار گرفته‌اند، در نواحی مغزی مرتبط با تنظیم هیجان مانند قشر پیش‌پیشانی و هیپوکامپ دچار تغییرات ساختاری و عملکردی شده‌اند (Koenigs & Grafman, 2009). این یافته با نتایج پژوهش (Pechtel & Pizzagalli, 2011) همسو است که نشان داد استرس‌های اولیه زندگی موجب نقص در عملکردهای شناختی، از جمله حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود. همچنین، پژوهش (Gould et al., 2012) نشان داد که کودک‌آزاری و غفلت با کاهش پایدار در عملکرد شناختی در بزرگسالی مرتبط است. این نتایج نشان

می‌دهد که رابطه بین آسیب‌های عاطفی و عملکرد شناختی، رابطه‌ای دوسویه است؛ یعنی نه تنها تروما می‌تواند کارکردهای شناختی را مختل کند، بلکه اختلال در شناخت نیز مانع پردازش سالم هیجان‌ها می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر در بخش عوامل زمینه‌ای نیز نشان داد که خانواده، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگ بیشترین نقش را در تکوین ترومای دوران کودکی دارند. این نتیجه با پژوهش‌های (Green et al., 2010; Hughes et al., 2017) همسو است که عوامل اجتماعی و خانوادگی را به‌عنوان بسترهای اصلی بروز تروما معرفی کردند. فقر، بی‌ثباتی خانوادگی، والدین نوجوان یا ناآگاه و تبعیض اجتماعی، از جمله شرایطی هستند که کودکان را در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهند. پژوهش (Jiaa & Lubetkin, 2020) نیز نشان داد که تجارب نامطلوب دوران کودکی، شامل اختلال در عملکرد خانواده، بیماری روانی والدین و سوءمصرف مواد، تأثیر مستقیمی بر امید به زندگی و کیفیت آن دارد. این نتایج بیانگر آن است که محیط خانواده، نه تنها زمینه‌ساز بروز آسیب است، بلکه می‌تواند از طریق حمایت هیجانی و تربیتی مناسب، نقش حفاظتی ایفا کند.

از سوی دیگر، نتایج تحلیل دیمتال نشان داد که عوامل مداخله‌گر، مانند حمایت‌های بین‌فردی، اجتماعی-ساختاری، فرهنگی-معنوی و فناوری-رسانه، در کاهش آثار ترومای کودکی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. عامل «حفاظتی بین‌فردی» بیشترین اثرگذاری را داشت، که با یافته‌های (Yoon Park et al., 2023) هم‌راستا است؛ آن‌ها نشان دادند که وجود رابطه‌ای امن و پایدار با یک بزرگسال حمایت‌گر در دوران کودکی، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری و کاهش اثرات آسیب دارد. علاوه بر این، پژوهش (Du et al., 2024) نشان داد که عملکرد سالم خانواده به‌عنوان یک متغیر میانجی می‌تواند اثر مستقیم ترومای کودکی بر شدت افسردگی را در بیماران کاهش دهد. این نتایج اهمیت نقش روابط حمایتی و شبکه‌های اجتماعی را در فرایند ترمیم و بازسازی روانی نشان می‌دهد.

از دیگر یافته‌های مهم پژوهش حاضر، شناسایی راهبردهای چندبعدی برای شکستن چرخه ترومای کودکی بود. این راهبردها شامل تقویت سیستم‌های شناسایی زودهنگام و گزارش‌دهی، تدوین و اجرای قوانین حمایتی قوی‌تر، گسترش خدمات تخصصی حساس به تروما، تغییر نگرش‌های فرهنگی، حمایت اقتصادی-اجتماعی از خانواده‌های در معرض خطر، توانمندسازی کودکان و پایش مستمر بود. این نتایج با پژوهش (Palomo & Andreu, 2024) هم‌راستا است که بر نقش سیاست‌گذاری‌های اجتماعی، محیطی و فرهنگی در پیشگیری از عود اختلالات خلقی تأکید کرده است. پژوهش (Farnia & Rahimian Bougher, 2024) نیز بیان کرد که سلامت جسمانی و حمایت اجتماعی می‌تواند نقش میانجی در کاهش رفتارهای پرخطر مانند اقدام به خودکشی داشته باشد، که تأکیدی بر اهمیت مداخلات اجتماعی-سلامتی در کاهش اثرات تروما است.

در زمینه عوامل بیولوژیکی، یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که برخی از پیامدهای تروما از طریق تغییرات فیزیولوژیک و ایمنی‌شناختی تبیین می‌شوند. این یافته با پژوهش (Maed et al., 2024) مطابقت دارد که فعال‌سازی سلول‌های T و کاهش سلول‌های تنظیم‌کننده را به‌عنوان سازوکارهای کلیدی در بیماران افسرده با سابقه تروما معرفی کرده است. همچنین، (Poletti et al., 2022) گزارش داد که افزایش شاخص‌های التهابی مانند IL-2 و TNF- α در بیماران دوقطبی، با کاهش انسجام ماده سفید مغز مرتبط است، که خود موجب بروز نقایص شناختی می‌شود. افزون بر این، مطالعه (Congia et al., 2022) نشان داد که رفتارهای کم‌حرکی و افزایش سطوح پروتئین واکنشی C (CRP) در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی با سابقه تروما، با کاهش عملکرد شناختی ارتباط دارد. این نتایج بر نقش هم‌افزایی بین عوامل زیستی، شناختی و اجتماعی در تداوم آسیب‌های ناشی از تروما تأکید می‌کنند.

از منظر شناختی-عصبی، پژوهش حاضر نشان داد که اختلال در حافظه، توجه و سرعت پردازش در بزرگسالانی که در کودکی دچار سوءاستفاده شده‌اند، شایع‌تر است. این یافته هم‌جهت با نتایج (Miao et al., 2022) و (Zhang et al., 2025) است که بیان کردند ترومای دوران کودکی با متابولیسم غیرطبیعی مغز و کاهش عملکردهای شناختی در بیماران افسرده و دوقطبی مرتبط است. همچنین، پژوهش (Jørgensen et al., 2023) نشان داد که در بیماران دوقطبی بهبودیافته، تروماهای دوران کودکی با تغییرات ساختاری مغز همراه است، به‌ویژه در مناطقی

مانند قشر جلویی و هیپوکامپ که در تنظیم شناخت و هیجان نقش دارند. این یافته‌ها بیانگر آن است که ترومای دوران کودکی نه تنها بر رفتار و عاطفه، بلکه بر پایه‌های عصبی شناخت نیز تأثیرگذار است.

از جنبه اجتماعی و فرهنگی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که نگرش‌های سنتی نسبت به تنبیه بدنی، تبعیض جنسیتی، و ضعف قوانین حمایتی، بستری را برای تداوم چرخه تروما فراهم می‌کنند. این نتیجه با نتایج (Norman et al., 2012) و (Hughes et al., 2017) همخوان است که بر نقش فرهنگ‌های مجازکننده خشونت و ضعف ساختارهای قانونی در بازتولید خشونت تأکید داشتند. به طور خاص، یافته‌های (Nguyen & Shaw, 2020) نشان دادند که الگوهای تربیتی نادرست، مانند ارزش‌گذاری بیش از حد والدین و کنترل افراطی، با پیامدهای شخصیتی منفی در بزرگسالی، نظیر خودشیفتگی و اجتناب هیجانی، مرتبط است. در همین راستا، پژوهش (Riemann et al., 2024) و (Shomooli Selahchuni & Naseri, 2023) نشان دادند که آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند با ویژگی‌های شخصیت مرزی و اجتناب تجربه‌ای در بزرگسالی مرتبط باشند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که برای مقابله مؤثر با ترومای دوران کودکی باید رویکردی چندسطحی و میان‌رشته‌ای اتخاذ شود که شامل مداخلات روانی، اجتماعی، فرهنگی و قانونی باشد. تکیه صرف بر درمان‌های فردی بدون اصلاح بسترهای اجتماعی و خانوادگی، نمی‌تواند به شکستن چرخه تروما منجر شود. این نتیجه با مدل‌های زیست-روانی-اجتماعی هم‌راستا است که بر ضرورت توجه همزمان به ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی آسیب تأکید دارند (Lippard & Nemeroff, 2020; Palomo & Andreu, 2024). افزون بر این، یافته‌های (Farnia & Rahimian Bougher, 2024) و (Du et al., 2024) نشان می‌دهند که تقویت تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، آموزش خانواده‌ها و اجرای سیاست‌های حمایتی مؤثر، می‌تواند پیامدهای ترومای کودکی را به شکل قابل‌توجهی کاهش دهد. بنابراین، برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد در سطح کلان، نه تنها به بهبود سلامت روان کودکان آسیب‌دیده کمک می‌کند، بلکه سرمایه انسانی جامعه را در بلندمدت حفظ می‌کند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، وابستگی داده‌ها به گزارش‌های کیفی و خوداظهاری شرکت‌کنندگان است که ممکن است تحت تأثیر سوگیری حافظه یا خطاهای ادراکی قرار گیرد. از سوی دیگر، جامعه آماری محدود به بزرگسالان آسیب‌دیده بود و کودکان در حال تجربه مستقیم تروما مورد بررسی قرار نگرفتند. این امر باعث می‌شود که برخی از تجربه‌های زیسته به صورت غیرمستقیم بازتاب یابد. همچنین، روش کیفی گراند تئوری اگرچه برای شناسایی فرایندهای اجتماعی مناسب است، اما تعمیم‌پذیری نتایج آن محدود می‌باشد. علاوه بر این، استفاده از مدل دیمتل برای سنجش روابط علی میان عوامل می‌تواند تحت تأثیر قضاوت ذهنی متخصصان قرار گیرد.

پژوهش‌های آینده می‌توانند با رویکردهای ترکیبی (کیفی-کمی) به بررسی تأثیر متقابل عوامل شناختی، زیستی و اجتماعی در بروز و تداوم ترومای کودکی بپردازند. همچنین، بررسی نقش مداخلات مبتنی بر تاب‌آوری، درمان‌های شناختی-هیجانی و حمایت‌های خانواده‌محور می‌تواند در فهم بهتر مکانیسم‌های ترمیم مؤثر باشد. توصیه می‌شود مطالعات طولی بر روی کودکان و نوجوانان در معرض خطر انجام شود تا سیر علی تروما تا بزرگسالی به طور دقیق‌تری مشخص شود. بهره‌گیری از فناوری‌های نوین مانند تصویربرداری مغزی و هوش مصنوعی نیز می‌تواند در شناسایی الگوهای عصبی-رفتاری ناشی از تروما مفید واقع شود.

از منظر عملی، پیشنهاد می‌شود که نهادهای آموزشی و بهداشتی برنامه‌هایی برای غربالگری زودهنگام نشانه‌های تروما در مدارس طراحی کنند. ایجاد مراکز تخصصی متمرکز بر درمان تروما، آموزش والدین در زمینه فرزندپروری غیرخشونت‌آمیز و توسعه قوانین حمایتی قوی‌تر برای کودکان ضروری است. رسانه‌ها باید در جهت تغییر نگرش‌های فرهنگی و کاهش انگ اجتماعی پیرامون سلامت روان نقش فعال‌تری ایفا کنند. در نهایت، همکاری میان روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، قانون‌گذاران و نهادهای مدنی می‌تواند زمینه‌ساز طراحی یک نظام ملی جامع برای پیشگیری و مداخله در ترومای دوران کودکی شود.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Childhood trauma, encompassing experiences such as physical, emotional, or sexual abuse, neglect, domestic violence, and economic exploitation, is increasingly recognized as a critical determinant of long-term mental and cognitive health outcomes (Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012). These adverse childhood experiences (ACEs) not only disrupt emotional development but also produce enduring neurobiological and psychological alterations that can persist throughout life (Teicher & Samson, 2016). Empirical and meta-analytic research confirms that early-life trauma increases the risk for major depressive disorder (MDD), bipolar disorder (BD), anxiety, and suicidality, and is closely associated with structural and functional abnormalities in brain regions responsible for emotion regulation and cognition (Koenigs & Grafman, 2009; Pechtel & Pizzagalli, 2011).

A growing body of neuroimaging research demonstrates that maltreated children often show reduced hippocampal and prefrontal cortex volumes, contributing to impairments in executive functioning, memory, and affective control (Gould et al., 2012; Teicher & Samson, 2016). For instance, Pechtel and Pizzagalli identified a consistent link between early life stress and deficits in working memory, selective attention, and cognitive flexibility (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Similarly, Gould et al. found that adults with a history of child abuse exhibit persistent deficits in cognitive functioning and emotional regulation (Gould et al., 2012).

These findings underscore that the effects of childhood trauma extend far beyond emotional distress, encompassing cognitive and neurological disruptions that influence functioning across the lifespan.

The family and socio-economic context play a decisive role in either amplifying or mitigating these effects. Poverty, parental immaturity, substance use, and intergenerational violence have been identified as potent contextual contributors to childhood trauma (Green et al., 2010; Jiaa & Lubetkin, 2020). Norman et al. demonstrated that child maltreatment has severe lifelong health consequences, from psychological disorders to reduced life expectancy (Norman et al., 2012). Moreover, Hughes et al. confirmed that exposure to multiple ACEs has a cumulative negative impact on health and behavioral outcomes (Hughes et al., 2017). Beyond direct abuse, environmental instability and cultural attitudes that normalize violence exacerbate children's vulnerability (Nguyen & Shaw, 2020).

At the same time, the literature highlights the moderating role of resilience, supportive relationships, and family functioning. According to Yoon Park et al., resilience serves as a protective factor that can buffer the psychological impact of trauma, though traumatized individuals tend to demonstrate lower resilience levels (Yoon Park et al., 2023). Du et al. further revealed that healthy family functioning mediates the relationship between childhood trauma and depression severity among patients with MDD and BD, underscoring the buffering potential of interpersonal support (Du et al., 2024).

Recent studies also emphasize the biological and inflammatory mechanisms linking trauma to mental disorders. Maed et al. found that activation of T cells and reduced regulatory T cell counts are key immunological pathways contributing to depression severity in individuals exposed to trauma (Maed et al., 2024). Poletti et al. highlighted that childhood trauma leads to elevated inflammatory cytokines, including IL-2 and TNF- α , which correlate with disrupted white matter integrity and cognitive impairment (Poletti et al., 2022). Similarly, Congia et al. demonstrated associations between trauma, sedentary behavior, elevated C-reactive protein (CRP), and impaired cognition in mood disorders (Congia et al., 2022). These findings suggest a multidimensional connection—biological, psychological, and social—between early trauma and adult psychopathology.

Furthermore, Barczyk et al. provided robust evidence that cognitive impairments are consistently observed among trauma-exposed individuals with mood disorders (Barczyk et al., 2023). Zhang et al. confirmed that emotional abuse during childhood specifically impairs immediate memory in bipolar patients, and medication types can either exacerbate or mitigate these effects (Zhang et al., 2025). These findings are consistent with Miao et al., who found abnormal brain metabolism among adults with MDD and a history of childhood trauma (Miao et al., 2022). Collectively, these results illustrate that trauma exposure exerts long-term cognitive and neurological impacts that vary across mood disorder subtypes.

Socio-cultural and legal dimensions further influence the perpetuation or disruption of trauma cycles. Palomo and Andreu demonstrated that environmental and sociocultural factors are among the strongest predictors of relapse in mood disorders, emphasizing the importance of integrated psychosocial interventions (Palomo & Andreu, 2024). Similarly, Riemann et al. reported that childhood trauma is strongly associated with borderline personality traits in both unipolar and bipolar disorders, highlighting the need to address trauma in personality and affective pathology (Riemann et al., 2024). Shomooli Selahchuni and Naseri also confirmed that experiential avoidance mediates the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder (Shomooli Selahchuni & Naseri, 2023). These findings collectively underscore the necessity of multidimensional frameworks that integrate biological, psychological, and social domains to address trauma effectively.

Given these findings, this study sought to systematically identify the causal, contextual, and intervening factors contributing to childhood trauma, as well as the strategies and outcomes associated with breaking its cycle.

The purpose was to provide a grounded theoretical model supported by empirical prioritization using the DEMATEL approach to guide preventive, clinical, and policy interventions.

Methods and Materials

This study employed a mixed qualitative–quantitative design combining grounded theory and the Decision-Making Trial and Evaluation Laboratory (DEMATEL) model. In the qualitative phase, 25 semi-structured interviews were conducted with adults over 18 who had experienced severe childhood trauma, including neglect, domestic violence, or abuse. Purposeful sampling continued until theoretical saturation was reached. In the expert phase, 21 interviews were carried out with psychologists, psychiatrists, social workers, child rights lawyers, and academic researchers specializing in child and adolescent health.

Data analysis followed the classical grounded theory coding process, including open coding (identifying concepts), axial coding (linking categories), and selective coding (integrating theoretical dimensions). The emerging paradigm model categorized factors into causal, contextual, and intervening conditions, strategies, and outcomes. In the second phase, the DEMATEL model quantified the causal relationships and influence strength among identified factors.

Findings

The grounded theory analysis revealed eight main causal factors of childhood trauma: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, neglect, domestic violence, economic exploitation, fabricated medical illness, and child marriage. Among these, emotional abuse demonstrated the highest influence, followed by physical abuse and neglect.

Contextual factors were categorized into family, socio-economic, cultural, intergenerational, environmental (natural or human-made disasters), and systemic discrimination. Family factors were identified as the most influential, particularly parental immaturity, authoritarian parenting, and familial instability.

Intervening factors included interpersonal protection, social–structural protection, individual protection, biological factors, cultural–spiritual beliefs, and media–technological resources. Among these, interpersonal protection (the presence of at least one emotionally secure adult relationship) had the strongest positive influence, while biological vulnerabilities and low self-efficacy were the most affected.

The DEMATEL analysis quantitatively confirmed the dominance of emotional abuse ($EI=0.091$) among causal factors and family environment ($EI=0.149$) among contextual factors. Interpersonal protective factors yielded the highest net effect ($EI=0.132$) within the intervening group.

Seven key strategies were identified for breaking the trauma cycle: (1) strengthening early identification and anonymous reporting systems; (2) enacting and enforcing stronger child protection laws; (3) expanding trauma-sensitive mental health services; (4) promoting cultural awareness and shifting attitudes; (5) supporting vulnerable families economically and socially; (6) empowering children through rights education and life skills; and (7) implementing continuous national research and monitoring systems.

The outcomes of implementing these strategies were observed at multiple levels: individual (enhanced resilience, improved mental health), familial (breaking intergenerational trauma patterns), social (reduced violence and crime), policy (data-driven and responsive systems), and national (healthier, more equitable human capital development).

Discussion and Conclusion

The findings of this study affirm that childhood trauma is not a singular or isolated phenomenon but a dynamic and multifactorial process shaped by the interaction of psychological, social, and biological conditions. The results revealed that emotional abuse is the most potent causal factor, aligning with evidence that emotional maltreatment can inflict deeper psychological scars than physical abuse by distorting self-concept, attachment, and emotional regulation. Emotional trauma disrupts the child's developing neural networks related to cognition and empathy, thereby perpetuating long-term dysfunction in adulthood.

The contextual significance of the family environment and socio-economic instability suggests that interventions must extend beyond clinical care. Family dysfunction, poverty, and intergenerational transmission of maladaptive parenting practices create fertile ground for trauma reproduction. Addressing these structural determinants requires integrated social policies focusing on family education, economic empowerment, and community-based child protection mechanisms.

Interpersonal protective factors emerged as the most effective buffers against trauma, emphasizing the importance of human connection and social support systems. Consistent with resilience theory, having at least one emotionally stable caregiver or mentor can substantially mitigate the long-term effects of trauma. This underscores the need for trauma-informed education and community outreach programs that strengthen relational networks and reduce isolation.

From a neurobiological perspective, the study corroborates prior findings indicating that inflammatory processes and altered neurocircuitry mediate the relationship between trauma and cognitive deficits. Chronic stress during critical developmental stages triggers dysregulation of the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis, leading to abnormal cortisol levels and immune responses that damage neural plasticity. These physiological disruptions explain why trauma survivors exhibit both cognitive impairments and heightened vulnerability to mood disorders.

The findings also highlight the bidirectional interaction between trauma and culture. Cultural norms that condone harsh discipline, gender inequality, or silence around abuse perpetuate trauma, whereas cultural–spiritual frameworks emphasizing compassion, community, and moral responsibility can serve as powerful protective assets. Social change through media, education, and legal advocacy is therefore essential to reframe public attitudes toward child maltreatment.

The integrative model developed through this study underscores that breaking the cycle of childhood trauma demands systemic coordination across multiple sectors. Legal reforms without service access are ineffective, and psychological interventions without socio-economic support remain insufficient. A holistic approach—combining legislative action, clinical interventions, educational reform, and social welfare—is required to prevent trauma recurrence and foster resilience.

فهرست منابع

References

- Barczyk, Z., Foulds, J. A., Porter, R. J., & Douglas, K. M. (2023). Childhood trauma and cognitive functioning in mood disorders: A systematic review. *Bipolar Disorders*, 25(4), 263-277. <https://doi.org/10.1111/bdi.13321>
- Congia, A. C., Ragassi Urbano, M., Zoega Soares, M., & Odebrecht Vargas Nunes, S. (2022). Cognitive impairment, childhood trauma, sedentary behaviour, and elevated C-reactive protein levels in major affective disorders. *Journal of psychiatric research*, 155, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.052>
- Du, Y., Liu, J., Lin, R., & Chattun, M. R. (2024). The mediating role of family functioning between childhood trauma and depression severity in major depressive disorder and bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 365, 443-450. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.155>
- Farnia, F., & Rahimian Bougher, A. (2024). The Role of Childhood Trauma, Psychosocial Stress, and Interpersonal Conflicts in Predicting Suicidal Behavior with the Mediating Factor of Physical Health: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 23(2), 104-118. <https://doi.org/10.61186/jrums.23.2.104>
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of psychiatric research*, 46(4), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.005>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Jiaa, H., & Lubetkin, E. I. (2020). Impact of adverse childhood experiences on quality-adjusted life expectancy in the U.S. population. *Child abuse & neglect*, 102, 104418. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104418>
- Jiang, W., Zhang, L., Yuan, Y., Wang, Y., Zhang, X., Wu, J., & Liu, Z. (2019). The effects of childhood trauma on cognition in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 272, 616-623. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.151>
- Jørgensen, J. L., Macoveanu, J., Petersen, J. Z., Knudsen, G. M., Kessing, L. V., Balslev Jørgensen, M., & Woznica Miskowi, K. (2023). Association of childhood trauma with cognitive impairment and structural brain alterations in remitted patients with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 337, 75-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.078>
- Koenigs, M., & Grafman, J. (2009). The functional neuroanatomy of depression: Distinct roles for ventromedial and dorsolateral prefrontal cortex. *Behavioural Brain Research*, 201(2), 239-243. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2009.03.004>
- Lai, W., Zhang, H., Jiang, Y., Huang, X., & Liao, Y. (2025). Trauma exposure as a risk factor of major depressive disorder: A matched case-control study. *Journal of psychiatric research*, 182, 204-211. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.01.028>
- Lippard, E. T. C., & Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: Increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *The American journal of psychiatry*, 177(1), 20-36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>
- Maed, M., Zhou, B., Razhayon, M., & Jirakran, K. (2024). T cell activation and lowered T regulatory cell numbers are key processes in severe major depressive disorder: Effects of recurrence of illness and adverse childhood experiences. *Journal of affective disorders*, 362, 62-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.097>
- Miao, H., Zhong, S., Liu, X., Lai, S., Zhu, Y., Song, Z., Wang, Y., & Jia, Y. (2022). Childhood trauma history is linked to abnormal brain metabolism of non-medicated adult patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 302, 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.103>
- Nguyen, K. T., & Shaw, L. (2020). The aetiology of non-clinical narcissism: Clarifying the role of adverse childhood experiences and parental overvaluation. *Personality and individual differences*, 154, 109615. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109615>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Palomo, A. G., & Andreu, H. (2024). Clinical, sociodemographic and environmental predicting factors for relapse in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 360, 276-296. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.064>
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55-70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Poletti, S., Paolini, M., & Ernst, J. (2022). Long-term effect of childhood trauma: Role of inflammation and white matter in mood disorders. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*, 26, 100529. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100529>
- Porcu, M., & Ragassi Urbano, M. (2022). Comparison of the severity of depressive and anxiety symptoms, biomarkers, and childhood trauma among bipolar smokers and non-smokers, and controls. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100336. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100336>
- Riemann, G., Chrispijn, M., Kupka, R. W., Penninx, B. W. J., & Giltay, H. (2024). Borderline personality features in relationship to childhood trauma in unipolar depressive and bipolar disorders. *Journal of affective disorders*, 363, 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.101>
- Shomooli Selahchuni, R., & Naseri, A. (2023). Predicting Borderline Personality Disorder Based on Childhood Trauma with the Mediating Role of Experiential Avoidance. *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 10(6), 143-156. <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2186-fa.html>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Yoon Park, J., Woo Lee, C., Jang, Y., Lee, W., Yoon, J., & Oh, S. (2023). Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 323, 162-170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.003>
- Zhang, Z. H., Zhou, C. H., Mao, Z. H., Sun, L., Li, T., Wang, C., & Bo, Q. (2025). Impact of childhood trauma on cognitive function in patients with bipolar disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1513021. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1513021>

