Journal of Research in Psychological Health
September 2026, Volume 19, Issue 4

Prediction of Empathy Impairment Based on Childhood Trauma with the Mediating Role of Deficits in Theory of Mind in Female Students

Setareh Hajili[1], Fatemeh Gholami[2]*, Akbar Mohammadi[3]
1.. Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Department of Educational Sciences, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author(. 0315339624@iau.ir

3. Department of Psychology, Ga.C., Islamic Azad University, Garmsar, Iran .

Citation: Hajili, S., Gholami, F., & Mohammadi, A. (2026). Predicting Empathy Deficit Based on Childhood Trauma with the Mediating Role of Theory of Mind Deficits in Female College Students.**J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2026; 19 (4):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The present study aimed to predict empathy deficit based on childhood trauma, mediating by theory of mind deficits among female college students. The research design was descriptive-correlational utilizing structural equation modeling (path analysis). The statistical population consisted of all female college students at the Islamic Azad University, Karaj Branch, in June 2025, from whom a sample of 210 students was selected via convenience sampling method. The research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire, the Reading the Mind in the Eyes Test, and the Empathy Quotient. Data analysis was performed using Pearson correlation coefficient and path analysis via statistical software, and the bootstrapping method was applied to evaluate the significance of the indirect effect. The findings from path analysis indicated that the hypothesized model demonstrated a good fit with the empirical data. The results of the direct path coefficients revealed that childhood trauma had a significant positive direct effect on both theory of mind deficits and empathy deficit. Furthermore, the direct effect of theory of mind deficits on empathy deficit was positive and statistically significant. Additionally, the bootstrapping results indicated that theory of mind deficits played a significant positive mediating role in the relationship between childhood trauma and empathy deficit. In total, the predictor variables accounted for 40% of the variance in empathy deficit. In conclusion, the results of the current study demonstrated that traumatic childhood experiences not only directly impair empathy capacity but also exacerbate empathy deficit in adulthood by arresting social-cognitive development and causing deficits in the theory of mind. Therefore, it is essential to design psychological interventions focused on trauma-informed therapies and enhancing mentalization and social cognition skills within university counseling centers for female students with a history of trauma.

Key words
Childhood Trauma, Empathy Deficit, Theory of Mind, Social Cognition

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

پیش بینی ناتوانی در همدلی بر اساس ترومای دوران کودکی با میانجی گری نقایص در نظریه ذهن در دانشجویان زن

ستاره حاجیلی[۱]، فاطمه غلامی[۲]*، اکبر محمدی[۳]

[۱]. گروه روان شناسی، واحد کرج ، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج ، ایران.

[۲]. گروه علوم تربیتی ، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول). 0315339624@iau.ir

[۳]. گروه روان شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

تاریخ دریافت
۱۴۰۴/۱/۰۷
تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۰۹/۲۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی ناتوانی در همدلی بر اساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری نقایص در نظریه ذهن در دانشجویان زن بود. طرح پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و ارزیابی مدل ساختاری (تحلیل مسیر) بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان زن دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در خرداد ماه سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند که از میان آن‌ها، تعداد ۲۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی، آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم و پرسشنامه بهره همدلی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای آماری انجام شد و برای سنجش معناداری اثر غیرمستقیم نیز روش بوت‌استراپینگ به کار گرفته شد. یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که مدل مفروض از برازش مطلوبی با داده‌های تجربی برخوردار است. نتایج بررسی ضرایب مسیر مستقیم مشخص کرد که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم و مثبت بر نقایص در نظریه ذهن و ناتوانی در همدلی دارد. همچنین اثر مستقیم نقایص در نظریه ذهن بر ناتوانی در همدلی مثبت و از نظر آماری معنادار بود. علاوه بر این، نتایج آزمون بوت‌استراپ نشان داد که نقایص در نظریه ذهن، نقش میانجی‌گری مثبت و معناداری را در رابطه بین ترومای دوران کودکی و ناتوانی در همدلی ایفا می‌کند. در مجموع، متغیرهای پیش‌بین توانستند ۴۰ درصد از واریانس ناتوانی در همدلی را تبیین کنند. در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان داد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نه تنها به طور مستقیم ظرفیت همدلی را مخدوش می‌کنند، بلکه از طریق توقف تحول شناخت اجتماعی و ایجاد نقص در نظریه ذهن، ناتوانی در همدلی را در بزرگسالی تشدید می‌نمایند؛ از این رو، طراحی مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر بهبود درمان‌های ترومامحور و تقویت مهارت‌های ذهن‌سازی و شناخت اجتماعی در مراکز مشاوره دانشگاهی برای دانشجویان زن با سابقه تروما ضرورت دارد.

واژگان کلیدی
ترومای دوران کودکی، ناتوانی در همدلی، نظریه ذهن، شناخت اجتماعی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

دانشجویان به عنوان سرمایه‌های انسانی و آینده‌سازان جامعه، در حساس‌ترین و پرفراز و نشیب‌ترین دوره تحول روانی-اجتماعی خود به سر می‌برند (زهراکار و همکاران، ۲۰۲۵) .موفقیت و سلامت روانی آنان در این دوره، نه تنها بر عملکرد تحصیلی، بلکه بر کیفیت زندگی شخصی و حرفه‌ای آنان در آینده تأثیر مستقیم دارد (شیخ الاسلامی و همکاران ، ۲۰۲۵) .در این میان، ظرفیت همدلی به عنوان توانایی درک و اشتراک عواطف دیگران، یکی از کلیدی‌ترین مؤلفه‌های سلامت روان و سازگاری اجتماعی محسوب می‌شود (فلاحتی و همکاران، ۲۰۲۳) .همدلی بستری را فراهم می‌کند که دانشجویان بتوانند روابط بین‌فردی عمیق‌تری را تجربه کنند، از حمایت اجتماعی مؤثرتری برخوردار شوند و در مواجهه با چالش‌های تحصیلی و زندگی، تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند (چن و همکاران، ۲۰۲۴) .

با این حال، بروز هرگونه ناتوانی و نقص در فرآیند همدلی می‌تواند پیامدهای زیان‌باری به ویژه برای دانشجویان زن به همراه داشته باشد؛ چرا که از زنان به دلیل نقش‌های اجتماعی و عاطفی گسترده‌تر، اغلب انتظار می‌رود که در روابط بین‌فردی کارآمد و حامی باشند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۴) .ناتوانی در همدلی می‌تواند منجر به انزوای اجتماعی، تعارضات بین‌فردی مکرر، کاهش رضایت از زندگی و افزایش آسیب‌پذیری در برابر اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب شود و به عنوان یک مانع جدی در مسیر پیشرفت تحصیلی و حرفه‌ای آنان عمل کند (حمیده و همکاران، ۲۰۲۴) .پدیدار شدن نقایص در فرآیند همدلی موجب کاهش رفتارهای انسان‌دوستانه، افزایش خودمحوری، پرخاشگری، قلدری و طرد اجتماعی می‌گردد (سایلکه و همکاران، ۲۰۲۴) و به عنوان یکی از نشانه‌های جدی بدکارکردی‌های شخصیتی در تضعیف روابط خانوادگی و اجتماعی شناخته می‌شود (میودیانسی و همکاران، ۲۰۲۵) .

شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده ناتوانی در همدلی از آن جهت مورد تاکید پژوهشگران است که این عوامل می‌توانند نقش پیشگیرانه از بروز آسیب داشته باشند (شارعی و همکاران، ۲۰۲۴) .این عوامل می‌توانند فردی یا محیطی (نظیر تجربیات ناگوار) باشند. برخی از پژوهشگران بر این باورند که تجربیات دردناک اولیه مانند ترومای دوران کودکی می‌توانند ناتوانی در همدلی را در بزرگسالی پیش‌بینی کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴) .به لحاظ نظری، ترومای کودکی به وقایع ناگوار این دوره مانند سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت‌های جسمی و عاطفی اشاره دارد (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳) .بر اساس مدل بعدی ناملایمات ، تجربیات نامطلوب دوران کودکی بین دو بعد اصلی تمایز قائل می‌شوند: تهدید (شامل خشونت بین‌فردی، آزار جسمی و جنسی که تمامیت جسمانی کودک را هدف می‌گیرد) و محرومیت (کاهش ورودی‌های اجتماعی و شناختی مورد انتظار از محیط مانند غفلت فیزیکی و عاطفی یا عدم تحریک شناختی) (ایرتون و همکاران، ۲۰۲۴ ؛ شارعی و همکاران ،۲۰۲۳) .

ترومای دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده طیف وسیعی از پیامدهای منفی روانی است (میکاییلی و همکاران ، ۲۰۲۵) .کودکان با سابقه تروما در معرض خطر عدم توسعه ظرفیت‌های ضروری مغز برای پردازش اطلاعات و تنظیم هیجان هستند (پروریل و همکاران، ۲۰۲۳) .مطالعات تصویربرداری نشان داده‌اند که ترومای دوران کودکی با تغییرات ساختاری و کارکردی در قشر پیش‌پیشانی و مناطق زیرقشری مانند آمیگدال و هیپوکامپ همراه است (ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۱) .این تجارب ناگوار منجر به ایجاد آسیب جدی در نظام باورها و شناخت‌های فرد شده (احساس ناامنی و بی‌اعتمادی) و عواطف منفی را به طور پایدار نهادینه می‌سازد (کیم و همکاران، ۲۰۲۳) .در نتیجه، افرادی که در دوران کودکی مورد سوءاستفاده یا غفلت واقع شده‌اند، به علت تهدید نیاز به امنیت و تجربه خودسرزنشی، در بزرگسالی سطوح بالاتری از نقایص در نظریه ذهن را تجربه می‌کنند (پانگ و همکاران، ۲۰۲۲) .

در واقع، محتمل به نظر می‌رسد که ارتباط بین ترومای دوران کودکی با ناتوانی در همدلی خطی نبوده و متغیرهای روان‌شناختی واسطه‌ای در این میان نقش داشته باشند. یکی از این متغیرهای کلیدی، نقایص در نظریه ذهن است. افراد با تجربه ترومای دوران کودکی، نقایص بیشتری در کارکرد نظریه ذهن نشان می‌دهند (ابراهیم و همکاران،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۲۰۲۱) ؛ و متقابلاً، افزایش نقایص در نظریه ذهن می‌تواند ناتوانی در همدلی را در افراد پیش‌بینی کند (سایلکه و همکاران، ۲۰۲۴) . نظریه ذهن به توانایی استنتاج در مورد نیات، باورها و خواسته‌های خود و دیگران اشاره دارد (پسیچ و همکاران، ۲۰۲۵) .پژوهش‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهند که ترومای دوران کودکی بر ساختار و عملکرد مناطق مرتبط با نظریه ذهن و شناخت اجتماعی (نظیر قشر پیش‌پیشانی و قشر کمربندی قدامی) تاثیر منفی می‌گذارد (توزی و همکاران، ۲۰۲۰؛ لو و همکاران، ۲۰۱۷) .از طرفی، جزء شناختی همدلی به لحاظ مفهومی با نظریه ذهن، ذهنی‌سازی و دیدگاه‌گیری ارتباط بسیار نزدیکی دارد که در آن افراد افکار و تجربیات دیگران را در نظر می‌گیرند (ویز و سیکارا، ۲۰۲۱) .بنابراین، نقص در زیربنای شناختیِ شناختِ اجتماعی (نظریه ذهن)، مستقیماً پاسخ‌های همدلانه را با مشکل مواجه می‌سازد و به ناتوانی در همدلی دامن می‌زند .

با توجه به پیامدهای ناگوار ناتوانی در همدلی بر سلامت روانی و عملکرد تحصیلی و شغلی، تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده آن حائز اهمیت و ضرورت است. شناسایی این مسیر ساختاری از یک سو می‌تواند در راستای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و از سوی دیگر برای تدوین مداخلات مبتنی بر بهبود کارکردهای شناختی-اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. ضرورت این پژوهش زمانی آشکارتر می‌شود که توجه کنیم جامعه دانشجویان زن، به دلیل فرآیندهای جامعه‌پذیری عاطفی و نقش‌های چندگانه ارتباطی در آینده، نیازمند سطوح بالایی از توانمندی‌های بین‌فردی هستند و هرگونه آسیب در این حوزه، سلامت روان خود فرد و خرده‌سیستم‌های اجتماعی او را با چالش مواجه می‌کند. علاوه بر این، بررسی ادبیات پژوهشی نشان داد که با وجود بررسی‌های پراکنده، تا کنون مدل ساختاری منسجمی برای پیش‌بینی ناتوانی در همدلی بر اساس ترومای دوران کودکی با میانجی‌گری نقایص در نظریه ذهن در جامعه دانشجویان زن مورد آزمون قرار نگرفته است و در این زمینه خلاء پژوهشی و کاربردی مشهود است. با توجه به موارد مطرح شده، پرسش اصلی این مطالعه عبارت است از این که: آیا نقایص در نظریه ذهن می‌تواند رابطه بین ترومای دوران کودکی با ناتوانی در همدلی در دانشجویان زن را میانجی گری کند؟

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف، در رده پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی، توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه را تمامی دانشجویان زن دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در خرداد ماه سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۲۳) در خصوص اصول مدل‌یابی معادلات ساختاری، حداقل حجم نمونه برای دستیابی به توان آزمون مناسب و اشباع پارامترهای مدل، ۲۰۰ نفر پیشنهاد شده است. بر این اساس و با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها، کاهش خطای نمونه‌گیری و افزایش قدرت تعمیم‌دهی یافته‌ها، حجم نمونه نهایی ۲۱۰ نفر تعیین شد. به منظور رعایت اصول روش‌شناختی و کاهش سوگیری‌های رایج در روش‌های غیرتصادفی، ملاک‌های ورود و خروج دقیقی تدوین گردید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱) اشتغال به تحصیل به عنوان دانشجوی زن در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج؛ ۲) قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال؛ ۳) گذراندن حداقل یک نیم‌سال تحصیلی؛ ۴) عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی یا جسمانی حاد (بر اساس سؤالات غربالگری خودگزارش‌دهی مبنی بر عدم سابقه بستری یا دریافت درمان‌های روان‌پزشکی فعال در ۶ ماه اخیر)؛ و ۵) اعلام رضایت آگاهانه و مکتوب برای شرکت در پژوهش. در مقابل، معیارهای خروج از پژوهش شامل پاسخ‌گویی ناقص به گویه‌ها (بیش از ۱۰ درصد داده‌پرت)، پاسخ‌گویی بر اساس الگوهای غیرمنطقی و یکنواخت (شناسایی از طریق بررسی انحراف معیار پاسخ‌های فردی) و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش بود.

جمع‌آوری داده‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترسِ هدایت‌شده و با مراجعه به دانشکده‌های مختلف دانشگاه انجام شد تا تنوع رشته‌های تحصیلی حفظ گردد. در مجموع ۲۳۰ پرسشنامه توزیع گردید که پس از بررسی اولیه، ۲۰ پرسشنامه به دلیل پاسخ‌گویی ناقص یا الگوهای خطی از تحلیل خارج شدند و در نهایت داده‌های مربوط به ۲۱۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

شرکت‌کننده ملاک تحلیل قرار گرفت. پیش از پاسخ‌گویی، اصول اخلاقی پژوهش شامل حفظ حریم خصوصی، محرمانه ماندن پاسخ‌ها، حق انسحاب آزادانه از پژوهش و اهداف کلی مطالعه به آزمودنی‌ها تبیین شد و فرم رضایت آگاهانه به امضای کتبی آنان رسید. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم اطلاعات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی)، فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم بارون‌کوهن و همکاران (۲۰۰۱) و پرسشنامه صفت همدلی باتسون (۱۹۹۱) بود.

ابزار پژوهش

-فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ-SF):

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۸ گویه‌ای است که توسط برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) برای ارزیابی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی طراحی شده است . ۲۵ گویه این ابزار به سنجش ۵ زیرمقیاس اصلی شامل: سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمی و غفلت هیجانی اختصاص دارد و ۳ گویه دیگر مربوط به مقیاس انکار است . پاسخ‌دهی به آیتم‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱ تا همیشه=۵) صورت می‌گیرد .گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند .دامنه نمرات در هر زیرمقیاس بین ۵ تا ۲۵ و نمره کل بین ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر است که نمره بالاتر نشان‌دهنده مواجهه بیشتر با ترومای دوران کودکی است . برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را برای ابعاد مختلف در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ و روایی همزمان آن را با رتبه‌بندی درمانگران مناسب گزارش کردند . در ایران، نوبخت و همکاران (۲۰۲۱) آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برآورد نمودند . همچنین پرهون و همکاران (۲۰۲۴) ضمن تایید پایایی (۰/۸۴)، روایی سازه آن را از طریق تحلیل عاملی تأییدی (RMSEA=0/078 و CFI=0/92) مطلوب گزارش کردند . در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد.

- آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصاویر چشم(RMET)

این آزمون عصب‌روان‌شناختی توسط بارون‌کوهن و همکاران (۲۰۰۱) به منظور سنجش توانایی ذهن‌خوانی و مؤلفه شناختی نظریه ذهن توسعه یافته است. ابزار شامل ۳۶ تصویر از حالت‌های چشم هنرپیشگان است که ۳۶ حالت ذهنی و عاطفی متفاوت (مانند آرام، وحشت‌زده، هیجان‌زده) را بازنمایی می‌کند .شرکت‌کنندگان با مشاهده هر تصویر، باید از بین ۴ گزینه هم‌وزن، واژه‌ای را که بهترین توصیف از حالت ذهنی تصویر است انتخاب کنند .نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر (پاسخ غلط) و یک (پاسخ صحیح) بوده و نمره کل در دامنه صفر تا ۳۶ قرار می‌گیرد .طبق معیار محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۰)، نمرات کمتر از ۲۲ بیانگر سطح پایین، ۲۲ تا ۳۰ متوسط و بالاتر از ۳۰ نشان‌دهنده سطح بالای نظریه ذهن است . از آنجا که گویه‌های این آزمون به صورت دوگزینه‌ای (صحیح/غلط) نمره‌گذاری می‌شوند، در مطالعه حاضر جهت تعیین همسانی درونی از فرمول کودر-ریچاردسون (KR-20)استفاده شد و ضریب آن ۰/۷۴ به دست آمد.

- پرسشنامه صفت همدلی باتسون(EEQ)

این پرسشنامه شامل ۸ آیتم است که توسط باتسون (۱۹۹۱) با هدف ارزیابی میزان همدلی عاطفی افراد طراحی شده است . آزمودنی‌ها صفات مکنون در این پرسشنامه را بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از ۱= اصلاً تا ۶= خیلی زیاد) و بر اساس نگرش و احساسات خود پاسخ می‌دهند .با توجه به اینکه متغیر ملاک در مدل مفروض این پژوهش «ناتوانی در همدلی» تعریف شده است، نمره‌گذاری تمامی گویه‌های این ابزار به صورت معکوس لحاظ گردید؛ به گونه‌ای که نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنی سطوح بالاترِ «ناتوانی در همدلی عاطفی» باشد. پیشینه ابزار نشان‌دهنده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ در مطالعات خارجی (بک، ۲۰۰۵؛ کوک، ۲۰۰۸) و ۰/۸۰ در مطالعات داخلی (خجسته‌مهر و همکاران، ۱۳۸۸) است .در مطالعه حاضر، پایایی این پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برآورد گردید .

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان نشان داد که از نظر وضعیت تأهل، ۳/۷۳ درصد (n = ۱۵۴) مجرد و ۷/۲۶ درصد (n = ۵۶) متأهل بودند. از لحاظ سطح تحصیلات، ۲/۵۶ درصد (n = ۱۱۸) در مقطع کارشناسی، ۳۱ درصد (n = ۶۵) در مقطع کارشناسی ارشد و ۹/۱۲ درصد (n = ۲۷) در مقطع دکتری مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی پاسخ‌گویان ۳۱/۲۳ سال با انحراف معیار ۴.۹۵ (در دامنه سنی ۱۹ تا ۴۰ سال) برآورد گردید. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات مکتسبه به همراه ماتریس همبستگی پیرسون در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	۱	۲	۳
۱. ترومای دوران کودکی	۴۴.۷۰	۱۳.۳۶	۲۵	۷۳	۱		
۲. نقایص در نظریه ذهن	۱۶.۸۳	۶.۰۰	۳	۳۱	۰.۴۸۴	۱	
۳. ناتوانی در همدلی	۲۸.۷۴	۷.۵۳	۱۰	۴۶	۰.۵۷۹	۰.۵۰۹	۱

توضیحات: در تمامی همبستگی‌های فوق، سطح معناداری کوچکتر از ۰.۰۰۱ است

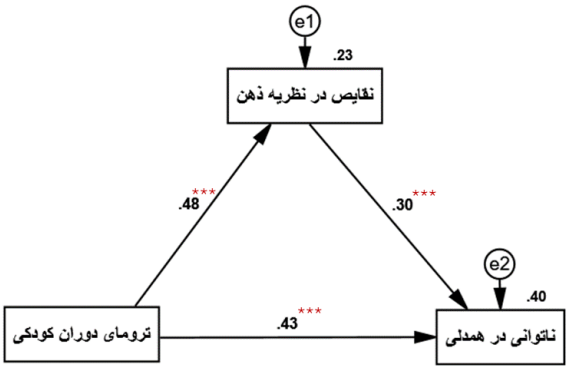
نتایج ماتریس همبستگی پیرسون (جدول ۱) نشان داد که ترومای دوران کودکی با ناتوانی در همدلی (r = ۰.۵۷۹)و با نقایص در نظریه ذهن (r = ۰.۴۸۴) رابطه مثبت و از نظر آماری معناداری دارد. همچنین، رابطه بین نقایص در نظریه ذهن و ناتوانی در همدلی مثبت و از نظر آماری معنادار ارزیابی شد (r = ۰.۵۰۹). به بیانی دیگر، افزایش ترومای کودکی و نقایص نظریه ذهن با بالا رفتن میزان ناتوانی در همدلی عاطفی همراه است.

پیش از آزمون مدل ساختاری با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر، مفروضات آماری رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. بررسی نمودار جعبه‌ای حاکی از عدم وجود داده‌های پرت تک‌متغیره و چندمتغیره در داده‌های پژوهش بود. با توجه به نسبت بحرانی به دست آمده که برابر با ۲.۳۹ بود، توزیع نرمال چندمتغیره در محدوده مجاز (بین ۲.۵۶- تا ۲.۵۶+) قرار داشت. مقادیر کجی و کشیدگی تک‌متغیره تمامی متغیرهای اصلی نیز در دامنه استاندارد ۲- تا ۲+ قرار داشت که به معنای برقرار بودن فرض نرمال بودن توزیع داده‌هاست. آماره عامل تورم واریانس (VIF) برای متغیرهای مستقل برابر با ۱.۳۱ به دست آمد که پایین‌تر از ملاک مرز (عدد ۵) بوده و عدم وجود هم‌خطی چندگانه را تأیید کرد. بر اساس نمودار پراکنش، نوع رابطه بین متغیرهای اصلی از نوع خطی احراز شد. در نهایت، آزمون دوربین-واتسون با مقدار ۱.۵۸ (در دامنه مجاز ۱.۵ تا ۲.۵) فرض استقلال خطاها را تأیید نمود.

مدل پژوهش با استفاده از تکنیک تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار ایموس آزمون شد. شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است. معناداری روابط بین متغیرهای اصلی نیز با علامت ستاره مشخص شده است.

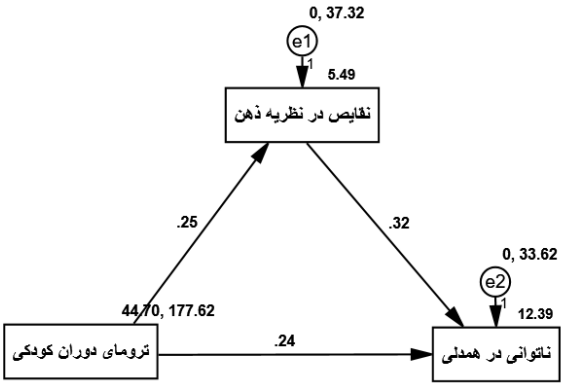
شکل۱. مدل تجربی پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]



شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است که بیانگر شدت تاثیر متغیرها بر یکدیگر است. بررسی مدل تجربی نشان داد تمامی ۳ رابطه در مدل تایید شد (p<۰/۰۵). مطابق یافته ها تاثیر مستقیم دو متغیر ترومای دوران کودکی و نقایص در نظریه ذهن بر ناتوانی در همدلی تایید شد (p<۰/۰۵). بررسی شدت ضرایب نشان داد که قوی ترین رابطه در مدل مربوط به تاثیر ترومای دوران کودکی بر نقایص در نظریه ذهن با ضریب تاثیر ۰/۴۸ بود. ضریب تعیین متغیر وابسته ناتوانی در همدلی برابر با ۰/۴۰ درصد بود. شکل ۲ مدل تجربی در حالت ضرایب غیر استاندارد است. در ادامه به بررسی برازش مدل تجربی و آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته شد.

شکل۲. مدل تجربی پژوهش در حالت ضرایب مسیر غیراستاندارد



شاخص های برازش مدل در جدول ۲ آمده است. پس از تخمین پارامترهای مدل، سوالی که مطرح می‌شود این است که تا چه حد مدل موردنظر با داده‌های مربوطه سازگاری دارد. پاسخ به این سوال تنها از طریق بررسی برازش مدل امکان‌پذیر است. بنابراین، در تحلیل معادلات ساختاری محقق متعاقب انجام تخمین پارامترها و قبل از تفسیر آن‌ها باید از برازندگی مدل اطمینان حاصل کند.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری پژوهش

شاخص برازش	نماد علمی	مقدار محاسبه شده	ملاک قابل قبول	نتیجه برازش
کای اسکوئر هنجار شده	Chi-Square/df	۲.۵۱	کوچکتر یا مساوی ۵	برازش مطلوب
شاخص برازش نیکوئی	GFI	۰.۹۴	بزرگتر از ۰.۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش نیکوئی تعدیل شده	AGFI	۰.۹۴	بزرگتر از ۰.۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰.۹۱	بزرگتر از ۰.۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش نرم شده	NFI	۰.۹۳	بزرگتر از ۰.۹۰	برازش مطلوب

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

شاخص برازش فزاینده	IFI	۰.۹۴	بزرگتر از ۰.۹۰	برازش مطلوب
شاخص برازش نیکوئی مقتصد	PGFI	۰.۷۷	بزرگتر از ۰.۷۰	برازش مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب	RMSEA	۰.۰۷۲	کوچکتر از ۰.۰۸	برازش مطلوب

مطابق با داده‌های جدول ۲، تمامی شاخص‌های مطلق، تطبیقی و مقتصد در دامنه‌های استاندارد و بهینه قرار دارند که نشان می‌دهد مدل ساختاری تدوین‌شده از برازش مناسب و کاملاً مقبولی با داده‌های تجربی برخوردار است. بر اساس ضریب تعیین استخراج‌شده، متغیرهای پیش‌بین (ترومای دوران کودکی و نقایص در نظریه ذهن) در مجموع توانسته‌اند ۴۰ درصد از واریانس متغیر ناتوانی در همدلی را تبیین کنند. پس از تایید برازش مدل، ضرایب مسیر مستقیم و شاخص‌های آماری مدل ساختاری مورد آزمون قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر مستقیم و شاخص‌های آماری مدل ساختاری

مسیرهای مستقیم مدل ساختاری	ضریب استاندارد	نسبت بحرانی (C.R)	سطح معناداری (p)	نتیجه فرضیه
ترومای دوران کودکی به نقایص در نظریه ذهن	۰.۴۸۴	۸.۰۰	کوچکتر از ۰.۰۰۱	تأیید فرضیه
نقایص در نظریه ذهن به ناتوانی در همدلی	۰.۲۹۹	۴.۸۹	کوچکتر از ۰.۰۰۱	تأیید فرضیه
ترومای دوران کودکی به ناتوانی در همدلی	۰.۴۳۵	۷.۱۲	کوچکتر از ۰.۰۰۱	تأیید فرضیه

یافته‌های جدول ۳ نشان داد که تمامی مسیرهای مستقیم فرض‌شده در مدل معنادار هستند. اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر نقایص در نظریه ذهن مثبت و معنادار است (ضریب = ۰.۴۸۴، نسبت بحرانی = ۸.۰۰). اثر مستقیم نقایص در نظریه ذهن بر ناتوانی در همدلی نیز مثبت و معنادار برآورد شد (ضریب = ۰.۲۹۹، نسبت بحرانی = ۴.۸۹). علاوه بر این، مسیر مستقیم ترومای دوران کودکی به ناتوانی در همدلی مثبت و معنادار گزارش گردید (ضریب = ۰.۴۳۵، نسبت بحرانی = ۷.۱۲). به بیانی دیگر، تجربه ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم از طریق ایجاد نقص در کارکرد نظریه ذهن، ناتوانی در همدلی عاطفی را افزایش می‌دهد. در نهایت، به منظور آزمون اثر غیرمستقیم و معناداری نقش میانجی متغیر نقایص در نظریه ذهن، از روش بوت‌استراپینگ (با ۵۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد و فاصله اطمینان ۹۵ درصد) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت‌استراپ برای اثر غیرمستقیم و نقش میانجی

مسیر غیرمستقیم مدل	اثر استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین (LLCI)	حد بالا (ULCI)	سطح معناداری
ترومای کودکی به نقایص نظریه ذهن به ناتوانی در همدلی	۰.۱۴۵	۰.۰۳۰	۰.۰۸۸	۰.۲۲۰	۰.۰۰۴

نتایج آزمون معناداری نقش میانجی‌گری با روش بوت‌استراپینگ (جدول ۴) نشان داد که اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی بر ناتوانی در همدلی با واسطه‌گری نقایص در نظریه ذهن برابر با ۰.۱۴۵ است. با توجه به اینکه حد پایین بوت‌استراپ (۰.۰۸۸) و حد بالا (۰.۲۲۰) شامل عدد صفر نیستند، این اثر غیرمستقیم در سطح آماری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

کوچکتر از ۰.۰۱ کاملاً معنادار است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر نقش میانجی نقایص در نظریه ذهن در رابطه بین تروما‌ی دوران کودکی و ناتوانی در همدلی در دانشجویان زن تأیید می‌شود و متغیر میانجی توانسته است بخشی از اثر تروما‌ی کودکی بر کاهش توانمندی همدلی را تبیین کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ناتوانی در همدلی بر اساس تروما‌ی دوران کودکی با میانجی‌گری نقایص در نظریه ذهن در دانشجویان زن انجام شد. در تبیین فرضیه اول، یافته‌های این پژوهش نشان داد که تروما‌ی دوران کودکی می‌تواند نقایص در نظریه ذهن را در دانشجویان زن پیش‌بینی کند. این نتیجه با دستاوردهای پژوهشی مطالعاتی همچون یانگ و هوانگ (۲۰۲۴)، ستیز و همکاران (۲۰۲۲) و پانگ و همکاران (۲۰۲۲) همسو و هماهنگ است.

در تحلیل این یافته می‌توان گفت که اثرات تجارب آسیب‌زای اولیه در چارچوب نظریه‌های دلبستگی، شناختی و عصبی‌رشدی کاملاً قابل تبیین است. بر اساس نظریه دلبستگی جان بالبی و بسط آن توسط فوناغی و تارجت تحت عنوان نظریه ذهن‌سازی، وجود یک رابطه ایمن و پاسخ‌گو با مراقب اولیه، بستری بنیادی و ضروری را برای رشد توانایی ذهن‌خوانی و تحول شناختی کودک فراهم می‌آورد(اسدپور و همکاران ،۲۰۲۵) . در این فرآیند تحولی، مراقب به عنوان یک آینه هیجانی عمل کرده و حالات ذهنی، نیازها و احساسات کودک را بازنمایی، ساختاردهی و برچسب‌گذاری می‌کند. با این حال، تجارب تروما مانند غفلت، سوءرفتار عاطفی یا جسمی، این کنش و واکنش رابطه‌ای را به شدت مختل می‌سازد(عطا دخت و هماکاران ،۲۰۲۴). کودکانی که در معرض تروما‌ی مزمن محیطی قرار می‌گیرند، به دلیل ناپایداری، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن یا وجود وحشت در بافتار رابطه‌ای با مراقبان، مکانیسم‌های دفاعی خاصی نظیر اجتناب از توجه به حالت‌های ذهنی دیگران یا فرونشانی و حذف هیجانات را در خود پرورش می‌دهند؛ امری که به صورت مستقیم تحول و پدیدایی نظریه ذهن را مهار می‌کند(حمیده و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر عصب‌روان‌شناسی نیز مدل استرس سمی که توسط مرکز توسعه کودک دانشگاه هاروارد تدوین شده است، توضیح می‌دهد که تروما‌ی مزمن در دوران کودکی، پاسخ‌های استرس طولانی‌مدت، مداوم و غیرقابل تنظیمی را در سیستم عصبی ایجاد می‌کند(ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). این وضعیت فرساینده به تغییرات ساختاری و کارکردی عمیق در مناطق مغزی مرتبط با شناخت اجتماعی و نظریه ذهن منجر می‌شود. به طور ویژه‌تر، میزان فعالیت و اتصال‌های سیناپسی در شبکه‌ای مغزی شامل قشر پیش‌پیشانی میانی، شیار گیجگاهی فوقانی خلفی و قشر سینگولیت قدامی که متولیان اصلی پردازش نیات، باورها و عواطف دیگران هستند، دچار نقص و اختلال جدی می‌شود. این تغییرات عصبی‌رشدی نامطلوب، در واقع زیربنای بیولوژیک رابطه مثبت بین تروما و نقص نظریه ذهن را تشکیل می‌دهند (پانگ و همکاران، ۲۰۲۲).

همچنین بر پایه نظریه‌های شناختی تروما‌ی پیچیده مانند مدل جوی‌لینگز، کودکان آسیب‌دیده برای بقا و سازگاری با محیط ناامن، راهبردهای توجهی و ادراکی متمایزی را توسعه می‌دهند(پروریل و همکاران، ۲۰۲۳). تمرکز افراطی و گوش‌به‌زنگی شدید برای کشف تهدیدها و نشانه‌های خطر در محیط، بخش عمده‌ای از ظرفیت پردازشی مغز را اشغال کرده و در نتیجه، ظرفیت شناختی لازم برای پردازش ظریف‌تر نشانه‌های اجتماعی مرتبط با حالات ذهنی دیگران، نظیر لحن صدا یا تغییرات حرکتی چهره کاهش می‌یابد که این محدودیت شناختی، مهارت‌های بنیادین نظریه ذهن را تضعیف می‌کند(ابراهیم و همکاران، ۲۰۲۱). افزون بر این، نظریه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی نشان می‌دهند که تروما، طرحواره‌های بین‌فردی آسیب‌زایی را شکل می‌دهد که در آن‌ها نیات دیگران عموماً خصمانه یا خطرناک تلقی می‌شوند. این طرحواره‌ها، پردازش اطلاعات مربوط به حالت‌های ذهنی دیگران را با سوگیری‌های منفی آلوده می‌کنند؛ بنابراین، فرد نه تنها در استنباط دقیق حالت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

ذهنی دیگران مشکل دارد، بلکه تمایل به تفسیرهای نادرست دارد. مدل‌های رشدی‌تجمعی استرس مانند مدل اوانز و کیم نیز تأکید می‌کنند که اثرات ترومای اولیه در طول زمان از طریق مکانیسم‌های تجمعی تشدید می‌شود(پروریل و همکاران، ۲۰۲۳). کودک آسیب‌دیده به دلیل نقص در نظریه ذهن، در تعاملات اجتماعی بعدی خود ناکام مانده و طرد بیشتری را تجربه می‌کند که این طرد، استرس مزمن جدیدی ایجاد کرده و چرخه معیوبی شکل می‌گیرد که در آن نقص نظریه ذهن تقویت می‌شود (یانگ و هوانگ، ۲۰۲۴).

نتایج نشان داد که نقایص در نظریه ذهن می‌تواند ناتوانی در همدلی را در دانشجویان زن پیش‌بینی کند که این یافته با نتایج مطالعات باندا و همکاران (۲۰۲۶) و بانو و همکاران (۲۰۲۵) همسواست. از منظر نظریه‌های شناختی‌اجتماعی، نظریه ذهن به عنوان توانایی استنتاج حالات ذهنی دیگران و همدلی به عنوان پاسخ عاطفی مناسب به تجارب آنها، دو سازه به‌هم‌پیوسته هستند و آسیب در مؤلفه شناختی (نظریه ذهن) می‌تواند مؤلفه عاطفی‌شناختی پیچیده‌تر (همدلی) را مختل کند(کیم و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس مدل‌های کلاسیک همدلی دیویس و هافمن، همدلی دارای دو مؤلفه اساسی عاطفی (واکنش هیجانی خودکار) و شناختی (درک دیدگاه دیگران) است که نظریه ذهن سنگ بنای همدلی شناختی محسوب می‌شود(سایلکه و همکاران، ۲۰۲۴). نقص در نظریه ذهن مستقیماً توانایی فرد برای درک دقیق این که دیگری چه احساسی دارد را تضعیف می‌کند؛ بنابراین، پیش‌بینی ناتوانی در همدلی توسط نقص نظریه ذهن حاکی از آن است که اگر پایه شناختی همدلی آسیب ببیند، پاسخ هیجانی نیز ممکن است نابجا، ناکافی یا نامناسب شود(لو و همکاران، ۲۰۱۷).

مطالعات تصویربرداری عصبی مانند کارهای سینگر و لم و همکاران نیز نشان می‌دهند که شبکه‌های عصبی همپوشانی‌ای برای نظریه ذهن (شبکه حالت پیش‌فرض و قشر پیش‌پیشانی میانی) و همدلی (اینسولای قدامی و قشر سینگولیت قدامی) فعال می‌شوند و نقص در نظریه ذهن نشان‌دهنده اختلال در عملکرد این شبکه‌هاست که پردازش اطلاعات لازم برای پاسخ همدلانه یکپارچه را مختل می‌کند (بانو و همکاران، ۲۰۲۵). از دیدگاه رشدی با اتکا به نظریه‌های پیاژه و سلمن، نظریه ذهن یک دستاورد شناختی مرحله‌ای است که زمینه را برای رشد اخلاقی و اجتماعی فراهم می‌آورد و نقص پایدار در آن، فرد را در سطوح ابتدایی‌تر پاسخ‌دهی هیجانی مانند پریشانی شخصی متوقف می‌کند و مانع از دستیابی به همدلی دلسوزانه می‌شود (ویز و سیکارا، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه ذهن‌سازی فوناغی و تارجت نیز توانایی ذهن‌خوانی برای تنظیم هیجانات خود ضروری است و فردی که در ذهن‌سازی مشکل دارد، در تفکیک و نام‌گذاری حالت‌های هیجانی خود و دیگران ناتوان است. این ناتوانی در فراشناخت هیجانی باعث می‌شود فرد در مواجهه با پریشانی دیگران، یا غرق در هیجان خود شود و پریشانی شخصی کاذب را تجربه کند یا پاسخ هیجانی ناچیزی نشان دهد . طبق نظریه‌های اجتماعی‌شناختی، همدلی مستلزم یک فرآیند چندمرحله‌ای شامل توجه به نشانه‌ها، شناسایی هیجانات، اتخاذ دیدگاه و پاسخ هماهنگ است که نقص در نظریه ذهن مستقیماً مراحل شناسایی و اتخاذ دیدگاه را مختل کرده و پاسخ همدلانه را نارسا می‌سازد(سایلکه و همکاران، ۲۰۲۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ترومای دوران کودکی می‌تواند ناتوانی در همدلی در دانشجویان زن را پیش‌بینی کند. یافته‌های این بخش با نتایج مطالعات آلمیدا و همکاران (۲۰۲۵) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) همسو و با نتیجه مطالعه تاریق و انجوم (۲۰۲۴) ناهمسو می‌باشد. در تبیین این ناهمسویی می‌توان گفت که تفاوت در ویژگی‌های فرهنگی جامعه نمونه، ابزارهای سنجش متغیر همدلی و تفاوت‌های جنسیتی در ابراز و تجربه تجارب تروماتیک نقش کلیدی داشته‌اند؛ چرا که تاریق و انجوم در بافتار فرهنگی متفاوتی به مطالعه پرداخته‌اند که ساختارهای حمایتی متفاوتی را در قبال تروما فراهم می‌آورد. به طور کلی، تبیین این یافته در چارچوب نظریه‌های دلبستگی، روان‌تحلیل‌گری و عصبی‌رشدی نشان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

می‌دهد که ترومای کودکی با مختل کردن بنیان‌های رابطه‌ای، ظرفیت فرد برای تنظیم هیجان و درک دیدگاه دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس نظریه دلبستگی بالبی و اینزورث، رابطه ایمن با مراقب بستری برای رشد همدلی است و ترومای ناشی از غفلت یا سوءرفتار، به الگوهای دلبستگی ناایمن یا آشفته منجر می‌شود که در آن‌ها کودک یا از هیجانات اجتناب می‌کند (ناایمن اجتنابی) یا در آن‌ها غرق می‌شود (ناایمن دوسوگرا) و هر دو حالت، رشد همدلی سالم را مختل کرده و فرد در بزرگسالی ممکن است بی‌تفاوت باشد یا با پریشانی شخصی فلج‌کننده‌ای واکنش نشان دهد (آلمیدا و همکاران، ۲۰۲۵).

از دیدگاه عصب‌رشدی، مدل استرس سمی نشان می‌دهد که قرارگیری طولانی‌مدت در معرض هورمون‌های استرس مانند کورتیزول می‌تواند بر رشد ساختارهای کلیدی مانند اینسولای قدامی، قشر سینگولیت قدامی و آمیگدال که در پردازش هیجانات و ایجاد پاسخ‌های همدلانه نقش محوری دارند تأثیر بگذارد و منجر به ناتوانی در تنظیم برانگیختگی هیجانی خود فرد در مواجهه با هیجانات دیگران شود. طبق نظریه‌های شناختی ترومای پیچیده نیز تجارب آسیب‌زا، طرحواره‌هایی مانند دیگران خطرناک هستند را شکل می‌دهند که فرآیندهای ضروری برای همدلی را از پایه تخریب می‌کنند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). در چارچوب روان‌تحلیل‌گری نیز تروما باعث بسیج شدید مکانیسم‌های دفاعی مانند بی‌حسی هیجانی، انکار و تجزیه می‌شود که این دفاع‌ها در بزرگسالی به صورت یک الگوی پایدار درمی‌آیند که دسترسی به هیجانات را محدود کرده و فرد را در برقراری ارتباط عاطفی با رنج دیگران ناتوان می‌کند. از طرفی مدل‌های رشدی تأکید می‌کنند که کودک در خانواده‌ای با سابقه سوءرفتار، محروم از الگوهای ارتباطی حاوی احترام و درک متقابل است و این محرومیت، یک کسری رشدی در مهارت‌های بین‌فردی ایجاد می‌کند که در بزرگسالی خود را به صورت سبک رابطه‌ای فاقد پاسخ‌دهی دلسوزانه نشان می‌دهد.

در نهایت، نتایج این پژوهش نشان داد که نقایص در نظریه ذهن می‌تواند رابطه بین ترومای دوران کودکی با ناتوانی در همدلی در دانشجویان زن را میانجی‌گری کند. اگرچه مطالعات پیشین به‌طور مستقل خطوط ارتباطی دوتایی میان این سازه‌ها را آزموده‌اند، یافته حاضر با معرفی نظریه ذهن به‌عنوان یک متغیر میانجی ساختاری، مسیر علی و تحولی دقیق‌تری را ترسیم می‌کند که پدیده‌ای نوآورانه در این حوزه است. این یافته با جهت‌گیری کلی دستاوردهای پژوهشی مطالعات همبستگی دوتایی همچون بانو و همکاران (۲۰۲۵) و آلمیدا و همکاران (۲۰۲۵) همخوانی دارد. در تبیین این ساختار واسطه‌ای می‌توان گفت که تجربیات نامطلوب دوران کودکی نه تنها به‌طور مستقیم بر توانایی همدلی اثر می‌گذارند، بلکه این تأثیر مخرب از طریق ایجاد دست‌انداز و اختلال در رشد یا کارکرد نظریه ذهن نیز اعمال می‌شود. در جمعیت دانشجویان زن، مواجهه با تروماهای عاطفی یا جسمی، ابتدا به توقف رشد نظریه ذهن می‌انجامد و این نقص شناختی-اجتماعی، به‌نوبه خود، منجر به ناتوانی در شکل‌گیری فرآیند تعامل و همدلی مؤثر می‌شود. این مسیر در جمعیت زنان که ویژگی‌های جامعه‌پذیری عاطفی متفاوتی دارند بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا زنان در بسترهای فرهنگی معمولاً به سوی پیوندهای بین‌فردی عمیق‌تر سوق داده می‌شوند و وجود نقص در نظریه ذهن ناشی از تروما، این مسیر تحولی-اجتماعی را به شدت با چالش روبرو می‌سازد.

از منظر رشدی-عصب‌شناختی، تغییرات نوروبیولوژیک ناشی از استرس سمی تروما در قشر پیش‌پیشانی و شیار گیجگاهی، ظرفیت تفکر درباره ذهن دیگران را کاهش داده و فرد آسیب‌دیده در بزرگسالی در تشخیص نیات دچار مشکل می‌شود که پیش‌نیاز اساسی همدلی شناختی است. نقایص نظریه ذهن به‌عنوان میانجی، همچنین با مکانیسم اجتناب از تمرکز بر ذهنیت دیگران (به‌دلیل دردناک بودن) عمل می‌کند؛ فرد آسیب‌دیده به‌طور ناخودآگاه از پردازش

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

عمیق حالات ذهنی دیگران دوری می‌کند تا از بازفعال‌سازی خاطرات آسیب‌زا جلوگیری نماید که این اجتناب شناختی، به‌تدریج منجر به ضعف در مهارت‌های همدلی عاطفی ملموس می‌شود. بر اساس نظریه دلبستگی نیز عدم یادگیری تنظیم حالات ذهنی خود و مراقب، بعدها در روابط بین‌فردی بزرگسالی به‌صورت نقص در نظریه ذهن و همدلی تظاهر می‌یابد و دانشجویان زن با سابقه تروما را در محیط‌های دانشگاهی که نیازمند تعاملات پیچیده اجتماعی است، با چالش‌های مضاعفی مواجه می‌سازد.

بنابر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که ترومای دوران کودکی توانست با میانجی‌گری نقایص در نظریه ذهن ناتوانی در همدلی در دانشجویان زن را پیش‌بینی کند. در راستای تعمیم و تفسیر این نتایج، توجه به چند محدودیت اساسی ضرورت دارد؛ داده‌ها تنها از دانشجویان زن دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج در خرداد سال ۱۴۰۴ گردآوری شده‌اند، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به دانشجویان مرد، سایر دانشگاه‌ها یا بافت‌های فرهنگی دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز چالش روایی دیگری است که ممکن است تحت تاثیر سوگیری‌های شناختی یا محافظه‌کاری آزمودنی‌ها قرار گرفته باشد. افزون بر این، روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل کامل برخی متغیرهای مداخله‌گر فردی، تحصیلی و اجتماعی از دیگر محدودیت‌های این طرح است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، حجم نمونه گسترده‌تر، بررسی نمونه‌های مردان و طرح‌های آمیخته (کمی و کیفی) استفاده شود تا ابعاد پدیده روشن‌تر گردد. از منظر کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره دانشگاهی اقدام به غربالگری نظام‌مند دانشجویان دارای سابقه تروما نمایند و پروتکل‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌سازی (MBT) و کارگاه‌های تقویت شناخت اجتماعی و نظریه ذهن را جهت کاهش ناتوانی در همدلی و بهبود روابط بین‌فردی این دانشجویان طراحی و اجرا کنند.

ملاحظات اخلاقی

کسب رضایت آگاهانه از اصول اخلاقی در این پژوهش بود.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد مشارکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

Atadokh, A., Salmani, A., & Sharei, A. (2024). The effectiveness of premarital attachment-differentiation training in cognitive flexibility and adjustment in couples preparing for marriage. Iranian Journal of Family Psychology, 11(2), 1-16.

Banda, L. G., Tanmayee, H. N., & Jaiswal, R. R. (2026). Designing Emotionally Safe Learning Spaces Using Audio Intelligence for Inclusive Education. European Journal of Educational Research, 15(2), 513-529.

Banu, A. M., Ursoniu, S., Gotia, S. L., Putnoky, S., & Serban, C. L. (2025). Understanding

Almeida, T. C., Guarda, R., & Cunha, O. (2025). Childhood maltreatment and empathy in community and justice samples: The moderating role of positive childhood experiences. Deviant Behavior, 46(11), 1413-1430.

Asadpour, E., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Premarital intervention based on attachment and differentiation improves communication and conflict management in Iranian couples. Scientific reports, 15(1), 29151.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Neuroscience and Neuroimaging, 9(6), 561-570.

Kim, S. G., Weissman, D. G., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2023). Child abuse and automatic emotion regulation in children and adolescents. Development and psychopathology, 35(1), 157-167.

Lu, S., Gao, W., Wei, Z., Wang, D., Hu, S., Huang, M., ... & Li, L. (2017). Intrinsic brain abnormalities in young healthy adults with childhood trauma: A resting-state functional magnetic resonance imaging study of regional homogeneity and functional connectivity. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51(6), 614-623.

Mikaeili, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2025). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Parenting Self-Efficacy and Distress Tolerance in Mothers with Insecure Attachment Styles. Journal of Family Relations Studies, 5(3), 1-11.

Mudiyanse, R. M., Rathnayaka, A., Jayasinghe, H. M. A. U., & Wimalasiri, A. (2025). Empathy Education in Schools as Primordial Prevention of Antisocial Behaviours. In Education and Pedagogical Experiences (pp. 43-55). Routledge India.

Nobakht, H. N., Ojagh, F. S., & Dale, K. Y. (2021). Validity, reliability and internal consistency of persian versions of the childhood trauma questionnaire, the traumatic exposure severity scale and the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. Journal of Trauma & Dissociation, 22(3), 332-348.

Pang, Y., Zhao, S., Li, Z., Li, N., Yu, J., Zhang, R., ... & Wang, J. (2022). Enduring effect of abuse: childhood maltreatment links to altered theory of mind network among adults. Human brain mapping, 43(7), 2276-2288.

Pang, Y., Zhao, S., Li, Z., Li, N., Yu, J., Zhang, R., ... & Wang, J. (2022). Enduring effect of abuse: childhood maltreatment links to altered theory of mind network among adults. Human brain mapping, 43(7), 2276-2288.

Parhoon, K., Sadeghi-Bahmani, D., Cloitre, M., Parhoon, H., & Shahbazi, P. (2024). Psychometric properties of the farsi version of the International Trauma Questionnaire-Child and Adolescent version (ITQ-CA) in a sample of Iranian children and empathy and theory of mind in Romanian dental students for improved educational strategies. Scientific Reports, 15(1), 3880

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42(2), 241-251.

Bernstein, D. P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., & Pogge, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse & Neglect, 27(2), 169-190.

Bernstein, D. P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., & Pogge, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse & Neglect, 27(2), 169-190.

Chen, H., Xuan, H., Cai, J., Liu, M., & Shi, L. (2024). The impact of empathy on medical students: an integrative review. BMC medical education, 24(1), 455.

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Hamaideh, S. H., Abuhammad, S., Khait, A. A., Al-Modallal, H., Hamdan-Mansour, A. M., Masa’deh, R., & Alrjoub, S. (2024). Levels and predictors of empathy, self-awareness, and perceived stress among nursing students: a cross sectional study. BMC nursing, 23(1), 131.

Huang, R., Zhou, Z., Liu, Y., Lin, M., Gong, M., Xian, S., ... & Ji, S. (2024). Empathy in undergraduate medical students: a multi-center cross-sectional study in China. BMC psychiatry, 24(1), 414.

Ibrahim, P., Almeida, D., Nagy, C., & Turecki, G. (2021). Molecular impacts of childhood abuse on the human brain. Neurobiology of stress, 15, 100343.

Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024). A functional magnetic resonance imaging meta-analysis of childhood trauma. Biological Psychiatry: Cognitive

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

adolescents exposed to trauma. European Journal of Trauma & Dissociation, 8(4), 100459.

Peisch, V., Xie, W., Nelson, C., & Enlow, M. B. (2025). Theory of Mind and Psychopathology: The Differential Impact of Temperament Group Membership. Journal of Child and Family Studies, 1-11.

Peverill, M., Rosen, M. L., Lurie, L. A., Sambrook, K. A., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2023). Childhood trauma and brain structure in children and adolescents. Developmental Cognitive Neuroscience, 59, 101180.

Seitz, K. I., Ehler, N., Schmitz, M., Schmitz, S. E., Dziobek, I., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2022). Affective and cognitive theory of mind in posttraumatic stress, major depressive, and somatic symptom disorders: Association with childhood trauma. British Journal of Clinical Psychology, 61(3), 680-700.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. Preventive Counseling, 4(1), 31-44.

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48.

Sheykholeslami, A., Seyedesmaili Ghomi, N., Salmani, A., & Sharei, A. (2025). The effectiveness of psychological empowerment on academic self-concept of students with low academic performance. Journal of Research in Educational Systems, 19(68), 21-35.

Silke, C., Davitt, E., Flynn, N., Shaw, A., Brady, B., Murray, C., & Dolan, P. (2024). Activating Social Empathy: An evaluation of a school-based social and emotional learning programme. Social and Emotional Learning: Research, Practice, and Policy, 3, 100021.

Tariq, R., & Anjum, A. (2024). Childhood Abuse, Empathy, and Forgiveness in Young Adults. Journal of Research in Psychology (JRP), 2(1), 1-14.

Tozzi, L., Garczarek, L., Janowitz, D., Stein, D. J., Wittfeld, K., Dobrowolny, H., ... & Frodl, T. (2020). Interactive impact of childhood maltreatment, depression, and age on cortical brain structure: mega-analytic findings from a large multi-site cohort. Psychological medicine, 50(6), 1020-1031.

Weisz, E., & Cikara, M. (2021). Strategic regulation of empathy. Trends in cognitive sciences, 25(3), 213-227.

Yang, L., & Huang, M. (2024). Childhood maltreatment and mentalizing capacity: A meta-analysis. Child Abuse & Neglect, 149, 106623.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. Journal of Applied Psychological Research.

Zhang, H., Gao, X., Liang, Y., Yao, Q., & Wei, Q. (2024). Does child maltreatment reduce or increase empathy? A systematic review and meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse, 25(1), 166-182

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]