

The Mediating Role of Anxiety Tolerance and Cognitive Emotion Regulation Concerning Childhood Injuries and the Obsessive-Compulsive Personality Disorders Symptoms in Nurses

Ghodratollahifard MA¹, Chinaveh M^{2*}, Aminimanesh S³

¹Ph.D. student in General Psychology, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

²Assistant Professor in Psychology group, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

³Assistant Professor in Psychology group, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: Personality disorders are a group of mental disorders characterized by maladaptive patterns of behavior, cognition, and stable internal experience. The present study aimed to investigate the mediating role of anxiety tolerance and cognitive emotion regulation concerning childhood injuries and dependent personality disorders symptoms in nurses working in hospitals in Shiraz in 1399.

Methods: In this descriptive-correlational cross-sectional study, 291 nurses selected by simple cluster sampling at Shiraz University of Medical Sciences participated in the survey in 1398. The instruments used in the present study included the Childhood Injury Questionnaire, the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), the Millon-3 Clinical Multi-Axis Questionnaire (MCMI-III), and the DTS Distress Tolerance Questionnaire. To analyze the statistical data, the authors used the Pearson Product Moment correlation coefficient by SPSS software version 16. They also used the structural equation model in AMOS-22 software to determine the fit of the studied model to analyze the path of observable variables.

Results: The results showed that general injuries and childhood physical and sexual abuse could indirectly affect obsessive-compulsive personality disorder ($p < 0.05$) and emotional abuse during childhood.

Conclusion: The present study results showed that abused nurses during childhood are more likely to show obsessive-compulsive personality disorder symptoms in adulthood.

Keywords: Child abuse, Distress tolerance, Emotional regulation, Personality disorders

Sadra Med Sci J 2021; 9(3): 271-284.

Received: Feb. 27th, 2021

Accepted: Aug. 22nd, 2021

* Corresponding Author: **Chinaveh M.** Assistant Professor in Psychology group, Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran, hivachjnaveh@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۹، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۰، صفحات ۲۷۱ تا ۲۸۴

تاریخ پذیرش: ۰۰/۰۵/۳۱ تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۱۹

مقاله پژوهشی
(Original Article)

نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت‌وسواسی-جبری در پرستاران

محمدعلی قدرت‌الهی فرد^۱، محبوبه چین‌آوه^{۲*}، سجاد امینی‌منش^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران
^۳ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: اختلالات شخصیتی دسته‌ای از اختلالات روانی است که با الگوهای ناسازگار رفتاری، شناختی و تجربه درونی پایدار شناخته می‌شود. پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت‌وابسته در پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۹ طراحی شده است.

روش‌ها: در این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی، ۲۹۱ نفر از پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۸ که به روش خوشه‌ای ساده انتخاب شده بودند، شرکت کردند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) و پرسشنامه چند محوری بالینی Millon و پرسشنامه تحمل پریشانی DTS بودند. به منظور تحلیل داده‌های آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و نرم‌افزار AMOS-22 برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده پذیر بهره‌گیری به عمل آمد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آسیب‌های عمومی، سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی دوران کودکی می‌توانند اختلال شخصیت‌وسواسی-جبری را به صورت غیرمستقیم ($p < 0/05$) و متغیر سوءاستفاده‌های عاطفی دوران کودکی بر اختلال شخصیت‌وسواسی-جبری به صورت غیرمستقیم مثبت ($p < 0/05$) تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرستارانی که در دوران کودکی آزار دیده و مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی با احتمال بیشتری نشانه‌های اختلالات شخصیت‌وسواسی-جبری را در رفتار خود بروز می‌دهند.

واژگان کلیدی: کودک‌آزاری، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت

* نویسنده مسئول: محبوبه چین‌آوه، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران. hivachjnaveh@gmail.com

مقدمه

اختلالات شخصیتی (personality disorders) دسته‌ای از اختلالات روانی است که با الگوهای ناسازگار رفتاری، شناختی و تجربه درونی پایدار شناخته می‌شود، در بسیاری از زمینه‌ها به نمایش گذاشته می‌شود و از موارد پذیرفته شده توسط فرهنگ فرد منحرف می‌شود. این الگوها زود رشد می‌کنند، انعطاف پذیر نیستند و با پریشانی یا ناتوانی قابل توجهی همراه هستند (۱). اختلالات شخصیت از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و پزشکی هستند. شیوع این اختلالات در جمعیت عادی تقریباً ۱۵ درصد گزارش شده است که رقمی هشداردهنده می‌باشد یعنی از هر ده نفر، بدون توجه به وضعیت اقتصادی/اجتماعی، یک نفر به اختلال شخصیت مبتلا است (۲). یکی از انواع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت و سواسی جبری است که زیر شاخه اختلال شخصیت خوشه C است. این اختلال بین هر دو جنس بروز می‌کند ولی شیوع آن بین مردان بیشتر از زنان است. افرادی که به این اختلال مبتلا هستند بیشتر از دیگر بیماران به دنبال درمان می‌روند. این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات شخصیت بین مردم به حساب می‌آید و چیزی حدود ۲ الی ۷ درصد کل جمعیت تخمین زده می‌شود (۳). در اختلال شخصیت و سواسی-جبری، ویژگی بنیادی شامل الگوی فراگیر تلاش برای کمال است (۴). افراد مبتلا به این بیماری به شدت کمال‌گرا و همیشه در پی کنترل تمامی جزئیات هستند و در این مسئله انعطاف‌پذیری ندارند. آن‌ها به صورت افراطی می‌خواهند همه چیز در جای خود قرار بگیرد، از آنجایی که به کسی اعتماد ندارند نمی‌توانند اختیارات به دیگران بدهند زیرا تصور می‌کنند دیگران دقت لازم و کافی را ندارند (۳). عوامل خطر ابتلا به این اختلال هنوز به خوبی مشخص نیست ولی به نظر می‌رسد یکی از این عوامل خطر، آسیب‌های دوران کودکی باشد. زیرا در نظریات آمده است که اختلال شخصیت و سواسی جبری ریشه در واکنش‌های تنبیهی والدین نسبت به در دسرآفرینی‌های روزمره دوران

کودکی دارد. یک فرضیه این است که والدین از لحاظ عاطفی از فرزند خود دور و در عین حال سخت‌گیر و پرتوقع هستند (۵). آسیب‌های دوران کودکی عبارتند از آسیب‌های جسمی یا روانی، بدرفتاری یا بهره‌وری جنسی یا رفتار غفلت‌آمیز نسبت به یک کودک که توسط فرد مسئول رفاه و آسایش کودک، اعمال شود، این بدرفتاری خود شامل انواع سوءرفتار جسمی، سوءرفتار جنسی، سوءرفتار عاطفی و غفلت فیزیکی و عاطفی می‌باشد که می‌تواند به تنهایی و یا همراه با موارد دیگر اتفاق بیفتد (۶). عواقب طولانی مدت این آسیب‌ها ممکن است به عواقب فیزیکی، شناختی، روانی، رفتاری و اجتماعی در بزرگسالی منجر گردد (۷).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که تلاش برای سرکوب یا کنترل تجارب ناخوشایند، به جای تحمل آن‌ها می‌تواند منجر به افزایش استفاده از کنترل ذهنی یا بین فردی شود و به این شکل نشانگان اختلال شخصیت و سواسی جبری را تشدید کند (۸). همچنین برخی اندیشمندان معتقدند که شخصیت و سواسی از تعاملات مکرر بین کودک و بزرگسالان مهم، که خودشان خشک، کنترل‌گر و سواسی در سبک رفتارشان بوده‌اند، ایجاد شده است (۹).

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد از آسیب‌های دوران کودکی تأثیر می‌پذیرد و می‌تواند منجر به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت شود، تنظیم شناختی هیجان (emotional cognitive regulation) است. مفهوم کلی تنظیم هیجان عبارت است از تمام فرایندهای بیرونی و درونی فرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی به ویژه حالت‌های شدید و زود گذر آن، به منظور نیل به اهداف هستند (۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند دشواری در تنظیم هیجان، پیوندی مهمی بین کودک آزاری و اختلال شخصیت است. از آن‌جا که افرادی که در زندگی کودک نقش دارند مانند اعضای خانواده و دیگر افرادی که به خانواده نزدیک هستند، اغلب خود انجام دهندگان کودک‌آزاری هستند، تحول مهارت‌های مربوط به توانایی تنظیم هیجان در قربانیان کودک آزاری

پرستاران بزرگترین گروه بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند و بیش از هر گروه دیگری از کارکنان بیمارستان، بهره‌وری و پیشرفت سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در یک سازمان سالم سلامت جسمی و روانی کارکنان به همان اندازه مورد توجه و علاقه مدیریت سازمان قرار می‌گیرد که تولید و بهره‌وری مورد تأکید قرار گرفته است. از سوئی بهداشت روانی کارکنان عامل تعیین کننده ای در افزایش بهره‌وری از نیروی کار و ارائه خدمات بهتر و مؤثرتر توسط هر سازمان است. امروزه نیروی انسانی به عنوان ارزشمندترین سرمایه سازمان با مسائل و مشکلات عدیده ای روبروست. با توجه به این نکته که پرستاران بیشترین ارتباط را با بیماران دارند پرداختن به موضوعاتی که مرتبط به سلامتی این گروه است اهمیت دارد. با در نظر گرفتن اینکه این آسیب‌ها هم قادرند از طریق تنظیم شناختی هیجان و هم به صورت مستقیم به بروز نشانه‌های اختلالات شخصیت منجر شوند، لذا مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت وابسته در پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۹ است.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی و از نوع مقطعی بود که جامعه‌ی آن شامل تمامی پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۹۸ بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بود از این‌که فرد: ۱- برای شرکت در پژوهش اعلام رضایت کرده باشد؛ ۲- در محدوده سنی بالای ۱۸ سال باشد، ۳- هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی در گذشته با هدف درمان مشکلات هیجانی دریافت نکرده باشد؛ ۴- تحت درمان داروهای روان‌پزشکی جهت کاهش اضطراب، استرس و افسردگی نباشد؛ ۵- از ابتدا تا کنون تحت سرپرستی والدین خود زندگی کرده باشد؛ ۶- بیماری مزمن خاص که بر میزان رضایت و

مختل می‌شود (۱۱). نتایج مطالعات با مقایسه افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری و افراد عادی گزارش کردند که این دو گروه از نظر پذیرش هیجان، وضوح هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان با یکدیگر تفاوت دارند (۱۲).

از طرفی شواهد زیادی نشان می‌دهند که آسیب‌های دوران کودکی بر تنظیم شناختی هیجان نیز تأثیرگذار است. نتایج پژوهش کو (Kuo) و همکاران (۱۳) منجر به این نتیجه شد که مشکلاتی که در رابطه با تنظیم هیجان در بزرگسالی وجود دارد، با آزار در دوران کودکی مرتبط است. نتایج پژوهش آنان نشان داد رابطه مستقیمی بین آزار هیجانی، آزار جسمی و جنسی دوران کودکی با مشکلات تنظیم هیجان وجود دارد. وتز (Vettese) و همکاران (۱۴) در پژوهشی که بر روی ۸۱ نفر از جوانان در حال بلوغ انجام شد، نشان دادند کسانی که در دوران کودکی سابقه آسیب داشته‌اند در تنظیم هیجان خود با مشکل مواجهه می‌شوند و نسبت به خود قضاوت منفی داشته و مشکلات را درونی‌سازی می‌کنند.

از عوامل تأثیرگذار دیگر که می‌تواند با آسیب‌های دوران کودکی و نیز اختلال‌های شخصیت مرتبط باشد، تحمل پریشانی (distress tolerance) است. تحمل پریشانی به عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود (۱۵). ارتباط بین تجارب ناخوشایند در دوره کودکی و تحمل پریشانی نیز در مطالعات متعدد گزارش شده است (۱۶، ۱۷). تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی، علاوه بر ارتباط با آسیب‌های دوره کودکی، با اختلالات شخصیت خوشه C نیز رابطه دارند. برای مثال استین کمپ و همکاران (۲۰۱۵) با مقایسه افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی جبری و افراد عادی گزارش کردند که این دو گروه از نظر پذیرش هیجان، وضوح هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان با یکدیگر تفاوت دارند. در خصوص اختلال شخصیت اجتنابی نیز برخی مطالعات به سطوح پایین تنظیم هیجان در افراد مبتلا به این اختلال شخصیت اشاره کرده‌اند (۱۸).

آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که داده‌های به دست آمده از هر نفر، به صورت محرمانه خواهد ماند. همچنین آزمودنی‌ها توجیه شدند که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و در هر زمانی حق ترک پژوهش را دارند. علاوه بر این، در زمان پاسخ‌گویی به ابزارها، پژوهش‌گر که دارای تجربه در زمینه‌ی مشاوره‌ی آسیب‌دیدگان روانی است، در کنار نمونه‌ها حاضر بود و ضمن جلب اعتماد آنان، نگرانی‌های‌شان را در خصوص پاسخ‌گویی به سئوالات ابزار مرتفع می‌نمود.

به منظور گردآوری داده‌ها، در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد. از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی فقط جنسیت و سن آزمودنی‌ها مدنظر قرار گرفت که در بالای یک از پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

۱- پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی- فرم کوتاه این پرسشنامه توسط بریمنر (Bremner) و همکاران (۱۹) ساخته شد و دارای دو فرم بلند و کوتاه می‌باشد که هر دو فرم به صورت خودگزارش‌دهی (پرسشنامه توسط خود فرد تکمیل می‌شود) و مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته تهیه و تدوین شده است. در این پژوهش از فرم کوتاه خودگزارش‌دهی این مقیاس استفاده شد که شامل ۲۷ سؤال می‌باشد که چهار جنبه از آسیب‌های ممکن اولیه که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ داده است را مورد سنجش قرار می‌دهد که در آن ۱۱ سؤال مربوط به بخش‌های آسیب‌های عمومی، پنج سؤال مربوط به سوءاستفاده جسمی، پنج سؤال مربوط به سوءاستفاده عاطفی و شش سؤال مربوط به سوءاستفاده جنسی است. هر تجربه آسیب‌زا به صورت جواب‌های (هرگز، به ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. سئوالات فرم کوتاه پرسشنامه با کل سئوالات لیست فرم بلند مورد مقایسه قرار گرفته است. نتایج نشان داده است که همبستگی بالایی بین مؤلفه‌های فرم بلند و کوتاه این پرسشنامه وجود دارد که به ترتیب این همبستگی برای بعد آسیب‌های

سلامت جسمی و روانی وی تأثیر می‌گذارد، مانند سردردهای میگرنی، کمردرد شدید، دیابت، بیماری‌های قلبی و کلیوی و ناباروری نداشته باشد؛ ۷- زندگی‌اش از شش ماه قبل از انجام پژوهش دارای روند معمولی بوده و اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی آن‌ها باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده و تغییر محل زندگی، رخ نداده باشد. همچنین، آزمودنی‌هایی که پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص تکمیل کرده بودند یا داروهای مؤثر بر روان مصرف کرده بودند، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

برای محاسبه حجم نمونه از نرم افزار G-power نسخه ۳.۱.۹.۲ استفاده شده است. حجم نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر، شامل ۲۹۱ نفر از دانشجویان جامعه فوق بود که با استفاده از نرم‌افزار G-power با در نظر گرفتن توان آماری ۹۵ درصد (۰.۹۵) با میزان اندازه اثر ۰/۰۵ و سطح معناداری ۵ درصد (۰.۰۵)، برآورد شد. نمونه‌گیری چند مرحله‌ای به شیوه‌ی خوشه‌ای و تصادفی ساده از جامعه فوق انجام شد، بدین صورت که برای انتخاب پرستاران هر بیمارستان به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شده و سپس با انتخاب تصادفی ساده بیمارستانها و سپس پرستاران انتخاب شدند. در مرحله بعد ضمن انجام توضیحات لازم درباره‌ی اهمیت تحقیق و جلب همکاری صادقانه، پرسشنامه‌ها در اختیار دانشجویان قرار داده شد. زمان پاسخ‌گویی دانشجویان بر اساس تفاوت‌های فردی بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بود که پس از تکمیل از وی تحویل گرفته شد. گردآوری داده‌ها که در حدود یک هفته به طول انجامید. لازم به ذکر است که این مقاله برگرفته شده از یک پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد و به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، کد اخلاق به شماره مجوز IR.IAU.A.REC.1399.001 گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش بدین شرح بود: در این پژوهش پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها بدون نام انجام گرفت و به

شناختی هیجان و چهار خرده‌مقیاس دیگر شامل سرزنش خود (سئوالات ۱، ۲ و ۴)، نشخوار فکری (سئوالات ۳، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲)، فاجعه‌انگاری (سئوالات ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۲) و سرزنش دیگری (سئوالات ۳۴، ۳۵ و ۳۶)، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری سئوالات این پرسشنامه به صورت طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از "همیشه=۵" تا "هرگز=۱" است. در نهایت نمرات به صورت کمی گسسته بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. سازندگان این پرسشنامه پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، بازارزیایی مثبت، برنامه‌ریزی، سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۶۸، ۰/۶۳، ۰/۸۱، ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۶۰ و برای سبک‌های سازگار ۰/۷۸ و برای سبک‌های ناسازگار ۰/۷۳ به دست آمد.

کلی، جسمی، عاطفی و جنسی: ۰/۹۱، ۰/۹۴، ۰/۹۷ و ۰/۹۷ به دست آمده است. ثبات درونی بالایی برای هر یک از جنبه‌های پرسشنامه‌ی فرم کوتاه وجود دارد (۰/۸۷-۰/۷۰). پرسشنامه در توصیف و تمایز بین بیمارانی که از آسیب‌های اولیه رنج می‌برند، از توانایی بالایی برخوردار است. بر اساس معیار کاپا بین نشانگان استرس پس از سانحه و مقیاس فوق همبستگی بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۴ برقرار است. در فرم کوتاه این پرسشنامه همبستگی هر یک از گویه‌ها با زیرگروه آسیب کلی بین ۰/۲۳ تا ۰/۵۷، همبستگی با زیرگروه سوءاستفاده جسمی بین ۰/۳۷ تا ۰/۶۳، برای زیرگروه عاطفی بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۵ و برای زیرگروه سوءاستفاده جنسی بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۸ می‌باشد. علاوه بر این یک سطح بالایی از ثبات درونی با آلفای کرونباخ بار مقیاس به ترتیب برای زیرمقیاس آسیب‌های کلی، فیزیکی، عاطفی و جنسی ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ محاسبه شده است (۱۹). در کل روایی و پایایی محاسبه شده توسط نویسندگان پرسشنامه نشان داد آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۷ بوده و نتایج قدرت تمیز این پرسشنامه در افراد دارای نشانگان بالینی را نشان می‌دهد، و پایایی آن ۰/۸۸ بوده است (۲۰). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس آسیب‌های کلی، فیزیکی، عاطفی و جنسی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه چند محوری بالینی میلون-۳ (MCMI-III)

این پرسشنامه توسط میلون (Millon) (۳۷) و بر اساس نظریه زیستی-روانی-اجتماعی و تجربه بالینی و پژوهشی وی ساخته شده است. فرم تجدیدنظر شده (نسخه سوم) آن از ۱۷۵ گویه کوتاه خود-توصیفی با پاسخ‌های "بلی" و "خیر" تشکیل شده که برای اجرای فردی و گروهی مناسب است. این فهرست ۲۲ مقیاس بالینی دارد که در این پژوهش فقط از مقیاس اختلال شخصیت وسواسی-

۲- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)

این پرسشنامه توسط گارنفسکی (Garnefski) و همکاران (۱۹) ساخته شد و دارای ۳۶ ماده و مشتمل بر ۹ خرده‌مقیاس است که پنج خرده‌مقیاس آن شامل خرده‌مقیاس‌های پذیرش (سئوالات ۵، ۶، ۷ و ۸)، تمرکز مجدد مثبت (سئوالات ۱۳، ۱۴، ۱۶ و ۱۷)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سئوالات ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۲)، بازارزیایی مثبت (سئوالات ۱۵، ۲۳ و ۲۴) و کنار آمدن با دیدگاه (سئوالات ۲۵، ۲۶ و ۲۷)، راهبردهای سازگار تنظیم

به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۶۳ و برای کل مقیاس ۰/۶۷ به دست آمد.

به منظور توصیف، تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش ضریب همبستگی پیرسون توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و به منظور تعیین برازش مدل مورد مطالعه از نرم‌افزار AMOS-22 برای تحلیل مسیر متغیرهای مشاهده‌پذیر بهره‌گیری به عمل آمد. برازش مدل با شاخص‌های مجذور کای نسبت به درجه آزادی (مجذور کای نسبی) (CMIN/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص ریشه خطای تقریب میانگین مجذورات (RMSEA)، شاخص برازش تطبیق (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI) و شاخص هولتر (HOELTRE)، مورد ارزیابی قرار گرفت. لازم به ذکر است که تمامی محاسبات این پژوهش با مرز استنتاج آماری $P < 0.05$ انجام پذیرفت.

یافته ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات مشاهده شده‌ی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای پژوهش (آسیب‌های دوران کودکی، تحمل پریشانی، تنظیم شناختی هیجان و اختلال‌های شخصیت وابسته) ارائه شده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد میانگین و انحراف استاندارد نمرات آسیب‌های دوران کودکی از جمله سوءاستفاده جسمی دوران کودکی برابر با $(3/87 \pm 7/19)$ ، سوءاستفاده عاطفی دوران کودکی برابر با $(4/00 \pm 7/66)$ ، سوءاستفاده جنسی دوران کودکی برابر با $(3/79 \pm 7/09)$ ، می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تحمل پریشانی (نمره کل) برابر با $(11/65 \pm 46/39)$ می‌باشد. بر طبق یافته‌ها میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های سازگار تنظیم هیجان برابر با $(60/96 \pm 17/92)$ و سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان برابر با $(2/58 \pm 39/23)$ می‌باشد. میانگین و

جبری استفاده شد. تایچ پژوهش شریفی و همکاران (۲۲)، نشان‌دهنده‌ی روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس‌ها بود. یافته‌های پژوهش آنان نشان می‌دهد، مقیاس‌های MCMII-III توان پیش‌بینی مثبت، منفی و پیش‌بینی کل بالایی دارند. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ است، همچنین توان تشخیص کل تمام مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد. بنابراین MCMII-III، یک آزمون معتبر است و می‌توان از آن برای تشخیص اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی استفاده کرد. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اختلال شخصیت وابسته ۰/۸۳ به دست آمد.

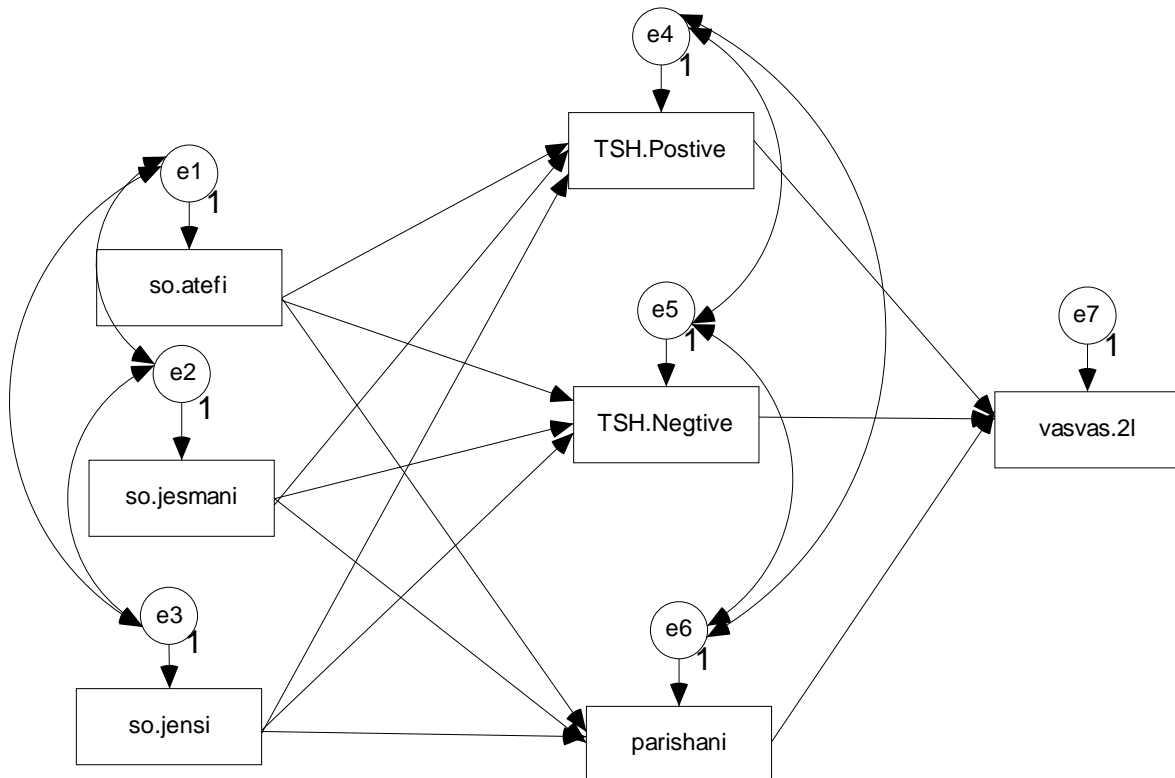
برای سنجش تحمل پریشانی از مقیاس تحمل پریشانی (DTS 2005) استفاده شده است. پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است که آزمودنی برای پاسخ دادن به هر سؤال، یکی از پاسخ‌های "کاملاً موافقم"، "موافقم"، "تفاوتی نمی‌کند"، "مخالفم" و "کاملاً مخالفم" را می‌تواند انتخاب کند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که برای پاسخ "کاملاً موافقم" نمره ۵، "موافقم"، نمره ۴، "تفاوتی نمی‌کند"، نمره ۳، "مخالفم" نمره ۲، و "کاملاً مخالفم" نمره ۱، در نظر گرفته می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. در پژوهش اندامی‌خشک (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۶ و در پژوهش علوی، مدرس، امین‌یزدی و صالح (۱۳۹۰) پایایی این مقیاس ۰/۷۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم را

سوءاستفاده‌های جنسی) با متغیرهای میانجی تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان جهت تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری دانشجویان را نشان می‌دهد.

انحراف استاندارد نمره اختلال شخصیت وابسته برابر با $(۳/۳۰ \pm ۲۰/۹۰)$ می‌باشد. شکل ۱ مدل مبتنی بر آسیب‌های دوران کودکی (سوءاستفاده‌های جسمی، سوءاستفاده‌های عاطفی،

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات متغیرهای مورد مطالعه

دامنه نمرات		انحراف استاندارد	میانگین	متغیر	
حداکثر	حداقل				
25.00	.00	3.87521	7.1900	سوءاستفاده جسمی	
25.00	.00	4.00459	7.6633	سوءاستفاده عاطفی	
25.00	.00	3.79640	7.0933	سوءاستفاده جنسی	
71.00	19.00	11.65065	46.3933	نمره کل	تحمل پریشانی
100.00	20.00	17.92249	60.9600	سبک‌های سازگار تنظیم هیجان	تنظیم هیجان
80.00	10.00	12.58837	39.2333	سبک‌های ناسازگار تنظیم هیجان	
26.00	13.00	3.30773	20.9067	اختلال شخصیت وسواسی-جبری	اختلال شخصیت

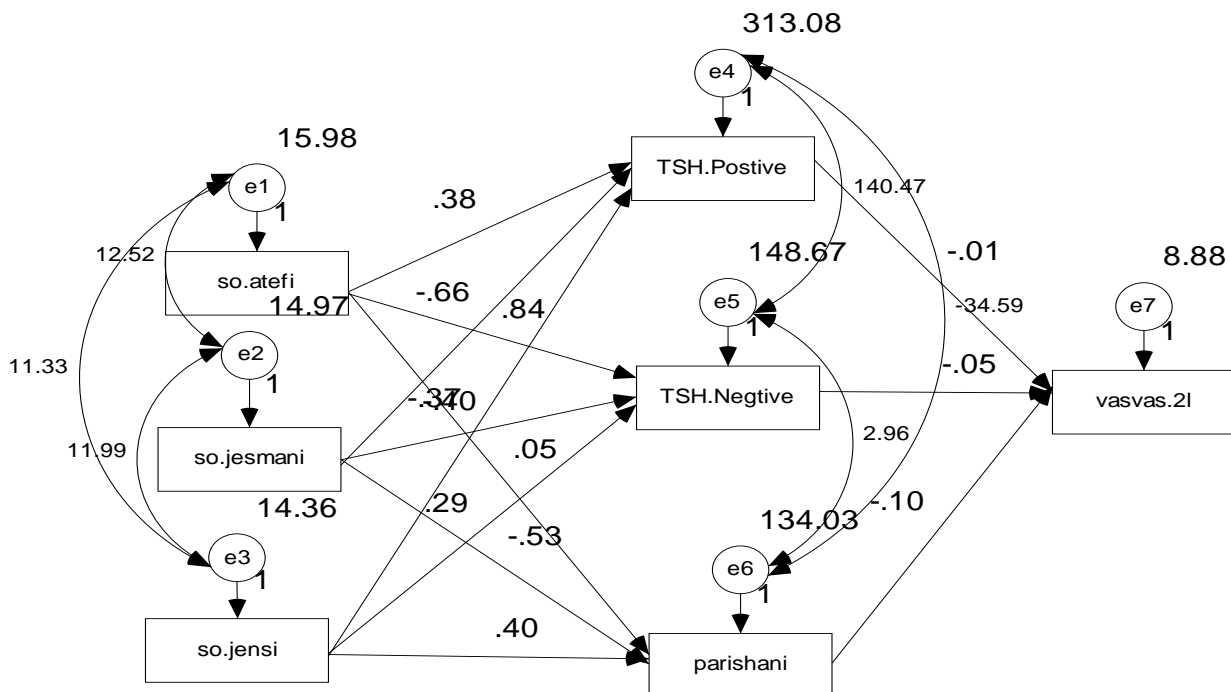


شکل ۱. نمودار مسیر مدل مبتنی بر آسیب‌های دوران کودکی به اختلال شخصیت وسواسی-جبری با میانجی‌گری تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان

اختلال شخصیت وسواسی-جبری غیرمستقیم داشته است. متغیر سوءاستفاده های عاطفی دوران کودکی بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر غیرمستقیم مثبت داشته است.

شاخص های برآورد شده در جدول ۲ نیز نشان می دهند که مدل نهایی جهت تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری پژوهش از برازش خوبی با داده ها برخوردار است. مجذورکای (۱/۳۰۹) از لحاظ آماری در سطح مطلوبی است. شاخص برازش مقایسه ای CFI برابر با ۰/۹۹۹ و شاخص برازش شده NFI برابر با ۰/۹۹۶ و همچنین شاخص نیکویی برازش GFI برابر با ۰/۹۹۶ می باشند که همگی در حد مطلوبی قرار دارند. ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با (۰/۰۳۲) است و قابل قبول می باشد. همچنین شاخص HOELTRE نیز در وضعیت کاملاً خوبی قرار دارد.

نتیجه چندین بار اجرای مدل نهایی و انجام تعدیل ها و اصلاح ها در مسیرها بر اساس طرح اولیه پژوهش، یافته های پیشین و مدل های ساده پژوهش، منجر به گسترش و تأیید مدل نهایی جهت تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری شد که نمودار مسیر آن در شکل ۱ نشان داده شده است. نتایج مندرج در شکل ۲ نشان می دهد که ترکیبی خطی از آسیب های از جمله سوءاستفاده های جسمی، سوءاستفاده های جنسی و سوءاستفاده های عاطفی دوران کودکی، تحمل پریشانی و سبک های ناسازگار تنظیم هیجان، اختلال شخصیت وسواسی-جبری را پیش بینی می نمایند که در این میان متغیر آسیب های دوران کودکی بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر غیرمستقیم داشته است. متغیر سوءاستفاده های جسمی دوران کودکی نیز بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر غیرمستقیم داشته است. متغیر سوءاستفاده های جنسی دوران کودکی بر



شکل ۲. نمودار مسیر مدل نهایی پژوهش جهت تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری.

جدول ۲: برازش مدل نهایی پژوهش جهت تبیین اختلال شخصیت وسواسی-جبری

HOELTRE		CFI	NFI	RMSEA	AGFI	GFI	CMIN/df	شاخص آماری
۰/۰۱	۰/۰۵							
≥ 200	≥ 200	≥ 0.9	≥ 0.9	≤ 0.08	≥ 0.9	≥ 0.9	≤ 3	دامنه پذیرش
۸۶۴	۵۹۵	۰/۹۹۹	۰/۹۹۶	۰/۰۳۲	۰/۹۶۵	۰/۹۹۶	۱/۳۰۹	مقدار محاسبه شده

بحث

هدف اصلی این پژوهش، بررسی ارتباط آسیب‌های دوران کودکی، تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان و اختلال‌های شخصیت وسواسی-جبری بود. نتایج مطالعه نشان داد که متغیر آسیب‌های دوران کودکی (سوءاستفاده‌های جسمی و سوءاستفاده‌های جنسی) بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر غیرمستقیم داشته است. متغیر سوءاستفاده‌های عاطفی دوران کودکی بر اختلال شخصیت وسواسی-جبری اثر غیرمستقیم مثبت داشته است. این یافته توسط نتایج مطالعات سایر محققان مبنی بر رابطه‌ی بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت وسواسی-جبری تایید شده است (۲۳، ۲۴). نتایج سایر تحقیقات نیز حاکی از آن است که تجارب دوران کودکی از عوامل محیطی مؤثر بر بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت می‌باشد (۲۵-۲۷). نتایج مطالعه عسگریور نیز نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی و تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد (۲۸). نتایج مطالعه کثوق و هکاران نیز نشان داد که بین آسیب‌های دوران کودکی و تحمل پریشانی رابطه وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر همسو و هماهنگ می‌باشد (۲۹). سوءرفتار در مورد کودکان، عواقب پایدار و جبران‌ناپذیری را بر روان کودک بر جا می‌گذارد که بعضی از این آثار تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابد. به طوری که از آثار روان‌شناختی طولانی‌مدت کودک‌آزاری، می‌توان به بروز مشکلات رفتاری و روان‌شناختی عمده در نوجوانی و بزرگسالی اشاره کرد (۳۰). در این راستا برنز، جکسون و هاردینگ (Burns, Jackson & Harding) (۲۰۱۰) نشان دادند که توانایی نظم‌دهی هیجانی در دوران کودکی

در چارچوب مبادلات هیجانی بین فردی بین مراقبان و کودک گسترش می‌یابد به طوری که کیفیت مبادلات هیجانی کودک و مراقبت‌کننده، عامل مهمی در ظرفیت تنظیم هیجان بزرگسالی است (۳۱).

از سوی دیگر، جانسون و همکاران گزارش کردند افرادی که سابقه کودک‌آزاری در دوران کودکی، توسط والدین خود داشته‌اند چهار برابر بیشتر از آن‌هایی که تجربه کودک‌آزادی را گزارش نکرده بودند، در اوایل بزرگسالی، تشخیص اختلال شخصیت دریافت کردند (۳۲). نتایج مطالعات همچنان حاکی از ارتباط گونه‌هایی از اختلال‌های شخصیت در بزرگسالی با سوء رفتار تجربه شده در دوره کودکی است (۳۲). به طوری که مشخص شده است یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی، تجربه سوء رفتار جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی است.

یافته‌های پژوهشی اخیر حاکی از آن است که حتی زمانی که دیگر انواع کودک‌آزاری نظیر سوءاستفاده جنسی، جسمی و غفلت نیز کنترل شده باشند، سوءاستفاده هیجانی در کودکی، به تنهایی قادر به پیش‌بینی مشکلات در تنظیم هیجان می‌باشد (۳۳). از طرفی، راهبردهای منفی تنظیم هیجان هر یک به علت ماهیت ناسازگارانه‌ی خود منجر به تشدید هیجان‌های منفی می‌شوند و هیجان‌های منفی نیز منجر به افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد می‌شوند و در نتیجه فرد مستعد نشانه‌های اختلال شخصیت وسواسی-جبری خواهد شد (۳۴).

ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها و عدم استفاده از مصاحبه‌های روان‌شناختی ساختاریافته از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود، بنابراین نتایج پژوهش

نویسندگان مقاله از معاونت محترم پژوهشی و فناوری آن دانشگاه و همچنین شرکت کنندگان در پژوهش که در اجرای این تحقیق ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

منابع

1. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21.
2. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. The Journal of clinical psychiatry. 2004;65(7):948-58.
3. axon. What is obsessive-compulsive disorder? 2021 [Available from: <https://axonclinic.com/%D8%A7%D8%AE%D8%AA%D9%84%D8%A7%D9%84-%D8%B4%D8%AE%D8%B5%DB%8C%D8%AA-%D9%88%D8%B3%D9%88%D8%A7%D8%B3%DB%8C-%D8%AC%D8%A8%D8%B1%DB%8C-%DA%86%DB%8C%D8%B3%D8%AA/>].
4. Barlow D, Durand V. Abnormal psychology: An integrative approach: Nelson Education; 2011.

حاضر همچون بسیاری از پژوهش‌های دیگر به دلیل استفاده از پرسشنامه و ابزارهای خودگزارشی، ممکن است به جای رفتار واقعی، شرکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های با هدف کسب تأیید اجتماعی و یا ترس از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی ترغیب کرده باشد، در نتیجه باید در استفاده از تفسیر یافته‌های پژوهش جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین برای به دست آوردن اطلاعات دقیق درباره‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی نیاز به برقراری ارتباط قوی‌تر و انجام مصاحبه‌های پی‌درپی می‌باشد که با توجه به شرایط پژوهش‌گر و همچنین آزمودنی‌ها و همچنین کمبود زمان، این امکان میسر نشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرستارانی که در دوران کودکی آزار دیده و مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، در بزرگسالی با احتمال بیشتری نشانه‌های اختلالات شخصیت وسواسی جبری را در رفتار خود بروز می‌دهند. همچنین از یافته‌های به دست آمده مشخص شد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی و اختلال شخصیت وسواسی جبری عمل می‌کند. بنابراین با توجه به یافته‌های به دست آمده انتظار می‌رود آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی به عنوان یک مکانیسم تأثیرگذار عمل کرده و راهی مناسب برای بهبود اختلالات شخصیت وسواسی جبری پرستاران محسوب شود و می‌تواند به عنوان راهی برای پیشگیری از بیماری‌های جسمی با منشا روانی و همچنین اختلالات شخصیتی در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته شده از یک پایان نامه دکتری رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می‌باشد.

- relevant biomarkers, implications for stress response physiology, drug abuse, mood disorders and individual stress vulnerability: a systematic review of the last decade. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2015;37(2):51-66.
13. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*. 2015;39:147-55.
 14. Vettese LC, Dyer CE, Li WL, Wekerle C. Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2011;9(5):480.
 15. Gardner TA, Ferreira J, Barlow J, Lees AC, Parry L, Vieira ICG, et al. A social and ecological assessment of tropical land uses at multiple scales: the Sustainable Amazon Network. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2013;368(1619):20120166.
 16. Wickham H, Averick M, Bryan J, Chang W, McGowan LDA, François R, et al. Welcome to the Tidyverse. *Journal of Open Source Software*. 2019;4(43):1686.
 17. Bartlett PL, Long PM, Lugosi G, Tsigler A. Benign overfitting in linear regression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(48):30063-70.
 5. Lyketsos CG, Nestadt G, Cwi J, Heithoff K. The Life Chart Interview: a standardized method to describe the course of psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994.
 6. Stanhope M, Lancaster J. *Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice*: Elsevier Health Sciences; 2013.
 7. Miller-Perrin CL, Perrin RD. *Child maltreatment: An introduction*: Sage Publications; 2012.
 8. Yamamoto N, Asano R, Yoshii H, Otawa K, Nakai Y. Archaeal community dynamics and detection of ammonia-oxidizing archaea during composting of cattle manure using culture-independent DNA analysis. *Applied microbiology and biotechnology*. 2011;90(4):1501-10.
 9. Milosevic A. Impulsivity in Obsessive-Compulsive Personality Disorder (OCPD): An exploration of the validity of the compensatory theory of OCPD development. 2006.
 10. SALEHI A, MAZAHARI Z, AGHAJANI Z, JAHANBAZI B. The role of cognitive emotion regulation strategies in the prediction of depression. 2015.
 11. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*. 2002;22(2):189-222.
 12. Vasconcelos M, Stein DJ, de Almeida RMM. Social defeat protocol and

24. Beer JS, Heerey EA, Keltner D, Scabini D, Knight RT. The regulatory function of self-conscious emotion: insights from patients with orbitofrontal damage. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(4):594.
25. Powers RA, Leili J, Hagman B, Cohn A. The impact of college education on rape myth acceptance, alcohol expectancies, and bystander attitudes. *Deviant Behavior*. 2015;36(12):956-73.
26. Bacher U, Klyuchnikov E, Le-Rademacher J, Carreras J, Armand P, Bishop MR, et al. Conditioning regimens for allotransplants for diffuse large B-cell lymphoma: myeloablative or reduced intensity? *Blood*. 2012;120(20):4256-62.
27. Montagnes DJ, Lowe CD, Roberts EC, Breckels MN, Boakes DE, Davidson K, et al. An introduction to the special issue: *Oxyrrhis marina*, a model organism? *Journal of Plankton Research*. 2011;33(4):549-54.
28. Hassanvand Amouzadeh M, Aghili M. The cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in students. *Journal of Health and Care*. 2015;17(4):281-90.
29. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*. 2010;41(4):567-74.
30. Christoffersen MN, Soothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of
18. Langerock N, de Jonge LvH, Graz MB, Hüppi PS, Tolsa CB, Barisnikov K. Emotional reactivity at 12 months in very preterm infants born at < 29 weeks of gestation. *Infant Behavior and Development*. 2013;36(3):289-97.
19. Bremner JD, Vermetten E, Mazure CM. Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*. 2000;12(1):1-12.
20. Jeon J-R, Lee E-H, Lee S-W, Jeong E-g, Kim J-H, Lee D, et al. The early trauma inventory self report-short form: psychometric properties of the Korean version. *Psychiatry investigation*. 2012;9(3):229.
21. Mashhadi A, Hasani J, Mirdoraghi F. Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-KP). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012;14(55):59-246.
22. Sharifi A, Molavi H, Namdari K. Diagnostic validity of Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Science and Research in Psychology*. 2007;34:27-38.
23. Briggs ES, Price IR. The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(8):1037-46.

- 1999;156(10):1529-35.
33. Maina G, Albert U, Gandolfo S, Vitalucci A, Bogetto F. Personality disorders in patients with burning mouth syndrome. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(1):84-93.
34. Casey LM, Oei TP, Raylu N, Horrigan K, Day J, Ireland M, et al. Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring, feedback and support for problem gambling: a randomised controlled trial. *Journal of gambling studies*. 2017;33(3):993-1010.
- children in Denmark. *Journal of substance abuse treatment*. 2003;25(2):107-16.
31. Burns EE, Jackson JL, Harding HG. Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2010;19(8):801-19.
32. Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*.

Cite this article as:

Ghodratollahifard MA, Chinaveh M, Aminimanesh S. The Mediating Role of Anxiety Tolerance and Cognitive Emotion Regulation Concerning Childhood Injuries and the Obsessive-Compulsive Personality Disorders Symptoms in Nurses. *Sadra Med Sci J* 2021; 9(3): 271-284.