Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 2, Summer 2025 ORIGINAL ARTICLE

Designing and testing the model of social cognition, based on childhood trauma with moderating role of emotional intelligence

Ameneh Bakhshizadeh[1], Hossein Ebrahimi Moghaddam[2], Malek Mirhashemi[2]
[1] PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

Abstract

Background: Childhood trauma can lead to problems in social cognition, which in turn can affect how people interact and build relationships. Addressing this issue can help to better understand this phenomenon and develop effective interventions to improve the social cognition of people who have been affected by childhood trauma. By specifically considering emotional intelligence as a mediator, this study sought to analyze the link between childhood trauma and social cognition.
Materials and methods: Structural equation correlations were employed as the research methodology in this study. The statistical population comprised students of the Islamic Azad University of Roodehen, aged 20 years and above. These students were enrolled in the academic year 2021-2022, and 336 of them were selected through convenience sampling. To gather data for this research, the Schutte Emotional Intelligence Scale (1990) (SSEIT), the Eye-Reading Test (1997) (RMET), and the Bernstein Childhood Trauma Questionnaire (2003) (CTQ) were employed. Data analysis were performed using SPSS-27 and AMOS-26 software, incorporating Pearson correlation and structural equations.
Results: The findings showed that the social cognition of students was heavily impacted by childhood trauma and emotional intelligence. In addition, emotional intelligence served as a mediator in the connection between childhood trauma and the social cognition of students.
Conclusion: Therefore, it can be said that the emotional intelligence of students reduces the effects of childhood trauma on their social cognition.
Keywords: *Childhood trauma, Emotional intelligence, Social cognition.*

Cited as: Bakhshizade A, Ebrahimi Moghaddam H, Mirhashemi M. Designing and testing the model of social cognition, based on childhood trauma with moderating role of emotional intelligence. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(2): **200-212.**

Correspondence to: Hossein Ebrahimi Moghaddam
Tel: *+989123021698*
E-mail: *hem_psy@yahoo.com*
ORCID ID: 0000-0002-5262-147X
Received: 10 Jul 2024; **Accepted:** 6 Oct 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۲۰۰ تا ۲۱۲

Original Article

تدوین مدل ساختاری شناخت اجتماعی، براساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی هوش هیجانی

آمنه بخشی‌زاده[۱]، حسین ابراهیمی مقدم[۲]، مالک میرهاشمی[۲]

[۱] دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران
[۲] دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاداسلامی، رودهن، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *تروماهای دوران کودکی می‌توانند منجر به مشکلات در شناخت اجتماعی شوند که به نوبه خود بر نحوه تعاملات و روابط اجتماعی نقش دارد. پرداختن به این موضوع به درک بهتر این پدیده و توسعه مداخلات موثر برای بهبود شناخت اجتماعی افراد آسیب دیده از ترومای دوران کودکی کمک می‌کند. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ترومای کودکی با شناخت اجتماعی با آزمون نقش میانجی هوش هیجانی بود.*

روش بررسی: *روش تحقیق مطالعه حاضر همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن با رده سنی ۲۰ سال به بالا بود که در سال (۱۴۰۰-۱۴۰۱) مشغول به تحصیل بودند و از بین آن‌ها ۳۳۶ دانشجو از طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه هوش هیجانی شات (۱۹۹۰) (SSEIT)، آزمون ذهن‌خوانی از طریق تصویر چشم (۱۹۹۷) (RMET) و پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین (۲۰۰۳) (CTQ)، استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، روش همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری و آزمون بوت استرپ با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 و AMOS-26 انجام شد.*

یافته‌ها: *یافته‌ها نشان دادند که ترومای دوران کودکی و هوش هیجانی بر شناخت اجتماعی دانشجویان تاثیر معنی‌داری دارد. علاوه بر این، هوش‌هیجانی نقش میانجی در رابطه بین ترومای دوران کودکی با شناخت اجتماعی دانشجویان دارد.*

نتیجه‌گیری: *درنتیجه می‌توان گفت هوش هیجانی دانشجویان سبب کاهش تاثیرات ترومای دوران کودکی بر شناخت اجتماعی آنان می‌شود.*

واژگان کلیدی: *ترومای دوران کودکی، شناخت اجتماعی، هوش هیجانی.*

مقدمه

اکثر رفتارهای روزانه ما در زندگی، توسط اهداف هیجانی و اجتماعی‌مان برانگیخته می‌شود و شناخت اجتماعی (Social cognition) با جنبه‌های مختلف پردازش، تصمیم‌گیری یا پاسخ به محرک‌های اجتماعی نقش مهمی را در زندگی روزمره ما بازی می‌کند (۱). شناخت اجتماعی به عنوان وسیله‌ای که توسط آن، اطلاعات اجتماعی را ادراک، پردازش و تفسیر می‌کنیم از اساسی‌ترین ظرفیت‌های شناختی عصبی ماست و به فرایند پردازش اطلاعات اجتماعی در مغز مربوط است که شامل توانایی‌هایی از قبیل؛ تشخیص احساسات و هیجانات دیگران و عکس‌العمل مناسب نشان دادن به این هیجانات است (۲). تحقیقات نشان می‌دهند که افراد می‌توانند به طور دقیق هیجانات را از حالت‌های چهره، حالت چشم‌ها، بدن، صدا و کلام دیگران درک کنند و این ادراکات با اطلاعات زمینه‌ای بیشتر، تکمیل می‌شود و به‌علاوه، افراد از این ادراکات خود،

آدرس نویسنده مسئول: رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، گروه روانشناسی، حسین ابراهیمی مقدم (email: hem_psy@yahoo.com)
ORCID ID: 0000-0002-5262-147X
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۴/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۷/۱۵

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

نتیجه‌گیری‌هایی نیز می‌کنند (۳). از آنجا که دانشجویان، قشر قابل توجهی از جامعه ما را تشکیل می‌دهند، مهارت‌های شناخت اجتماعی می‌توانند در درک بهتر دیگران و برقراری ارتباط موثر، رشد ارتباطات اجتماعی و موفقیت تحصیلی مفید واقع شوند. اختلال در شناخت اجتماعی، معمولاً به‌عنوان مشکلاتی در تشخیص و پاسخ به نشانه‌های اجتماعی و عاطفی اساسی، مانند تفسیر حالات چهره، زبان بدن یا صداها، یا پاسخ به نشانه‌های اجتماعی، مانند نگاه چشم، ظاهر می‌شوند و به طور اساسی، توانایی درک تعاملات اجتماعی و پاسخ مناسب را مختل می‌کند، مانند زمانی که نشانه‌های اجتماعی نادیده گرفته می‌شوند یا اشتباه تفسیر می‌شوند و رفتارهای اجتماعی ناسالم نیز، که اغلب به‌عنوان پیامد مستقیم اختلال در شناخت اجتماعی به وجود می‌آیند، شامل درایت اجتماعی ضعیف، نبود آداب اجتماعی، شکستن مرزهای بین‌فردی، کاهش استفاده از حرکات ارتباطی و تماس با دیگران و وابستگی ناخواسته با غریبه‌ها است (۲).

از طرف دیگر تقریبا تمام اختلالات نورولوژیکی که بر مغز اثر می‌گذارند، پتانسیل ایجاد نقص در عملکرد شناخت اجتماعی را دارند و در بیماران مبتلا به ترومای حاد مغزی، ارزیابی شناخت اجتماعی، بخشی از معاینه عصبی استاندارد اولیه است (۲). جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا برای اختلالات روانی، (DSM-5-TR)، شناخت اجتماعی را به عنوان یکی از شش جزء اصلی کارکرد شناختی عصبی، در کنار حافظه و کنترل اجرایی معرفی می‌کند (۴). همچنین، پژوهش‌ها رابطه بین ترومای دوران کودکی و اختلال در شناخت اجتماعی، به خصوص در مورد غفلت فیزیکی، را نشان می‌دهند (۵،۶). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰) کودک آزاری را بدین گونه تعریف کرده است: کودک آزاری شامل بدرفتاری و نادیده گرفتن کودکانی است که هنوز به سن هجده سالگی نرسیده‌اند و شامل تظاهرات مختلفی مانند انواع بدرفتارهای جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت است که موجب آسیب بالقوه به سلامت کلی کودک، طول عمر، بقا و رشد او می‌شود (۷). در ادبیات موجود نیز، علاقه فزاینده‌ای به این موضوع وجود دارد که چگونه تجربیات آسیب‌زا اولیه به نقص‌های شناخت اجتماعی بعدی کمک می‌کند. نظریه دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۹) یک چارچوب شناختی- رشدی برای درک مکانیسم‌های بالقوه‌ای ارائه می‌کند که از طریق آن، ترومای اولیه دوران کودکی ممکن است بر توانایی شناخت اجتماعی، در زندگی بعدی تأثیر بگذارد و براساس این نظریه، فرزندپروری سهل‌گیرانه یا بی‌اعتنا (به‌ویژه مربوط به مادر) مانع از ایجاد دلبستگی ایمن در کودکان می‌شود که برای کشف و ارتباط با دیگران در محیط اجتماعی ضروری است (۶). اضطراب دلبستگی ممکن است به عنوان یک استراتژی انطباقی در افرادی که از تجربیات آسیب‌زا دوران کودکی رنج برده‌اند، عمل کند و موجب نقص در عملکرد شناخت اجتماعی شود (۸). علاوه بر این، پژوهشگران ارتباط معنی داری بین غفلت دوران کودکی و نقایص شناخت اجتماعی را در ۵۶ بیمار مبتلا به سایکوز در اپیزود اول و ۵۲ فرد سالم گزارش کردند که این ارتباط در گروه بیمار بارزتر بود (۹). همچنین، ارتباط قابل توجهی بین ناملایمات اولیه دوران کودکی، به ویژه غفلت فیزیکی و اختلال عملکرد شناخت اجتماعی بعدی، در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، گزارش شده است (۱۰). بنابراین مداخلات روانی اجتماعی باید برای پیشگیری و کاهش اثرات دراز مدت ناملایمات دوران کودکی گسترش یابد.

مطالعات اخیر رابطه مثبتی بین هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی نشان داده است و یکی از زمینه‌های اصلی مطالعه هوش‌هیجانی تأثیری است که بر روابط بین فردی از طریق کمک به عملکرد اجتماعی بهینه می‌گذارد (۱۱). هوش هیجانی (یا بهتر است بگوییم، پردازش هیجانی) در محتوای گسترده‌تر شناخت اجتماعی قرار می‌گیرد (۱۲). از نظر گلمن هوش هیجانی شامل ظرفیت حفظ انگیزه، تحمل مشکلات و ناملایمات زندگی، کنترل تکانه‌ها، به تعویق انداختن کامیابی‌ها، مدیریت خلق و خو، اجازه کاهش قدرت شناختی و تفکر را به پریشانی‌ها ندادن، نشان دادن همدلی با دیگران و تقویت خوش‌بینی است (۱۳). در پژوهشی، از آزمون هوش هیجانی (MSCEIT) به عنوان ابزار اجتماعی استفاده شد و از خرده آزمون‌های «درک احساسات» و «مدیریت احساسات» به عنوان نمره کلی برای هوش هیجانی استفاده شد. این آزمون توانایی شناسایی، درک و مدیریت احساسات را بررسی می‌کرد که حوزه پردازش هیجانی را در برمی‌گیرد و به این نتیجه رسیدند که پردازش عاطفی واسطه‌ای برای ذخیره شناختی و نتایج رفتاری است و کمک می‌کند به این‌که، افراد بهتر قادر به شناسایی، مدیریت و تنظیم احساسات خود باشند و منابع بیشتری برای مقابله با پیامدهای منفی که پس از یک عامل استرس‌زای مهم، در زندگی رخ می‌دهد، داشته باشند (۱۴).

همچنین، قرار گرفتن در معرض رویدادهای بالقوه آسیب‌زا و هوش هیجانی پایین ممکن است بر توانایی فرد در تنظیم مؤثر احساسات تأثیر بگذارد که به نوبه خود ممکن است خطر اختلالات رفتاری را افزایش دهد (۱۵). بنابراین، هوش‌هیجانی،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

عامل محافظتی است که می‌تواند از ما در برابر پریشانی روانی محافظت کند (۱۶). روشی که افراد، تجربیات آسیب‌زا را تفسیر می‌کنند و اینکه، چگونه احساسات خود را مدیریت می‌کنند به حمایت عاطفی و راهبردهای مقابله‌ای فردی بستگی دارد (۱۷). هوش هیجانی یکی از مهارت‌های اصلی برای مدیریت هیجان‌ها و توانمندسازی مقابله با تعارض و همچنین آگاه‌سازی محتوای ذهنی و عاطفی است (۱۸). برای درک عمیق احساساتی که از طریق محرک‌های دریافتی از محیط در دوران کودکی، ایجاد شده‌اند، نیازمند این توانایی هستیم تا بتوانیم با خاطرات مثبت و تروماهای عاطفی روبرو شویم و هوش هیجانی، راهبرد اصلی برای رشد مقابله هیجانی با اثرات رویدادهای استرس‌زایی است که در دوران کودکی رخ داده‌اند (۱۹). در یک مطالعه مروری، با استناد به تحقیقات علوم اعصاب و روانشناسی، تلاش شد تا اثر ترومای روانشناختی گذشته بر قابلیت‌های هوش هیجانی در آینده را تبیین کنند و به این نتیجه رسیدند که ترومای روانشناختی، تأثیری بر مناطق و عملکردهای مغزی که هوش هیجانی را پشتیبانی می‌کنند، دارد (۲۰).

بنابراین، افراد می‌توانند با رشد دادن هوش هیجانی در خود، برای مقابله و حل تعارضات ناشی از آسیب‌های دوران کودکی آماده شوند و اثربخشی آن، به تمایل فرد برای تماس با دردهای عاطفی، شناسایی افکار و باورهای خود، بستگی دارد که اغلب مؤلفه‌های اصلی محتوای عاطفی و هیجانی ناخودآگاهند و از رویدادهای آسیب‌زا نشات می‌گیرند (۱۹). تحقیقات نشان می‌دهند که هوش هیجانی محتوای روانشناختی را تنظیم می‌کند و وضوح احساسی را در برابر موقعیت‌های استرس‌زا ارتقا می‌دهد (۱۷،۱۶، ۲۱، ۲۲). بنابراین با توجه به پیامدهای درازمدت ترومای دوران کودکی، رشد و توسعه راهبردهای خودشناسی برای آگاهی بخشیدن به نتایج عاطفی آسیب‌های دوران کودکی برای کنترل استرس و اثرات فیزیکی و رفتاری آن، موثر است و هوش هیجانی می‌تواند یکی از مکانیسم‌های اصلی در بزرگسالی برای شناسایی، مدیریت و سازگاری با موقعیت‌های تعارض ناشی از تجارب آسیب زا در دوران کودکی باشد (۱۹). همچنین، مشخص شده است که هوش هیجانی مهارتی است که می‌تواند تجربیات ناگوار کودکی را تعدیل کند و رضایت از زندگی را افزایش دهد (۲۳).

براساس این یافته‌ها، می‌توان نقش ترومای دوران کودکی را در رابطه با شناخت اجتماعی از طریق هوش هیجانی مورد بررسی قرار داد. بررسی این رابطه‌ها در دانشجویان می‌تواند به عنوان یک موضوع پژوهشی مهم در زمینه روانشناسی اجتماعی مطرح شود و با توجه به تعداد دانشجویانی که در جامعه ما مشغول فعالیت‌های اجتماعی و تعامل با دیگران هستند، استفاده از تکنیک‌های درمانی مؤثر و مناسب با توانایی‌های شناختی، سطح آگاهی و شرایط فکری آنان سودمند به نظر می‌رسد. لذا اهمیت مطالعه و پژوهش در زمینه ارتباط بین شناخت اجتماعی با متغیرهای مورد مطالعه قابل درک است. براین اساس، سوالی که مطرح می‌شود این است که آیا بین شناخت اجتماعی، ترومای دوران کودکی و هوش هیجانی در افراد، رابطه وجود دارد یا خیر؟ پژوهش حاضر با در نظر گرفتن منابع نظری و پژوهشی که برای این منظور به آن‌ها اشاره شد، مجموعه این روابط را در قالب یک الگو طراحی و ارزیابی کرد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر با رویکرد توصیفی - همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری بود. نمونه آماری برای این مطالعه خاص، تمام دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، در سال تحصیلی (۱۴۰۱-۱۴۰۰) بودند که از بین آن‌ها ۳۵۰ دانشجو با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه براساس نظریه کلاین (۲۰۱۱) صورت گرفت، براین اساس که به ازای هر پارامتر در مدل حداقل ۱۵ تا ۲۰ آزمودنی را در نظر بگیریم (۲۴). بنابراین، در پژوهش حاضر حجم نمونه ۳۵۰ آزمودنی برای آزمون فرضیه‌ها مناسب تشخیص داده شد که در نهایت ۳۳۶ پرسشنامه تکمیل شد. نحوه دسترسی به گروه نمونه به این صورت بود که پژوهشگر، پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها را در اختیار دانشجویان انتخاب شده، قرار می‌داد. در هر روز ۲۰ دانشجو به تکمیل پرسشنامه‌ها در کلاس‌ها اقدام کردند. همچنین، از دانشجویان درخواست شد که با دقت به تمام سوالات پرسشنامه پاسخ دهند و در صورت داشتن ابهام از پژوهشگر سوال کنند. مهم‌ترین معیارهای ورود به پژوهش، دامنه سنی ۲۰ سال به بالا، آگاهی از اهداف پژوهش و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود و مهم‌ترین معیارهای خروج از پژوهش، عدم پاسخ به دو درصد از سوالات هر پرسشنامه، عدم تمایل برای ادامه پژوهش و سابقه هرگونه اختلال عصبی یا روان‌پزشکی و آسیب مغزی اکتسابی که باعث از دست دادن هوشیاری بیش از ۱ دقیقه بشود و سوء مصرف مواد در ۶ ماه گذشته (براساس گزارش خود) و سابقه اختلالات عصبی (مانند صرع) بود. پژوهشگران پس از توضیح و شرح مختصری از اهداف طرح، شرکت‌کنندگان را در جریان پژوهش قرار دادند و پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه و کسب

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند.آنها این حق را داشتند که در هر مرحله از پژوهش با میل و انتخاب کامل، به همکاری و همراهی خود با پژوهشگر پایان دهند. تمام اطلاعات آن‌ها نیز محرمانه باقی ماندند. این پژوهش توسط کمیته اخلاق با کد اخلاق (IR.IAU.R.REC.1402.004) تائید شد.

مقیاس هوش هیجانی (SSEIT): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ طبق برنامه اولیه هوش هیجانی از طرف مایر و سالووی (۱۹۹۰)، توسط شات و همکاران، طراحی شد (۲۵). این پرسشنامه شامل ۳۳ جمله و ۳ جزء است: تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان و بهره‌برداری از هیجان. شرکت‌کننده درجه توافق یا مخالفت خود با هر جمله را بر روی مقیاس پنجگانه لیکرت انتخاب می‌کند. اندازه‌گیری هوش هیجانی به گونه‌ای است که نمرات زیر ۹۷ به معنای هوش هیجانی بسیار پایین، نمرات بین ۹۷ و ۱۱۴ به معنای هوش هیجانی پایین، نمرات بین ۱۱۴ و ۱۳۱ به معنای سطح متوسط هوش هیجانی، نمرات بین ۱۳۱ و ۱۴۸ نشانگر سطح بالای هوش هیجانی و نمرات بالاتر از آن نشان دهنده سطح بسیار بالای هوش هیجانی است. قابلیت اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در نمره کل هوش هیجانی ۰/۸۱، تنظیم هیجان ۰/۷۸، ارزیابی و بیان هیجان ۰/۶۷ و بهره‌برداری از هیجان ۰/۵۰ گزارش شده است (۲۶). روایی پرسشنامه در یک مطالعه بر روی ۳۵۴ نوجوان کانادایی (۲۳۵ زن و ۱۱۹ مرد با میانگین سن ۲۱/۴) انجام شد و همبستگی این ابزار با مقیاس روان نژندی ۰/۳۷، برونگرایی ۰/۵۱، بازبودن ۰/۲۷، سازندگی ۰/۱۸، وظیفه شناسی ۰/۳۸ و مستعد افسردگی ۰/۳۸ ($P<0/001$) گزارش شده (۲۵). در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای نمره کل این آزمون ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان، ارزیابی و بیان هیجان و بهره‌برداری از هیجان به ترتیب، ۰/۷۵، ۰/۶۶، ۰/۴۶، به دست آمد.

پرسشنامه ذهن خوانی از طریق تصویر چشم (RMET): بارون- کوهن و همکاران، (۱۹۹۷)، تست ذهن‌خوانی از طریق چشمان را به عنوان یک ابزار اندازه‌گیری از شناخت و حساسیت اجتماعی در مرکز تحقیقات اوتیسم در کمبریج طراحی کردند. نسخه بازنگری این تست در سال ۲۰۰۱ منتشر شد و شامل ۳۶ تصویر و چهار گزینه است. برای هر تصویر، چهار گزینه توصیفی ارائه می‌شود که وضعیت‌های ذهنی مختلفی را نشان می‌دهند که در محتوای احساسی مشابهی قرار دارند. شرکت‌کنندگان باید بر اساس اطلاعات بصری موجود، گزینه‌ای را که بهترین شناسایی را از وضعیت ذهنی دقیق فرد در تصویر ارائه می‌دهد، انتخاب کنند. امتیازدهی برای این تست به صورت صفر و یک است و بالاترین امتیاز ۳۶ و کمترین امتیاز ۰ است. امتیازهای کمتر از ۲۲ به معنای توان خواندن ذهن پایین، امتیازهای بین ۲۲ تا ۳۰ به معنای توان خواندن ذهن متوسط و امتیازهای بالاتر از ۳۰ به معنای توان خواندن ذهن بالا است (۲۷). همسانی درونی و قابلیت اعتبار این تست، بعد از ترجمه در ایران، با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۳) و با روش کودر ریچاردسون (۰/۶۹) به دست آمد (۲۸). همچنین اعتبار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و همبستگی آزمون-آزمون مجدد ۰/۷۰ برای این ابزار گزارش شده است (۲۹). تحقیقات نشان داده است که تست RMET رابطه معنی‌دار مثبتی با سایر مقیاس‌های هوش هیجانی مانند آزمون هوش هیجانی اجتماعی مایر-سالووی-کاروسو (MSCEIT) و پرسشنامه ضریب هوش هیجانی (EQ) دارد که نشان از تقویت روایی سازه‌ای این ابزار دارد (۲۷). در پژوهش حاضر، نیز، آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنشتاین، فینک، هندلزمن و فوت در سال ۱۹۹۴ برای ارزیابی دقیق و مطمئن تجارب وسیع آسیب‌های دوران کودکی طراحی شد و ۷۰ سوال داشت. برنستاین، استین، نیوکمپ، والکر، پوگ و اهلوالیا، در سال ۲۰۰۳، نسخه کوتاه‌تری از آن را طراحی کردند. پرسشنامه پنج نوع از آسیب‌های کودکی، از جمله سوء استفاده جنسی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده عاطفی و غفلت عاطفی و جسمی را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۲۸ سوال است که ۲۵ مورد از آن برای اندازه‌گیری مولفه‌های اصلی استفاده می‌شود و ۳ سوال، برای مشخص کردن کسانی که به انکار آسیب‌های دوران کودکی خود می‌پردازند و براساس طیف لیکرت است. محدوده نمره برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ بوده و برای پرسشنامه کل ۲۵ تا ۱۲۵ است. برنشتاین و همکارانش (۲۰۰۳)، در پژوهش خود، ضریب آلفا کرونباخ این پرسشنامه را در نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت فیزیکی و عاطفی به ترتیب برابر با برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند و به علاوه، روایی همزمان این ابزار با سطح‌بندی درمانگران از مقدار آسیب‌های دوران کودکی در محدوده ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۰). همچنین، بر روی نمونه های بالینی و غیر بالینی روایی آزمون، ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۱). در ایران، برای پنج مولفه این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده بالا بودن همسانی درونی این پرسشنامه است (۳۲). در پژوهش حاضر نیز از ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ بود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

برای تحلیل داده‌ها و برازش مدل و آزمون فرضیه‌ها، از معادلات ساختاری با روش بوت استروپ (Bootstrap) و آزمون همبستگی پیرسون (Pearson correlation) در نرم‌افزار SPSS-27 و AMOS-26 استفاده شد.

یافته‌ها

از ۳۳۶ نفر از دانشجویان مورد بررسی، ۱۵۵ نفر (۴۶/۱ درصد) پسر و ۱۸۱ نفر (۵۳/۹ درصد) دختر بودند. ۲۵۵ نفر (۷۵/۹ درصد) مجرد و ۸۱ نفر (۲۴/۱ درصد) متاهل بودند. از نظر مقطع تحصیلی، ۱۱۸ نفر (۳۵/۱ درصد) کارشناسی، ۱۷۹ نفر (۵۳/۳ درصد) کارشناسی‌ارشد و ۳۹ نفر (۱۱/۶ درصد) دکترا بودند. از نظر سنی، ۱۱۵ نفر (۳۴/۲ درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۴۰ نفر (۴۱/۶ درصد) ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶۹ نفر (۲۰/۵ درصد) ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۲ نفر (۳/۷ درصد) ۵۰ سال و بیشتر داشتند. لازم به ذکر است میانگین± انحراف معیار سن دانشجویان پسر ۷/۳۴±۳۰/۳۵ سال و میانگین±انحراف معیار سن دانشجویان دختر ۶/۹۳±۳۲/۰۳ سال بود.

در سنجش شاخص‌های توصیفی متغیرهای تحقیق، میانگین±انحراف معیار نمره کل ترومای دوران کودکی برابر با ۷/۲۶۴±۵۳/۲۸، میانگین±انحراف معیار نمره کل هوش هیجانی برابر با ۱۲/۰۶۹±۱۲۳/۲۳، میانگین±انحراف معیار شناخت اجتماعی برابر با ۴/۱۸۹±۲۳/۷۹ بود که در جدول ۱ گزارش شده است. بزرگ‌ترین میانگین± انحراف معیار در بین ابعاد ترومای دوران کودکی، در مورد بعد غفلت عاطفی با ۴/۷۶±۱۹/۳۸ و کوچک‌ترین میانگین±انحراف معیار در مورد بعد سواستفاده جنسی با ۲/۵۳±۶/۳۴ بود. همچنین در مورد

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
سوء استفاده عاطفی	۸/۱۴	۳/۵۹۳	۱/۱۲۰	۰/۵۶۱
سوء استفاده جسمی	۶/۵۹	۲/۹۶۰	۱/۴۹۲	۱/۴۳۵
سوء استفاده جنسی	۶/۳۴	۲/۵۳۷	۱/۲۹۷	۱/۶۱۷
غفلت عاطفی	۱۹/۳۸	۴/۷۶۸	-۰/۵۷۵	-۰/۶۰۷
غفلت جسمی	۱۲/۸۴	۱/۹۷۱	-۰/۶۴۸	۱/۲۷۷
نمره کل ترومای دوران کودکی	۵۳/۲۸	۷/۲۶۴	۰/۸۷۷	۱/۹۱۳
تنظیم هیجان	۳۹/۴۶	۴/۸۶۶	-۰/۳۱۳	-۰/۰۲۲
ارزیابی هیجان	۴۷/۲۹	۵/۸۵۱	-۰/۴۵۳	۰/۱۱۷
بهره برداری از هیجان	۳۶/۴۸	۴/۱۶۷	-۰/۴۱۳	۱/۰۷۶
نمره کل هوش هیجانی	۱۲۳/۲۳	۱۲/۰۶۹	-۰/۵۸۰	۰/۸۶۷
نمره کل شناخت اجتماعی	۲۳/۷۹	۴/۱۸۹	-۰/۰۰۲	۰/۲۹۲

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱ سوء استفاده عاطفی	۱										
۲ سوء استفاده جسمی	۰/۶۳**	۱									
۳ سوء استفاده جنسی	۰/۴۴**	۰/۵۱**	۱								
۴ غفلت عاطفی	-۰/۵۰**	-۰/۴۸**	-۰/۳۲**	۱							
۵ غفلت جسمی	۰/۱۶**	۰/۱۴*	۰/۰۷	۰/۱۳*	۱						
۶ ترومای دوران کودکی	۰/۶۲**	۰/۶۲**	۰/۵۹**	۰/۱۴*	۰/۵۲**	۱					
۷ تنظیم هیجان	-۰/۲۷**	-۰/۲۱**	-۰/۳۰**	-۰/۰۱	-۰/۲۹**	-۰/۴۱**	۱				
۸ ارزیابی هیجان	-۰/۳۶**	-۰/۲۳**	-۰/۳۲**	۰/۰۱	-۰/۲۸**	-۰/۴۶**	۰/۵۶**	۱			
۹ بهره برداری از هیجان	-۰/۲۶**	-۰/۱۶**	-۰/۲۶**	-۰/۰۳	-۰/۲۳**	-۰/۳۷**	۰/۴۵**	۰/۴۱**	۱		
۱۰ هوش هیجانی	-۰/۳۸**	-۰/۲۵**	-۰/۳۶**	-۰/۰۱	-۰/۳۳**	-۰/۵۱**	۰/۸۳**	۰/۸۵**	۰/۷۳**	۱	
۱۱ شناخت اجتماعی	-۰/۳۶**	-۰/۳۵**	-۰/۳۵**	-۰/۰۶	-۰/۴۱**	-۰/۵۹**	۰/۴۶**	۰/۴۷**	۰/۳۸**	۰/۵۸**	۱

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

ابعاد هوش هیجان، بزرگ‌ترین میانگین±انحراف معیار در مورد بعد ارزیابی هیجان با ۵/۸۵±۴۷/۲۹ و کوچک‌ترین میانگین±انحراف معیار در مورد بعد بهره‌برداری از هیجان با ۴۸/۱۶±۳۶/۴ بود.

ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها در جدول ۲ گزارش شده است. همان طور که مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی بین ترومای دوران کودکی با شناخت اجتماعی (۰/۵۹-)، ترومای دوران کودکی با هوش هیجانی (۰/۵۱-) و هوش هیجانی با شناخت اجتماعی (۰/۵۸) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است.

برای ارزیابی فرض نرمال بودن در توزیع متغیرها از آزمون‌های کج و کشیدگی استفاده شد. چو و بنتلر (۱۹۹۵) پیشنهاد می‌کنند که نقطه برش ۳ ± برای مقدار چولگی مناسب است (۳۳). برای شاخص کشیدگی نیز در مدل‌یابی معادلات ساختاری مقادیر بزرگتر از۱۰± عموماً مشکل‌ساز هستند (۲۴). مقادیر به دست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها در جدول ۱ قابل مشاهده است و نشان از تحقق پیش‌فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش داشت. به طوری که دامنه مقادیر کجی در فاصله‌ی قدرمطلق ۰/۰۰۲ تا ۱/۴۹۲ و دامنه مقادیر کشیدگی در فاصله قدرمطلق ۰/۰۲۳ تا ۱/۹۱۳ بود. بررسی ماتریس همبستگی در بین متغیرهای قابل مشاهده، نشان از عدم وجود هم‌خطی چندگانه در بین آنها را داشت و ضرایب همبستگی برای مدل فرضی تحقیق، مقادیر زیر ۰/۸۰ را نشان داد. همچنین از آزمون تولرنس (شاخص تحمل) و تورم واریانس (VIF) استفاده شد. مقادیر به دست آمده برای ضریب تولرنس متغیرهای پیش‌بین بزرگ‌تر از ۰/۱ و مقادیر ضریب تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود. به ترتیب ضریب تولرنس ضریب تورم واریانس ترومای دوران کودکی برابر است با ۰/۴۷۹ و ۲/۶۴۰ و در مورد هوش هیجانی برابر است با ۰/۵۹۶ و ۱/۶۷۷ درنتیجه مفروضه هم‌خطی بین داده‌ها برقرار بود. در نهایت از روش ماتریس‌های نمودار پراکندگی برای مشخص شدن خطی بودن رابطه بین متغیرها استفاده شد و نتایج حکایت از آن داشت که هیچ یک از روابط در بین نشانگرها انحراف محسوسی از خطی بودن را نمایش نمی‌دهد.

تحلیل مدل

قبل از انتخاب نشانگرها، ارزیابی توان آنها در سنجش متغیرهای مکنون زیربنایی با استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. برای متغیر شناخت اجتماعی با توجه به فقدان مولفه و زیرمقیاس از روش دسته‌بندی گویه (Item parceling) استفاده شد و گویه‌های این پرسشنامه در قالب سه دسته گویه وارد مدل شد. دسته‌بندی گویه، یک تکنیک آماری است که در مدل سازی معادلات ساختاری و تحلیل عاملی تاییدی استفاده می‌شود که در آن به جای استفاده از شاخص‌های تک موردی، شاخص‌هایی را با ترکیب چندین آیتم مرتبط ایجاد می‌کنند، این رویکرد برای پرداختن به مسائل مختلف مربوط به تخمین و تفسیر مدل استفاده می‌شود (۳۴). شکل ۲ مربوط به ضرایب استاندارد مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش است که در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۸۲ قرار دارند، بارهای عاملی نشانگرها باید بالاتر از ۰/۳۲ باشند تا بتوان گفت که از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون برخوردارند. بنابراین تمام مسیرهای متغیر مکنون به متغیرهای قابل‌مشاهده خود در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بودند.

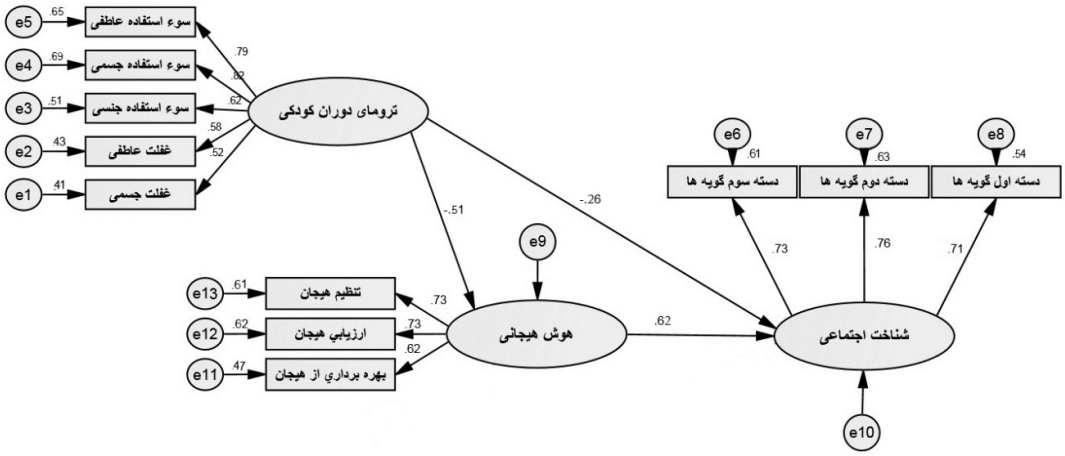
برای آزمودن فرضیه اصلی پژوهش، یعنی "مدل شناخت اجتماعی براساس ترومای دوران کودکی با میانجی گری هوش هیجانی برازش مناسب دارد"، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازندگی مدل پیشنهادی براساس آمیزه‌ای از معیارهای برازندگی، جهت معین‌سازی کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌های جمع‌آوری شده حاصل شد که در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به اطلاعات مربوط به جدول ۳، مقدار مجذور خی‌دو برابر با ۸۹/۷۷۸ بوده که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. همچنین، از نسبت خی‌دو بر درجه آزادی استفاده شد که مقدار آن برابر ۲/۳۰۲ بود. براساس این شاخص، عدد حاصل از این نسبت، نباید بیش‌تر از ۳ باشد تا الگو مورد تائید قرار بگیرد. با استناد به این که نسبت مجذور خی‌دوبه درجه آزادی کمتر از ۳ است، می‌توان گفت که داده‌های حاصل شده با الگوی فرضی هماهنگی دارند. بنابراین، براساس شاخص‌های ارزیابی برازندگی مدل، نسبت مقدار خی‌دو به درجه آزادی برابر با ۲/۳۰۲، شاخص GFI برابر با ۰/۹۲۲، شاخص CFI برابر با ۰/۹۴۸، شاخص IFI برابر با ۰/۹۴۹، شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۴۹ و شاخص SRMR برابر با ۰/۰۶۲ است. بنابراین می‌توان گفت که مدل از برازش خوبی برخوردار است.

براساس، شکل ۱ و ضریب مسیر مستقیم و غیرمستقیم مشخص شده در مدل ساختاری پژوهش می‌توان گفت ترومای کودکی اثرمستقیم و غیرمستقیم با میانجی‌گری

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

جدول ۳. نتایج شاخص های برازندگی مدل

شاخص های برازش	نوع شاخص برازش	حد مجاز	مدل ساختاری
$\chi 2$	عمومی	-	۸۹/۷۷۸
df	عمومی	-	۳۹
$\chi 2/df$	عمومی	کوچکتر از ۳	۲/۳۰۲
RMSEA	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۴۹
SRMR	ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۲
GFI	شاخص نیکویی برازش	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۲۲
CFI	شاخص برازندگی تطبیقی	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴۸
IFI	شاخص برازندگی فزاینده	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴۹



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش به همراه ضرایب مسیر استاندارد

هوش هیجانی بر شناخت اجتماعی دارد. همچنین، با توجه به فرضیه‌های فرعی پژوهش، شامل "ترومای دوران کودکی بر شناخت اجتماعی دانشجویان اثرمستقیم دارد"، "هوش هیجانی بر شناخت اجتماعی دانشجویان اثر مستقیم دارد" و "ترومای دوران کودکی بر هوش هیجانی دانشجویان اثرمستقیم دارد"، طبق نتایج جدول ۴، همه متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آنها به متغیر وابسته دارای میزان t بزرگ-تر از ۱/۹۶ است یا سطح معنی‌داری آن‌ها کمتر از ۰/۰۵ است، تاثیر معناداری بر متغیر وابسته نشان می‌دهند. ضریب اثر مستقیم ترومای کودکی بطور منفی و معکوس با ضریب استاندار بتا (β = -۰/۲۶۰) بر روی شناخت اجتماعی دانشجویان، معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱) و ضریب اثر مستقیم ترومای کودکی به طور منفی و معکوس با ضریب استاندارد بتا (β = -۰/۵۱۴) بر روی هوش هیجانی دانشجویان، معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱). همچنین اثر مستقیم هوش هیجانی به طور مثبت و مستقیم با ضریب استاندار بتا (β = ۰/۶۲۱) بر روی شناخت اجتماعی دانشجویان معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱).

جدول ۵، نتایج بررسی فرضیه بعدی یعنی "ترومای دوران کودکی از طریق هوش هیجانی بر شناخت اجتماعی دانشجویان اثرغیر مستقیم دارد" را نشان می‌دهد. اثر میانجی متغیر هوش هیجانی، بین ترومای دوران کودکی و شناخت اجتماعی در دانشجویان به وسیله روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری و با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد، در جدول ۵ گزارش شده است. ضریب اثر غیرمستقیم ترومای کودکی به شناخت اجتماعی با میانجی‌گری هوش هیجانی بطور منفی با ضریب B (-۰/۱۷۲) در سطح آلفای یک صدم (P=۰/۰۰۹) معنی‌دار بود.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

جدول ۴. ضرایب اثرات مستقیم متغیرهای مکنون و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب Beta	ضریب B	خطا	ارزش t	معنی‌داری
ترومای دوران کودکی	شناخت اجتماعی	-۰/۲۶۰	-۰/۱۵۰	۰/۰۲۱	-۷/۱۴۲	۰/۰۰۱
هوش هیجانی	شناخت اجتماعی	-۰/۶۲۱	۰/۲۰۲	۰/۰۱۴	۱۴/۴۲۸	۰/۰۰۱
ترومای دوران کودکی	هوش هیجانی	-۰/۵۱۴	-۰/۸۵۳	۰/۰۷۸	-۱۰/۹۳۵	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استروپ برای تعیین اثر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی از طریق هوش هیجانی بر شناخت اجتماعی

متغیر مستقل	متقیر میانجی	متغیر وابسته	نمونه مجدد	خطای برآورد	حدود بوت استروپ		ضریب B	معنی‌داری
					حد پایین	حد بالا		
ترومای دوران کودکی	هوش هیجانی	شناخت اجتماعی	۲۰۰۰	۰/۰۳۳	-۰/۲۵۹	-۰/۱۴۰	-۰/۱۷۲	۰/۰۰۹

بحث

هدف از پژوهش حاضر، آزمون و تعیین برازش مدل طراحی شده براساس داده‌های مشاهده شده در نمونه مورد مطالعه بود. نتایج پژوهش نشان داد که ترومای دوران کودکی با شناخت اجتماعی اثر مستقیم و منفی داشت. این یافته با پژوهش‌های فن و همکاران (۲۰۲۲)، کت و همکاران (۲۰۲۲)، روکیتا و همکاران (۲۰۲۱)، استیون و جوانویک، (۲۰۱۹) و صادقی‌نژاد و همکارن (۱۳۹۷) همسو است (۳۶،۳۵، ۶، ۳۸ ،۳۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که تجربه آسیب کودکی داشته‌اند، ممکن است نقص‌هایی در شناخت اجتماعی نشان دهند که می‌تواند پیامدهای قابل توجهی برای تعاملات و روابط اجتماعی آن‌ها داشته باشد و منجر به کاستی‌هایی در جنبه‌های مختلف فهم اجتماعی و دشواری‌ها در درک احساسات و نیات دیگران می‌شود. در همین راستا یافته مطالعات متعدد نشان‌دهنده این است که ترومای دوران کودکی از طریق تغییر ساختار مغز در مناطق مرتبط با حمایت و شناخت اجتماعی با بی‌لذتی اجتماعی مرتبط است (۳۵) و آسیب‌های دوران کودکی با فرایندهای شناخت اجتماعی نظیر کاهش همدلی (۳۹) ضعف در تکالیف نظریه ذهن (۴۰) و اسناد بیرونی بیشتر و اسناد درونی کمتر (۴۱) مرتبط است. همچنین، بی‌توجهی یا غفلت فیزیکی، تنها معیار ناملایمات اولیه است که به طور قابل توجهی با تعدادی از پیامدهای شناخت اجتماعی مرتبط بوده و قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده اختلالات تشخیص هیجان است (۶). به این معنا که کودکانی که مورد غفلت قرار گرفته‌اند، کمتر احتمال دارد نکات ظریف موقعیت‌ها، حالت‌ها و عبارات بین فردی را که برای تشخیص دقیق احساسات و اتخاذ دیدگاه‌های متفاوت، مورد نیاز است، بیاموزند. در پژوهش حاضر نیز، غفلت جسمی با ضریب همبستگی (۰/۴۱-) بیشترین رابطه را با شناخت اجتماعی داشت. در واقع می‌توان چنین استدلال کرد که درون‌مایه‌های ناشی از تروماهای دوران کودکی، مانند افزایش استرس و اضطراب، کاهش اعتماد به نفس، مشکلات در روابط میان فردی و عدم توانایی در درک و تفسیر مناسب احساسات دیگران، می‌تواند توانایی فرد در شناخت اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند و فرد ممکن است دچار مشکلاتی در برقراری ارتباطات مؤثر و سالم با دیگران شود و توانایی فرد در ایجاد روابط نزدیک و پاسخگویی مناسب به نیازها و مشکلات اجتماعی را محدود می‌کند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که ترومای دوران کودکی اثر مستقیم و منفی بر هوش هیجانی دارد. این یافته با پژوهش‌های گاتفرسون و بکر (۲۰۲۳)، زاهو و همکاران (۲۰۲۰)، هافمن (۲۰۱۴)، تلانجوا و همکاران (۲۰۱۲) و پژوهش محمودی و همکاران (۱۴۰۱)، همسو است (۲۰، ۲۳، ۱۵، ۱۶، ۴۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افرادی که تروما را تجربه کرده‌اند ممکن است کاستی‌هایی در هوش هیجانی داشته باشند و پرداختن به نقص‌های هوش هیجانی در این افراد، می‌تواند به بهبود انعطاف‌پذیری و نتایج بلندمدت بهتر منجر شود. در همین راستا یافته مطالعات متعدد نشان‌دهنده این است که ترومای روانشناختی مناطق و عملکردهای مغزی که هوش هیجانی را پشتیبانی می‌کنند، تضعیف می‌کند و تأثیر منفی بر مناطق مغزی، شبکه‌ها و عملکردهای مرتبط با هوش هیجانی دارد، که منجر به کاهش هوش هیجانی در افراد می‌شوند (۲۰). همچنین، کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار گرفته یا نادیده گرفته شده‌اند در معرض خطر نداشتن شایستگی عاطفی و هوش هیجانی کافی قرار می‌گیرند که شامل راهبردهای مقابله انطباقی و ادراک دقیق هیجان برای تجارب عاطفی مهم است و به دلیل تجربه مکرر

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

عاطفه منفی به ندرت از زندگی خود احساس رضایت می‌کنند (۲۳). از طرفی، مداخلات مختلف، مانند درمان‌های متمرکز بر تروما و برنامه‌های یادگیری اجتماعی-عاطفی، نتایج امیدوارکننده‌ای را در افزایش هوش هیجانی در افراد آسیب دیده نشان داده‌اند (۴۳، ۲۱، ۱۹).

در واقع می‌توان چنین استدلال کرد که این تروماها ممکن است باعث تخریب الگوهای سالم در درک و مدیریت احساسات شوند و در نتیجه، فرد را در مواجهه با استرس و مشکلات روانی و رفتاری آسیب‌پذیر کنند. اما در تبیینی دیگر، مهم است بدانیم که این تاثیرات ممکن است بین افراد مختلف متفاوت باشند و در همه موارد نیاز به مطالعات بیشتر و تحقیقات علمی است. همچنین، تروماهای دوران کودکی تنها عاملی نیستند که بر هوش هیجانی تأثیر می‌گذارند، بلکه عوامل دیگری نیز مانند محیط خانوادگی، پشتوانه اجتماعی و فرهنگی و عوامل ژنتیکی نیز در این رابطه نقش دارند. بنابراین، نیاز به شناخت دقیق‌تر از مکانیزم‌های عملکردی و ارتباط بین این دو عنصر است. همچنین، انجام مطالعات بیشتر بر روی جامعه‌های گوناگون و در مدت طولانی‌تر نیز اساسی برای نتیجه‌گیری دقیق‌تر است.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که هوش‌هیجانی اثر مستقیم و مثبت بر شناخت اجتماعی دارد. این یافته با پژوهش‌های وارو و همکاران (۲۰۱۹)، دیویس و هامفری (۲۰۱۲)، چراغانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است (۴۴، ۴۵، ۴۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش هیجانی سهم قابل‌توجهی در پیش‌بینی توانایی‌های شناختی عمومی است (۴۳) و متغیرهایی که با اختلال در هوش هیجانی همراهند، مثل هوش کمتر و کارکردهای اجرایی و شناختی پائین‌تر، منجر به شناخت اجتماعی پایین‌تر می‌شوند (۴۵). از طرفی، آگاهی در تعامل بین فراشناخت و خواندن ذهن در شناخت اجتماعی، می‌تواند به تصحیح نمودهای غلط و تفسیرهای نادرست درباره خود و دیگران کمک کند و به تشخیص‌های اجتماعی دقیق‌تر و واقع‌گرا منجر شود (۴۷). در واقع هوش هیجانی با بالا بردن سطح آگاهی از درک احساسات خود و دیگران و مدیریت هیجانات در این امر نقش حیاتی دارد. در واقع می‌توان چنین استدلال کرد که یکی از مهمترین عناصر هوش هیجانی که در شناخت اجتماعی نقش دارد، توانایی تشخیص عواطف دیگران است. این توانایی به افراد کمک می‌کند تا عواطف و حالات روحی افراد دیگر را به درستی تشخیص دهند و بتوانند متناسب با آن‌ها عمل کنند. همچنین، هوش هیجانی می‌تواند به افراد کمک کند تا بهترین راه را برای مدیریت عواطف خود و دیگران پیدا کنند، که این نیز بر شناخت اجتماعی تأثیر می‌گذارد. در نهایت، برای بهبود شناخت اجتماعی و توانایی درک عواطف دیگران، توسعه هوش هیجانی از طریق آموزش و تمرین میسر است. این شامل افزایش آگاهی از احساسات خود، تشخیص و درک بهتر عواطف دیگران، مدیریت احساسات و ارتقای مهارت‌های ارتباطی مؤثر است. این اقدامات می‌توانند به فرد کمک کنند تا در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مختلف، بهترین عملکرد را از خود به ارمغان بیاورد و ارتباطات مثبت و سازنده‌تری را با دیگران برقرار کند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد ضریب مسیر غیرمستقیم ترومای کودکی به شناخت اجتماعی با میانجی‌گری هوش‌هیجانی معنی‌دار بود. این یافته با پژوهش‌های گاتفرسون و بکر (۲۰۲۳)، سرافیم‌سیلوا و برنابه (۲۰۲۱)، صادقی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) و سالمی و همکاران (۱۳۹۵)، همسو است (۲۰، ۱۹، ۳۸، ۴۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت که افرادی که سطح بالاتری از هوش هیجانی دارند، بهتر قادر به مقابله با تأثیرات منفی آسیب کودکی بر فرایندهای شناخت اجتماعی هستند. رشد و توسعه هوش هیجانی، با درک عمیق احساسات تولید شده از طریق محرک‌های دریافتی از محیط دوران کودکی، ممکن می‌شود و مستلزم استفاده از هوش هیجانی برای دسترسی به تجربیات خوشایند و ناخوشایند است (۱۹). در واقع، فرد می‌تواند هوش هیجانی را در خود رشد بدهد و خود را برای مقابله و حل تعارضات ناشی از آسیب‌های دوران کودکی آموزش دهد، این خودشناسی را می‌توان در دوران نوجوانی، بزرگسالی و پیری به دست آورد و اثربخشی آن به تمایل فرد برای تماس با درد عاطفی، باورها و مفاهیم خود بستگی دارد که اغلب مؤلفه‌های اصلی کسل‌کننده و ناخودآگاه محتوای عاطفی ناشی از رویدادهای آسیب زا هستند. همچنین، مدیریت فرآیندهای عاطفی می‌تواند اثرات آسیب‌های دوران کودکی را به حداقل برساند، سازگاری را ارتقا دهد یا فرد را برای رویارویی با موقعیت‌های تعارض توانمند کند و هوش هیجانی منبع بسیار مفیدی برای رشد مهارت‌هایی برای مقابله با احساسات و استرس ناشی از آسیب‌های دوران کودکی است (۱۹).

بنابراین با توجه به نقش قابل توجه هوش هیجانی در رابطه بین تروماهای دوران کودکی و شناخت اجتماعی، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی با هدف افزایش آگاهی در مورد تنظیم و مدیریت هیجان ابراز و بهره‌برداری از هیجان و آموزش راهکارهای علمی به منظور بهبود هوش هیجانی برای

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

افراد در معرض رویدادهای تروماتیک در نظر گرفته شود و نکات کلیدی در مورد نحوه مدیریت هیجان در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گیرد. همچنین، با توجه به تاثیر ترومای دوران کودکی در شناخت اجتماعی پیشنهاد می‌شود، درمانگران و مشاوران افراد با سابقه ترومای دوران کودکی را غربال‌گری کنند تا اقدامات درمانی مناسب برای کاهش مشکلات آنها را انجام دهند.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد رودهن که بـا مشـارکت صمیمانه خود در این پژوهش، ما را یاری کردند، کمـال تشـکر را داریم.

REFERENCES

1-Grothe M, Opolka M, Berneiser J, Dressel A. Testing social cognition in multiple sclerosis: Difference between emotion recognition and theory of mind and its influence on quality of life. Brain Behav 2021;11:e01925.

2-Henry JD, Von Hippel W, Molenberghs P, Lee T, Sachdev PS. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. Nat Rev Neurol 2016;12:28-39.

3-Eickers G, Prinz J. Emotion recognition as a social skill. In: Fridland E, Pavese C, eds. The routledge handbook of philosophy of skill and expertise. London: Routledge; 2020. P.347-61.

4- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-5-TR (Vol.5). Washington DC: American psychiatric association; 2022.

5-Vaskinn A, Engelstad KN, Torgalsbøen AK, Rund BR. Childhood trauma, social cognition and schizophrenia: Specific association between physical neglect and cognitive theory of mind in homicide offenders. Psychiatry Res 2021;303:114093.

6-Rokita KI, Dauvermann MR, Mothersill D, Holleran L, Holland J, Costello L, et al. Childhood trauma, parental bonding, and social cognition in patients with schizophrenia and healthy adults. J Clin Psychol 2021;77:241-53.

7-World Health Organizaion. Child maltreatment. 2020. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.

8- Morán-Kneer J, Ríos U, Costa-Cordella S, Barría C, Carvajal V, Valenzuela K, et al. Childhood trauma and social cognition in participants with bipolar disorder: The moderating role of attachment. Journal of Affective Disorders Reports 2022;9:100359.

9- Kilian S, Asmal L, Chiliza B, Olivier MR, Phahladira L, Scheffler F, et al. Childhood adversity and cognitive function in schizophrenia spectrum disorders and healthy controls: evidence for an association between neglect and social cognition. Psychol Med 2018;48:2186-93.

10- Schalinski I, Teicher MH, Carolus AM, Rockstroh B. Defining the impact of childhood adversities on cognitive deficits in psychosis: An exploratory analysis. Schizophr Res 2018;192:351-6.

11- Salavera C, Usán P, Jarie L. Emotional intelligence and social skills on self-efficacy in Secondary Education students. Are there gender differences?. J Adolesc 2017;60:39-46.

12- Pinkham AE, Harvey PD, Penn DL. Social cognition psychometric evaluation: results of the final validation study. Schizophr Bull 2018;44:737-48.

13-Goleman D, ed. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ. London, United Kingdom: Bloomsbury Publishing; 2020.

14- González-Ortega I, González-Pinto A, Alberich S, Echeburúa E, Bernardo M, Cabrera B, et al. Influence of social cognition as a mediator between cognitive reserve and psychosocial functioning in patients with first episode psychosis. Psychol Med 2020;50:2702-10.

15- Hofman NL. Emotion regulation deficits as mediators of the relationship between trauma, emotional intelligence, antisocial behaviors, posttraumatic stress symptoms, and alcohol use and related problems [PhD Dissertation of Philosophy]. Vermillion, South Dakota: University of South Dakota; 2014.

16- Tolegenova AA, Jakupov SM, Chung MC, Saduova S, Jakupov MS. A theoretical formation of emotional intelligence and childhood trauma among adolescents. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2012;69:1891-4.

17- Levy J, Goldstein A, Feldman R. The neural development of empathy is sensitive to caregiving and early trauma. Nat Commun 2019;10:1905.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

18- Salvador Ferrer CM. How to Influence the New Technologies in the Emotional Intelligence and Communication of Higher Education Student [Internet]. Emotional Intelligence - New Perspectives and Applications. InTech; 2012. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/31716

19- Sarafim-Silva BAM, Bernabé DG. Emotional Intelligence for Coping with the Consequences of Childhood Trauma [Internet]. The Science of Emotional Intelligence. IntechOpen; 2021. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.97838

20- Gottfredson RK, Becker WJ. How past trauma impacts emotional intelligence: Examining the connection. Front Psychol 2023;14:1067509.

21- Kaurin A, Schönfelder S, Wessa M. Self-compassion buffers the link between self-criticism and depression in trauma-exposed firefighters. Journal Couns Psychol 2018;65:453-62.

22- Kwako LE, Szanton SJ, Saligan LN, Gill JM. Major depressive disorder in persons exposed to trauma: Relationship between emotional intelligence and social support. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2011;17:237-45.

23- Zhao J, Xiang Y, Zhao J, Li Q, Dong X, Zhang W. The relationship between childhood maltreatment and benign/malicious envy among Chinese college students: the mediating role of emotional intelligence. J Gen Psychol 2020;147:277-92.

24- Kline RB, ed. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Press; 2023.

25- Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. Personality and Individual Differences 1998;25:167-77.

26- Khosro Javid, M. Validity and reliability of the emotional intelligence factor shot among adolescents [Master's thesis]. Tehran: Tarbiat Modarres University. 2002. [In Persian]

27- Nejati V, Zabihiradeh A, Maleki G, Mohseni M. Social cognition impairment in patients with major depression: Evidence from the Reading the Mind in the Eyes Test. Applied Psychology Quarterly 2012;6:57-70. [In Persian]

28- Mahmoud Aliloo M, Bakhshipour A, Bafandeh Garamaleki H, Khanjani Z, Ranjbar F. Investigating theory of mind deficits in schizophrenic patients with positive and negative symptoms and comparing it with healthy individuals. Journal of Modern Psychological Research 2011;22:79-96. [In Persian]

29- Prevost M, Carrier ME, Chowne G, Zelkowitz P, Joseph L, Gold I. The Reading the Mind in the Eyes test: validation of a French version and exploration of cultural variations in a multi-ethnic city. Cog Neuropsychiatry 2014;19:189-204.

30- Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl 2003;27:169-90.

31- Karos K, Niederstrasser N, Abidi L, Bernstein DP, Bader K. Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-form) in Swiss patients and nonpatients. J Child Sex Abus 2014;23:418-30.

32- Ebrahimi H, Dezhkam M, Seghatoleslam, T. Childhood traumas and suicidal behaviors in adulthood. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2013;19:275-82. [In Persian]

33- Chou CP, Bentler PM, eds. Estimates and tests in structural equation modeling. New York: Sage Publications, Inc; 1995.

34- Little TD, Cunningham WA, Shahar G, Widaman KF. To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal 2002;9:151-73.

35- Fan J, Liu W, Xia J, Gao F, Meng C, Han Y, et al. Childhood trauma is associated with social anhedonia and brain gray matter volume differences in healthy subjects. Brain Imaging Behav 2022;16:1964-72.

36- Couette M, Mouchabac S, Adrien V, Cagnone V, Bourla A, Ferreri F. Functional neuro-anatomy of social cognition in posttraumatic stress disorder: A systematic review. Psychiatry Res 2022;315:114729.

37- Stevens JS, Jovanovic T. Role of social cognition in post-traumatic stress disorder: A review and meta-analysis. Genes Brain Behav 2019;18:e12518.

38- Sadeghinejad M, Mohtashami S, Abbasi Z, Fatahi Ardakani A, Babaei M, Soltani, A. The role of trauma, emotional intelligence, and social skills in predicting behavioral problems in orphaned and neglected adolescents in semi-family care centers in Kerman City. Iranian Journal of Psychology and Behavioral Sciences 2018;41:44-53. [In Persian]

39- Zhang H, Gao X, Liang Y, Yao Q, Wei Q. Does Child Maltreatment Reduce or Increase Empathy? A Systematic Review and Meta-analysis. Trauma Violence Abuse 2024;25:166-82.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]

40- Turner R, Louie K, Parvez A, Modaffar M, Rezaie R, Greene T, et al. The effects of developmental trauma on theory of mind and its relationship to psychotic experiences: a behavioural study. Psychiatry Res 2022;312:114544.

41- Jung H, Lee D. Influence of childhood trauma on former prisoners' attributional style and recidivism in three years. Collabra: Psychology 2021;7:22128.

42-Mahmoudi M, Saberi H, Besharadoust, S. Predicting psychological distress based on childhood trauma with the mediating role of emotional dysregulation. Journal of Cognitive Sciences Innovations 2022;24:41-56. [In Persian]

43- Masten AS, Cicchetti D. Developmental cascades. Dev Psychopathol 2010;22:491-95.

44- Varo C, Jiménez E, Solé B, Bonnín CM, Torrent C, Lahera G, et al. Social cognition in bipolar disorder: the role of sociodemographic, clinical, and neurocognitive variables in emotional intelligence. Acta Psychiatrica Scandinavica 2019;139:369-80.

45- Davis SK, Humphrey N. Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. Personality and Individual Differences 2012;52:144-49.

46- Cheraghi Bozcheloui Z, Alimoradi M, Naderi Lordjani M, Ghannbari, A. Investigating the Relationship between Emotional Intelligence and Social Cognition with Self-Efficacy in Students. The 6th Scientific Research Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Damages; Tehran, Iran: 2018. [In Persian]

47- Gakis M, Cichoń E, Cyrkot T, Szczepanowski R. Consciousness and Social Cognition from an Interactionist Perspective: A New Approach on Understanding Normal and Abnormal Relations between Metacognition and Mindreading [Internet]. Prefrontal Cortex. InTech; 2018. Available from: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.79584

48- Salemi S, Naami A, Zargar Y, Davoudi, A. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Social Competence and Emotional Regulation of Maltreated Children. Social Psychology Research 2016;6:65-76. [In Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.10.8]

[DOI: 10.61186/iau.35.2.200]