

Research Paper

Relationship between Adverse Childhood Experiences and Depression: The Mediating Role of Mindfulness

Ani Christy Manvelian¹, Mehrnaz Azadyekta^{*2}

1- M.Sc. Student in General Psychology, Islamic Azad University, Electronic Branch, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of psychology, Islamshahr branch, Islamic Azad university, islamshahr, Iran

Received: 2022/09/12

Revised: 2022/10/28

Accepted: 2023/02/14

Use your device to scan and read the article online



DOI:

10.30495/jpmm.2023.30995.3710

Keywords:

Adverse Childhood Experiences, Depression, Mindfulness.

Abstract

Introduction and Objectives: Adverse childhood experiences may impair a person's ability to develop healthy and constructive coping mechanisms as well as mental resources to manage later life stressors. This research was conducted with the aim of investigating the relationship between adverse childhood experiences and depression (mediating role of mindfulness).

Materials and Methods: The present research was of the correlational type in terms of the applied goal and in terms of the contextualization method. The statistical population of all young people in Tehran in 2021 was a statistical sample of 280 people, and the tools used were adverse childhood experiences questionnaire (2004), depression questionnaire (2010) and mindfulness questionnaire (2006).

Results: The results showed that the proposed model was approved, because the value of the root mean square error of estimation (RMSEA) was in the optimal range (less than 0.08) and in addition, the fit indices (NFI, IFI, CFI, GFI) were favourable (more than 0.9). According to the findings, adverse childhood experiences have influenced depression with the mediating role of mindfulness (observation, description, action with awareness, non-judgment and non-reaction).

Discussion and Conclusion: The results showed that aspects of mindfulness significantly mediate the relationship between adverse childhood experiences and depression. Negative cognitions associated with adverse childhood experiences may impair a person's ability to effectively describe feelings and be fully aware of the present moment, which may contribute to depressive symptoms.

Citation: Manvelian A Ch, Azadyekta M, Relationship between Adverse Childhood Experiences and Depression: The Mediating Role of Mindfulness: Journal of Psychological Methods and Models 2022; 13 (50): 107-118.

***Corresponding Author:** Mehrnaz Azadyekta

Address: Assistant Professor, Department of psychology, Islamshahr branch, Islamic Azad university, islamshahr, Iran

Tell: 09121866400

Email: m.azadyekta@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

Adverse childhood experiences are defined as traumatic life experiences that occur during the first eighteen years of life. Ten individual experiences are commonly recognized and can be classified into three distinct groups: childhood abuse (emotional, physical, and sexual), childhood neglect (emotional and physical), and family dysfunction (place Exposed to domestic violence, substance abuse, mental illness and separation of parents and imprisonment of a family member). Mental and physical health, illness, cognition, well-being and lifelong health are rooted in childhood. The study of adverse childhood experiences and the overall risks associated with these adverse events has grown significantly over the past 20 years. Studies of individuals with high adverse childhood experiences have shown significant physical health risks such as heart and lung disease, lung cancer, metabolic problems, inflammation, and liver disease. Mental health is equally affected by adverse childhood experiences, as studies show a strong association with depression, anxiety, severe mood disorders, and suicide (1).

In addition to potentially mediating the relationship between adverse childhood experiences and depression, it is reasonable to hypothesize that mindfulness may also act as a protective factor in this relationship and reduce the likelihood that an individual with a history of adverse childhood experiences will develop depressive symptoms. decreases. It has been shown that mindfulness-based interventions reduce maladaptive emotional responses, increase emotion regulation, behaviour regulation, and self-control, as well as increase a person's ability to endure stressful situations in the future. Emotion regulation problems are

associated with psychopathological symptoms and low psychological resilience. It may be partly explained by the possibility that people with low levels of mindfulness are better able to suppress thoughts related to past traumas and experiences. To our knowledge, other similar studies have not provided further support for this finding. Therefore, in the present study, we hypothesize that mindfulness may act as a mediator, such that individuals with a history of adverse childhood experiences, but with higher levels of mindfulness, than individuals with similar levels of adverse childhood experiences. but they have lower levels of it, they suffer from depression less. Therefore, this research answers the question of whether depression and adverse childhood experiences are related to the mediating role of mindfulness.

Materials and Methods

The current research is applied in terms of purpose and correlational in terms of contextualization method. The statistical population in this research is all the youth of Tehran in the year 1400 and considering that there is no absolute method to determine the sample size in structural equation modeling; Some researchers describe the minimum sample size of 100 people and the sample size of 200 or more as desirable. Therefore, taking into account the possibility of sample dropout, the test sample group included 280 people, of which 47 questionnaires were discarded due to incompleteness, and 233 questionnaires were included in the statistical analysis and the tools used were adverse childhood experiences questionnaire (2004), depression questionnaire (2010) and mindfulness questionnaire (2006).

Findings

The results showed that the proposed model was approved, because the value of the root mean square error of estimation (RMSEA) was in the optimal range (less than 0.08) and in addition, the fit indices were favourable (more than 0.9). According to the findings, adverse childhood experiences have influenced depression with the mediating role of mindfulness (observation, description, action with awareness, non-judgment and non-reaction).

Discussion

The results showed that aspects of mindfulness significantly mediate the relationship between adverse childhood experiences and depression. Negative cognitions associated with adverse childhood experiences may impair a person's ability to effectively describe feelings and be fully aware of the present moment, which may contribute to depressive symptoms.

Conclusion

Childhood is one of the most important parts of our lives. Childhood will be traumatic if it is troubled. Adverse childhood experiences are more sensitive at this age. The thing you need to know is to manage your child during this period. Every person experiences various adversities throughout life. Now let's suppose that this person also has pressure from childhood. Naturally, he will be hit to solve his problems in the future. Childhood experiences, if they are associated with evil, can cause problems for the child's future. One of these problems is mental disorders. These past issues can have a significant impact on adulthood. They can lead to various physical and mental problems and the possibility of side effects such as depression and anxiety increases.

Ethical Considerations

Adherence to the principles of research ethics

The authors were committed to regarding the ethics principles and the participants' content to take part in the study during the research.

Financial Support

The study did not have any financial supporter.

Authors

The author and supervisor of the research were the first author of the article (student) and the supervisor of the thesis.

Conflict of Interests

The authors declared that the present article has no conflict of interests.

مقاله پژوهشی

رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی: نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی

آنی کریستی مانول یان^۱، مهرناز آزادیکتا^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیکی، تهران، ایران.

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اسلام شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام شهر، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: تجارب نامطلوب دوران کودکی ممکن است توانایی فرد برای ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم و سازنده و همچنین، منابع ذهنی لازم برای مدیریت استرس‌های بعدی زندگی را مختل کند. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی (نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی، از لحاظ روش زمینه‌یابی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه جوانان شهر تهران در سال ۱۴۰۰، نمونه آماری ۲۸۰ نفر و ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه تجارب نامطلوب دوران کودکی (۲۰۰۴)، پرسش‌نامه افسردگی (۲۰۱۰) و پرسش‌نامه ذهن آگاهی (۲۰۰۶) بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل پیشنهادی ارائه شده مورد تایید بوده، چرا که مقدار ریشه میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۸) قرار داشته و علاوه بر آن شاخص‌های برازندگی (GFI و CFI، IFI، NFI) مطلوب بودند (بیشتر از ۰/۹). مطابق یافته‌ها، تجارب نامطلوب دوران کودکی بر افسردگی با نقش میانجی ذهن آگاهی (مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) تأثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که جنبه‌های ذهن آگاهی رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی را به طور قابل توجهی واسطه می‌کنند. شناخت‌های منفی مرتبط با تجارب نامطلوب دوران کودکی ممکن است به توانایی فرد برای توصیف موثر احساسات و آگاهی کامل از لحظه حال آسیب برساند، که ممکن است به علائم افسردگی کمک کند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

تاریخ داوری: ۱۴۰۱/۰۸/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: 10.30495/jpmm.2023.30995.3710

واژه‌های کلیدی:

تجارب نامطلوب، افسردگی، ذهن آگاهی.

* نویسنده مسئول: مهرناز آزادیکتا

نشانی: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اسلام شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام شهر، ایران

تلفن: ۰۹۱۲۱۸۶۶۴۰۰

پست الکترونیکی: m.azadyekta@yahoo.com

مقدمه

تجارب نامطلوب دوران کودکی به عنوان تجربیات آسیب‌زای زندگی که در هجده سال اول زندگی رخ می‌دهد، تعریف می‌شود (۱). ده تجربه فردی به گونه معمول شناخته شده است و می‌توان آن‌ها را به سه گروه متمایز طبقه‌بندی کرد: سوء استفاده در دوران کودکی (عاطفی، فیزیکی و جنسی)، غفلت در دوران کودکی (عاطفی و فیزیکی) و اختلال در عملکرد خانواده (قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی، سوء مصرف مواد، بیماری روانی و جدایی والدین و زندانی شدن یکی از اعضای خانواده). سلامت روان و جسم، بیماری، شناخت، رفاه و سلامت مادام‌العمر ریشه در دوران کودکی داشته و مطالعه تجربیات نامطلوب دوران کودکی در ۲۰ سال گذشته به طور قابل توجهی رشد کرده است. به عنوان مثال مطالعه افراد با تجارب نامطلوب دوران کودکی خطرات سلامت جسمی قابل توجهی مانند بیماری‌های قلبی و ریوی، سرطان ریه، مشکلات متابولیک، التهاب و بیماری‌های کبدی را نشان داده است؛ از سویی دیگر، سلامت روان نیز تحت تأثیر تجارب نامطلوب دوران کودکی قرار می‌گیرد (۱).

همچنین، حدود ۶۷ درصد بزرگسالان حداقل یک تجربه نامطلوب در دوران کودکی را داشته‌اند (۲). افزون بر این، ده تجربه نامطلوبی که پیش‌تر به آن‌ها اشاره شد (عاطفی، فیزیکی، جنسی، غفلت، اختلال در عملکرد خانواده، قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی، سوء مصرف مواد، بیماری روانی، جدایی والدین و زندانی شدن یکی از اعضای خانواده)، به گونه قابل توجهی با یکدیگر مرتبط هستند؛ از این رو، تجارب نامطلوب دوران کودکی می‌توانند اغلب منجر به پیامدهای منفی زندگی شوند که ممکن است تا حدی به این واقعیت نسبت داده شود که این تجربیات به طور بالقوه می‌توانند تمایل فرد را به سمت ایجاد یک سبک‌شناختی منفی یا افسردگی‌زا افزایش دهند (۳).

تأثیر تجارب نامطلوب دوران کودکی اغلب فراتر از دوران کودکی است. تجارب نامطلوب دوران کودکی ممکن است طیف گسترده‌ای از پیامدهای نامطلوب سلامت روانی و جسمی بعدی را مدت‌ها پس از پایان تروما تشدید کند. برای مثال، تجارب نامطلوب دوران کودکی با بسیاری از شرایط مزمن عاطفی، ذهنی و رفتاری مرتبط است که به نوبه خود می‌تواند منجر به نتایج ضعیف اجتماعی و تحصیلی شود (۴).

مشخص شده است که تجارب نامطلوب دوران کودکی با طیفی از اختلالات خلقی و اضطرابی و علائم پریشانی روانی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه ارتباط مثبت دارد (۵). افزون بر این، پیامدهای فیزیکی منفی و شرایط سلامتی بزرگسالان مرتبط با تجارب نامطلوب دوران کودکی

شامل مواردی همچون وابستگی به الکل (۶)، مشکلاتی مانند میگرن، چاقی و بیماری قلبی (۷) و مرگ زودرس (۸) است.

تجارب نامطلوب دوران کودکی ممکن است توانایی فرد برای ایجاد مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم و سازنده و همچنین، منابع ذهنی لازم برای مدیریت استرس‌های بعدی زندگی را مختل کند. این احتمال وجود دارد که این منابع ذهنی کاهش یافته افراد را در معرض خطر بیش‌تری برای ایجاد اختلالات خلقی قرار داده و توانایی فرد را برای مقابله موثر با استرس کاهش دهند. بدون مداخله، این منابع ذهنی به گونه‌ای فزاینده کاهش می‌یابند و این امر می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات سلامت جسمی و پیامدهای منفی بیش‌تر (بویژه با افزایش تعداد تجارب نامطلوب دوران کودکی) شود (۷). افزون بر این، وجود تجارب نامطلوب دوران کودکی با ضعف تنظیم هیجان در جمعیت بزرگسال مرتبط است (۹). این ضعف ممکن است به توانایی فرد برای تنظیم هیجان خشم، افسردگی و اضطراب آسیب برساند (۱۰) و همچنین، تمایل فرد به نظارت مؤثر، تنظیم رفتاری و خودکنترلی را کاهش دهد (۶). افزون بر این، تنظیم رفتاری ناکارآمد با افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مشکل‌ساز مرتبط است و این احتمال را افزایش می‌دهد که افرادی که سابقه تجارب نامطلوب دوران کودکی دارند متعاقباً از افسردگی و سایر پیامدهای منفی زندگی رنج می‌برند (۳).

در این راستا، ذهن آگاهی که یک منبع شناختی لازم برای مقابله با استرس را به شیوه‌ای سازنده و سالم در اختیار افراد قرار می‌دهد، در برابر علائم پریشانی روانی مانند افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری محافظت می‌کند (۱۱). افزون بر این، با سطوح بالاتر رضایت از زندگی، ویژگی‌های شخصیتی مثبت، افزایش عملکرد شناختی و توجه و بهزیستی روانی مرتبط است (۱۲). با توجه به این یافته‌ها، بررسی مکانیسم‌هایی که توسط آن‌ها تجارب نامطلوب دوران کودکی افراد را به علائم افسردگی سوق می‌دهد و همچنین، عوامل بالقوه محافظتی که ممکن است این رابطه را خنثی کنند، ضروری است. چرا که اعتقاد نگارندگان مقاله حاضر بر این است که تجارب نامطلوب دوران کودکی سلامت روان بزرگسالان را تا حدی از طریق تغییر در ساختار و عملکرد سیستم‌های پاسخ به استرس بدن، تحت‌الشعاع قرار می‌دهد.

پورنقاش تهرانی و امینی تهرانی (۱۳۹۸) در پژوهشی که متمرکز بر دختران بود بیان کردند در این افراد ۴۳/۶ درصد افسردگی، ۶۹/۶ درصد اضطراب، ۳۹/۸ درصد نگرش خودکشی و ۳۷/۹ درصد فکر خودکشی وجود داشته است و عمده‌ترین تأثیرهای تجارب نامطلوب دوران کودکی بر اضطراب و متغیرهای خودکشی بود که مهم‌ترین آن‌ها سوء رفتار عاطفی، فقدان عشق والدین، غفلت، خشونت خانگی، طلاق/جدایی، قربانی همسالان

المور، کروچ و چادهوری^۵ (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند که رگرسیون چندمتغیره ارتباط بین افسردگی و تاب‌آوری کم و هم‌چنین، تعامل معنی‌دار بین مواجهه با تجربیات نامطلوب دوران کودکی را نشان داد (۱۸).

لی، کیم، نام و جنونگ^۶ (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند که تحلیل خوشه‌ای، چهار خوشه چندگانه پرخطر و کم‌خطر، خانواده از هم گسیخته و نبود درآمد کافی را در تجربیات نامطلوب دوران کودکی نشان داد. این خوشه‌ها در مقدار افسردگی و اضطراب تفاوت‌هایی را نشان دادند که این تفاوت‌ها در بین طبقات نشان می‌دهد که درک تجربیات و مداخلات نامطلوب دوران کودکی باید براساس در نظر گرفتن خوشه‌های تجربیات نامطلوب دوران کودکی باشد (۱۹).

راسین، زوموالد، مکدونالد، تات و مادیکان^۷ (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند که رگرسیون لجستیک نشان داد که پس از محاسبه عوامل اجتماعی جمعیت‌شناختی و حمایت اجتماعی، تجربیات نامطلوب دوران کودکی علائم افسردگی را در بارداری، دوره پس از زایمان و در سراسر دوره پری‌ناتال پیش‌بینی کردند اما حمایت اجتماعی ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی مادر و افسردگی را برای هیچ مقطع زمانی تعدیل نکرد (۲۰).

افزون بر میانجی‌گری بالقوه رابطه بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی و افسردگی، منطقی است که فرض کنیم که ذهن آگاهی نیز ممکن است به عنوان یک عامل محافظتی در این رابطه عمل کند و احتمال اینکه فردی با سابقه تجربیات نامطلوب دوران کودکی علائم افسردگی را ایجاد کند را کاهش می‌دهد. هم‌چنین، نشان داده شده است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش پاسخ‌های هیجانی ناسازگار، افزایش تنظیم هیجان، تنظیم رفتار و خودکنترلی و هم‌چنین، افزایش توانایی فرد برای تحمل موقعیت‌های استرس‌زا در آینده می‌شود. مشکلات تنظیم هیجان با علائم آسیب‌شناسی روانی و تاب‌آوری روانی پایین مرتبط است. این مساله ممکن است تا حدی با این امکان توضیح داده شود که افرادی که سطح ذهن آگاهی پایینی دارند بهتر می‌توانند افکار مربوط به آسیب‌ها و تجربیات گذشته را سرکوب کنند. بنابراین، در این مطالعه فرض می‌کنیم که ذهن آگاهی ممکن است به عنوان یک واسطه عمل کند، به طوری که افرادی که دارای سابقه تجربیات نامطلوب دوران کودکی هستند، اما دارای سطوح بالای ذهن آگاهی هستند، نسبت به افرادی که سطوح مشابه تجربیات نامطلوب دوران کودکی دارند، اما سطوح پایین‌تری از آن دارند، کمتر دچار افسردگی می‌شوند. بنابراین، این پژوهش به این سوال

شدن و سوءاستفاده جنسی جسمانی و غیرجسمانی بود. جنسیت دختر تأثیر این تجربه‌های ناگوار را بر پیامدها افزایش نسبی می‌داد (۱۳).

راسین^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی که به صورت فراتحلیل انجام دادند بیان کردند که فراتحلیل انجام شده نشان داد اندازه اثر ترکیبی تجربیات نامطلوب دوران کودکی و دوران بارداری و پس از زایمان با علائم افسردگی معنی‌دار بود. هم‌چنین، اندازه اثر تجربیات نامطلوب دوران کودکی و اضطراب قبل از تولد نیز معنی‌دار بود. تحلیل‌های تعدیل‌کننده نشان داد که زمان‌بندی علائم افسردگی و اضطراب ممکن است برای درک تداعی‌ها مهم باشد (۱۴).

کلیفا، یانگ، کارلی، بو و وانگ^۲ (۲۰۲۱) در پژوهشی بیان کردند که تجربیات نامطلوب دوران کودکی با تاب‌آوری رابطه منفی دارد. به نوبه خود، تاب‌آوری با افسردگی کم‌تر و بهزیستی ذهنی بالاتر همبستگی داشت. تجربیات نامطلوب دوران کودکی ارتباط مثبتی با افسردگی داشت که به نوبه خود با بهزیستی ذهنی ارتباط منفی داشت. افزون بر این، افسردگی و تاب‌آوری به طور مستقل و مشترک به گونه کامل تأثیر تجربیات نامطلوب دوران کودکی را بر بهزیستی ذهنی واسطه کردند (۱۵).

کلیفا، یانگ، هربرت، هی و وانگ^۳ (۲۰۲۰) در پژوهشی بیان کردند که تجربیات نامطلوب دوران کودکی هم اثرات مستقیم و هم غیرمستقیم بر افسردگی دارند. اثر غیرمستقیم به طور منفی توسط تاب‌آوری روانی و به طور مثبت توسط عوامل استرس‌زا واسطه شد. پاسخ‌دهندگان با سطوح بالاتر تاب‌آوری روان‌شناختی علائم افسردگی کم‌تر و نمرات تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی را گزارش کردند، در حالی که آنهایی که نمرات بالاتری از عوامل استرس‌زا یا تجربیات نامطلوب دوران کودکی داشتند، علائم افسردگی بیش‌تری را گزارش کردند (۱۶).

المور و کروچ^۴ (۲۰۲۰) در پژوهشی با تحلیل چندمتغیره بیان کردند تمام معیارهای تجربیات نامطلوب دوران کودکی با احتمال بسیار بالاتری از اضطراب و افسردگی مرتبط است. کودکانی که بیش‌تر در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی بودند، نسبت به کودکانی که کم‌تر تجربه نامطلوب دوران کودکی داشتند، شانس بیش‌تری برای اضطراب و افسردگی داشتند. ارزیابی پیامدهای اضطراب و افسردگی به طور جداگانه تأثیرات متفاوت مواجهه با تجربیات نامطلوب دوران کودکی را نشان داد زیرا ارتباط با افسردگی برای تقریباً همه دسته‌های تجربیات نامطلوب دوران کودکی قوی‌تر بود (۱۷).

⁵ Chowdhury

⁶ Lee, Kim, Nam & Jeong

⁷ Racine, Zumwalt, McDonald, Tough & Madigan

¹ Racine

² Kelifa, Yang, Carly, Bo & Wang

³ Herbert, He & Wang

⁴ Elmore & Crouch

شده است (۲۳). PHQ-9 در مطالعات حوزه سلامت ایران برای غربالگری افسردگی به کار رفته است.

پاسخ می‌دهد که نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه افسردگی و تجارب نامطلوب دوران کودکی به چه مقدار است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش زمینه‌یابی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه جوانان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بوده و با توجه به اینکه روش مطلقی برای تعیین حجم نمونه در الگویابی معادلات ساختاری وجود ندارد؛ اما می‌توان از قاعده کلاین (۲۰۱۰) برای تعیین حجم نمونه استفاده کرد. وی معتقد است در پژوهش‌های مدلسازی به ازای هر مسیر یا متغیر مشاهده‌پذیر موجود در مدل، می‌توان بین ۱۰ تا ۲۰ نفر نمونه در نظر گرفت (۲۱). از این رو با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، تعداد ۲۸۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه ذهن آگاهی (۲۰۰۶)

این پرسش‌نامه توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. دارای ۳۹ سوال و پنج خرده مقیاس (مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت در مورد تجارب دورنی و عدم واکنش به تجارب دورنی) است. به صورت طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه = ۵ نمره گذاری می‌شود. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت در مورد تجارب دورنی و عدم واکنش به تجارب دورنی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش شده است.

پرسش‌نامه تجارب نامطلوب دوران کودکی (۲۰۰۴)

این پرسش‌نامه دارای ۲۵ سوال بوده که توسط دوب و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است و دارای روایی و اعتبار داخلی نیز می‌باشد. ابزار مذکور دارای ۱۰ خرده‌مقیاس (سواستفاده عاطفی، آزار جسمی، سو استفاده جنسی، غفلت عاطفی، بی توجهی فیزیکی، خشونت خانگی، سو مصرف مواد، جدایی والدین، بیماری روانی والدین و جرم و جنایات والدین) است که به صورت طیف چهار درجه‌ای از اصلا = ۱ تا بسیار مکرر = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده تجربه نامطلوب بیشتر است. آلفای کرونباخ بین ۰/۴۶ تا ۰/۸۶ بدست آمده است. پایایی آن در این پژوهش ۰/۸۷ بدست آمد.

یافته‌های پژوهشی

پس از گردآوری پرسش‌نامه‌ها و حذف موارد ناقص، تعداد ۲۳۳ پاسخ وارد تحلیل شد (نرخ بازگشت پرسش‌نامه ۸۳/۲۱ درصد). بررسی داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد بیش‌ترین درصد افراد شرکت‌کننده (۲۱ درصد) ۳۵ سال و کم‌ترین درصد نیز (۲/۱ درصد) ۳۶ سال سن داشتند. در خصوص جنسیت، بیش‌ترین درصد افراد شرکت‌کننده (۵۸/۸ درصد) دختر بوده‌اند. همچنین، بررسی شاخص تحصیلات نشان داد بیش‌ترین درصد افراد شرکت‌کننده (۴۷/۲ درصد) تحصیلات کارشناسی و کم‌ترین درصد نیز (۳/۹ درصد) دکترا بودند.

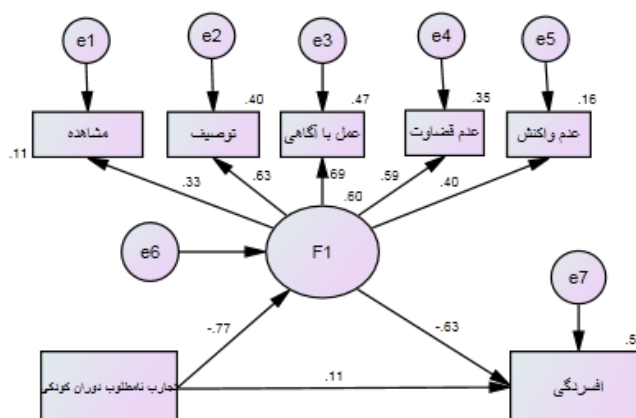
در ارتباط با متغیرهای پژوهش، میانگین نمره تجارب نامطلوب دوران کودکی $48/04 \pm 11/56$ ؛ برای ذهن آگاهی $15/47 \pm 13/96$ ؛ برای افسردگی $15/73 \pm 5/70$ بدست آمد و چولگی و کشیدگی همه متغیرها بین +۲ و -۲ قرار گرفته بود. مقدار چولگی متغیرها تقسیم بر خطای معیار آن‌ها شده است که در صورت برآورد بین $\pm 2/58$ ، شرط نرمال بودن متغیرها رعایت شده است.

در بخش استنباطی پژوهش نیز، ماتریس همبستگی نشان داد تجارب نامطلوب دوران کودکی با افسردگی رابطه مثبت و معنادار و تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی با ذهن آگاهی رابطه منفی و معنادار داشته است ($P < 0.01$).

برای بررسی رابطه غیرمستقیم تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی با میانجی‌گری ذهن آگاهی از روش مدل معادلات ساختاری و سپس از روش بوت استرپ استفاده شده و نتایج تحلیل مربوطه در ادامه ارائه شده است.

پرسش‌نامه افسردگی (۲۰۱۰)

این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی ۹ آیتی است که با هدف غربالگری، تشخیص، پایش و اندازه‌گیری شدت افسردگی تهیه شده است. پاسخ‌دهی به PHQ-9 روی یک مقیاس چهارنقطه‌ای (از صفر تا ۳) بوده و از فرد خواسته می‌شود به پرسش‌ها براساس وضعیت خود در دو هفته گذشته پاسخ دهد. دامنه نمرات از صفر تا ۲۷ است (۲۲) PHQ-9 در موقعیت‌های بالینی و گروه‌های سنی گوناگون مورد بررسی قرار گرفته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن به گونه‌ای مناسب مستند شده است (میشل و همکاران، ۲۰۱۶). این مقیاس افزون بر موقعیت‌ها و گروه‌های بالینی، در جمعیت عمومی و دانشجویی نیز اعتباریابی



شکل ۱- مدل پیشنهادی براساس مقادیر استاندارد

جدول ۱- شاخص‌های برازش مدل

| RMSEA | GFI | CFI | RFI | IFI | NFI | شاخص‌های مدل |
|-------|------|------|------|------|------|--------------|
| ۰/۰۷ | ۰/۹۴ | ۰/۹۲ | ۰/۸۳ | ۰/۹۲ | ۰/۹۰ | |

دارد افزون بر آن، شاخص‌های برازندگی (CFI, IFI, NFI) و GFI) مطلوب هستند (بیشتر از ۰/۹). بنابراین، مدل ارائه شده مورد تایید واقع می‌شود.

شاخص‌های برازش در جدول (۱) نشان دهنده تایید مدل پیشنهادی ارائه شده می‌باشند، چرا که مقدار ریشه میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کمتر از ۰/۰۸) قرار

جدول ۲- نتایج حاصل از روش بوت استرپ برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم

| نتیجه | معناداری | حد بالا | حد پایین | اندازه اثر | متغیر وابسته | متغیر میانجی | متغیر مستقل |
|------------|----------|---------|----------|------------|--------------|--------------|---------------|
| تایید مسیر | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۰ | -۰/۴۱ | -۰/۳۱ | افسردگی | مشاهده | تجارب نامطلوب |
| تایید مسیر | ۰/۰۰۱ | -۰/۳۵ | -۰/۵۴ | -۰/۴۵ | افسردگی | توصیف | تجارب نامطلوب |
| تایید مسیر | ۰/۰۰۰۱ | -۰/۴۴ | -۰/۶۰ | -۰/۵۳ | افسردگی | عمل با آگاهی | تجارب نامطلوب |
| تایید مسیر | ۰/۰۰۰۱ | -۰/۴۰ | -۰/۵۷ | -۰/۴۹ | افسردگی | عدم قضاوت | تجارب نامطلوب |
| تایید مسیر | ۰/۰۰۱ | -۰/۱۴ | -۰/۳۶ | -۰/۲۵ | افسردگی | عدم واکنش | تجارب نامطلوب |

غیرمستقیم مورد مطالعه است. با توجه به جدول مذکور، سطح معناداری در تمامی موارد کوچک‌تر از ۰/۰۱ بوده و فاصله اطمینان شامل صفر نمی‌باشد. بنابراین، فرض پژوهش پذیرفته می‌شود. بدین معنا که تجارب نامطلوب دوران کودکی بر افسردگی با نقش میانجی ذهن آگاهی (مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) تاثیرگذار است. از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان و خطای کمتر از ۵ درصد این فرضیه مورد تایید واقع می‌شود. گفتنی است که اندازه اثر بدست آمده افزون بر اندازه اثر مستقیم تجارب نامطلوب دوران کودکی بر افسردگی است.

همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد، بمنظور بررسی این فرضیه از روش بوت استرپ نیز استفاده شده است. در این روش چنانچه مقدار حد پایین و حد بالای بوت استرپ هر دو مثبت و یا هر دو منفی باشند و صفر مابین این دو حد قرار نگیرد، در آن صورت مسیر غیر مستقیم معنادار بوده و فرضیه پذیرفته خواهد شد. همچنین، اگر سطح معناداری کوچکتر از مقدار ۰/۰۵ باشد اثر غیرمستقیم پذیرفته می‌شود.

مبتنی بر این شاخص، معنی‌داری یا عدم معنی‌داری مسیر غیرمستقیم در جدول (۲) ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل بیانگر معناداری و تایید مسیر

جدول ۳- اندازه اثر مستقیم تجارب نامطلوب و افسردگی

| مسیر | اندازه اثر | خطای استاندارد | مقدار معناداری T | سطح معناداری | وضعیت |
|-------------------------|------------|----------------|------------------|--------------|------------|
| تجارب نامطلوب ← افسردگی | ۰/۵۹ | ۰/۰۲ | ۱۱/۲۲ | ۰/۰۰۰۱ | تایید مسیر |

مطابق آنچه در جدول (۳) مشاهده می‌شود تجارب نامطلوب دوران کودکی از نظر آماری دارای اثر معناداری بر افسردگی بوده است ($p < 0/01$). افزون بر این ضریب استاندارد (ضریب مسیر) بدست آمده برای تجارب نامطلوب دوران کودکی با افسردگی برابر با ۰/۵۹ در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ بوده است. در صورتی که مقدار عدد معناداری از ۱/۹۶ بیش‌تر باشد آنگاه، این عدد حاکی از وجود اثر معنادار است که همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود تمامی اعداد معناداری بالاتر از ۱/۹۶ بدست آمده است، بنابراین اثر بدست آمده معنادار بوده است. از این رو؛ با ۹۵ درصد اطمینان و خطای کم‌تر از ۵ درصد این فرضیه مورد تایید واقع می‌شود.

نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی (نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی) در بین جوانان شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد که در نهایت، پس از گردآوری پرسش‌نامه‌ها تعداد ۲۳۳ پاسخ وارد تحلیل شد (نرخ بازگشت ۸۳/۲۱ درصد). یافته‌ها نشان داد مدل پیشنهادی ارائه شده مورد تایید است، چرا که مقدار ریشه میانگین مجذور خطای برآورد (RMSEA) در حد مطلوب (کم‌تر از ۰/۰۸) قرار داشتند. افزون بر آن، شاخص‌های برازندگی مطلوب بودند (بیش‌تر از ۰/۹). بنابراین، مدل ارائه شده مورد تایید واقع شد. تجارب نامطلوب دوران کودکی بر افسردگی با نقش میانجی ذهن‌آگاهی (مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) تاثیرگذار بوده، از این رو، با ۹۵ درصد اطمینان و خطای کم‌تر از ۵ درصد این فرضیه مورد تایید واقع می‌شود که بین تجارب نامطلوب دوران کودکی و افسردگی با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی رابطه معنادار برقرار است.

در تبیین این نتیجه می‌توان چنین گفت که رویدادهای آسیب‌زا در دوران زندگی بویژه در اوایل زندگی می‌توانند پیامدهای عمیقی بر سلامت و رفاه در طول زندگی فرد داشته باشند (۱۷). پژوهش‌ها همچنین، نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی می‌تواند عواطف و خود تنظیمی را بهبود بخشد به گونه‌ای که افراد می‌توانند توانایی بیش‌تری در تشخیص، مدیریت و حل هیجانات و مشکلات زندگی و همچنین، تصمیم‌گیری‌های مفید داشته باشند و تجربه‌های منفی مانند افسردگی را کم‌تر تجربه کنند.

نظریه تروما بیان می‌کند که تجارب آسیب‌زا، از جمله آن دسته از رویدادهایی که تجارب نامطلوب دوران کودکی را پوشش می‌دهند، می‌توانند از طریق ایجاد سه دسته علائم (برانگیختگی بیش از حد، انقباض و نفوذ) بهزیستی روانی افراد را مختل کنند. برانگیختگی بیش از حد، زمانی رخ می‌دهد که سیستم عصبی سمپاتیک فرد توسط یک حافظه آسیب‌زا فعال شود. مزمن بودن بیش از حد برانگیختگی حالتی طولانی مدت از هوشیاری محافظت از خود را بازتولید می‌کند که سرکوب یا تنظیم آن دشوار است. افراد آسیب دیده، علائم دیگری نظیر انقباض را تجربه می‌کنند، که در آن ممکن است از نظر فیزیولوژیکی، فرد واکنش عاطفی و شناختی نسبت به محرک‌ها نشان ندهند. در حالی که انقباض می‌تواند از نظر عملکردی به افراد کمک کند تا از پاسخ‌های دردناک مربوط به تروما اجتناب کنند. در نتیجه، تجربیات آسیب‌زا بر قربانیان غلبه می‌کند، طرحواره‌های درونی آن‌ها را در مورد ایمنی و اعتماد مختل می‌کند و کنترل، ارتباط و معنای زندگی را از آن‌ها سلب می‌کند. بر این اساس، افراد آسیب دیده نسبت به تهدیدات احتمالی خطر بسیار حساس هستند و احساس می‌کنند که خطر ممکن است در هر زمانی رخ دهد. افزون بر این، احتمالاً از موقعیت‌های کنونی جدا می‌شوند، توانایی درگیر شدن در ذهن‌آگاهی را مختل می‌کنند و تجربیات منفی روانشناختی از جمله افسردگی را تجربه می‌کنند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، تجارب نامطلوب دوران کودکی از نظر آماری دارای اثر معناداری بر افسردگی بوده است ($p < 0/01$). افزون بر این ضریب استاندارد بدست آمده برای تجارب نامطلوب دوران کودکی با افسردگی برابر با ۰/۵۹ در سطح معناداری ۰/۰۰۰۱ بوده است. نتایج این پژوهش با پژوهش پورنقاش تهرانی و امینی تهرانی (۱۳۹۸) (۱۲)، راسین و همکاران (۲۰۲۱) (۱۳)، کلیفا و همکاران (۲۰۲۱) (۱۴)، کلیفا و همکاران (۲۰۲۰) (۱۵)، المور و کروج (۲۰۲۰) (۱۶)، المور و همکاران (۲۰۲۰) (۱۷)، لی و همکاران (۲۰۲۰) (۱۸) و راسین و همکاران (۲۰۲۰) (۱۹) همسو و همراستا است.

از دیدگاه پورنقاش تهرانی و امینی تهرانی (۱۳۹۸) تجربه‌هایی همچون سوءرفتار عاطفی، فقدان عشق والدین، غفلت، خشونت جسمی خانگی، طلاق/جدایی، قربانی همسالان شدن و سوءاستفاده جنسی جسمانی و غیرجسمانی که در دوره کودکی تجربه شده بودند، اثرات منفی بر دختران داشته است. بنابراین

نامطلوب خانوادگی رخ داده در دوران کودکی باشد. تجارب نامطلوب دوران کودکی با اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی مرتبط است (۱۸).

دوران کودکی یکی از مهم‌ترین بخش‌ها در زندگی همه ما بوده که اگر دچار مشکل شود آسیب‌زا خواهد بود. نکته‌ای که در خور توجه است این است که باید در این دوره فرزندان را مدیریت کرد. هر شخصی در طول زندگی دچار ناملایمات گوناگونی می‌شود. حال فرض کنید این شخص فشارهای از دوران کودکی هم داشته باشد. طبیعتاً برای حل مشکلات خود در آینده ضربه خواهد خورد. تجربیات دوران کودکی اگر با بدی همراه باشند می‌توانند آینده کودک را دچار مشکلاتی کنند. یکی از این مشکلات اختلالات روانی هستند. مسائل گذشته می‌تواند تأثیر قابل توجهی در بزرگسالی داشته باشد و می‌تواند منجر به مشکلات گوناگون جسمی و روحی شوند، در نتیجه احتمال بروز عوارضی مانند افسردگی و اضطراب بیش‌تر گردد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهشگران در طول تمام مراحل پژوهش، موازین اخلاقی و جلب رضایت و تمایل آزمودنی‌ها را برای شرکت در پژوهش رعایت کردند.

حامی مالی

حامی مالی نداشت.

مشارکت نویسندگان

نویسنده و مجری پژوهش نویسنده اول مقاله (دانشجو) و استاد راهنمای پایان‌نامه بودند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.

References

- 1- McLennan JD, MacMillan HL, Afifi TO. Questioning the use of adverse childhood experiences (ACEs) questionnaires. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104331.2020.
- 2 - Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, Loo CM, Giles WH. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse,

توصیه می‌شود تعیین‌گرهای اجتماعی-محیطی ایجادکننده تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی و تداوم تبعات آن‌ها مورد بررسی واقع شود (۱۲). فراتحلیل‌های انجام شده نیز حاکی از آن بود که تجارب نامطلوب دوران کودکی و دوران بارداری و پس از زایمان با علائم افسردگی و اضطراب قبل از تولد اثرگذار است (۱۳). بررسی‌ها حاکی از آن است که تجارب نامطلوب دوران کودکی با تاب‌آوری، افسردگی و بهزیستی ذهنی همبستگی نشان داده است به گونه‌ای که تاب‌آوری و افسردگی قادر به واسطه‌گری رابطه بین بهزیستی ذهنی و تجارب نامطلوب دوران کودکی بوده‌اند. بنابراین نیاز است مداخلات هدفمند به منظور افزایش تاب‌آوری و جلوگیری از افسردگی طراحی شود (۱۴) چرا که تجارب نامطلوب دوران کودکی هم اثرات مستقیم (توسط تاب‌آوری روانی) و هم اثرات غیرمستقیم (توسط عوامل استرس‌زا) بر افسردگی داشته‌اند. افراد دارای سطوح بالای تاب‌آوری، علائم افسردگی و تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی کم‌تری را گزارش کردند و افرادی که نمرات بالاتری از عوامل استرس‌زا یا تجربیات نامطلوب دوران کودکی داشتند، علائم افسردگی بیش‌تری را گزارش کردند (۱۵). پژوهش‌ها هم‌چنین، حاکی از آن است که تمام معیارهای تجارب نامطلوب دوران کودکی با احتمال بسیار بالایی با اضطراب و افسردگی مرتبط است و ارزیابی پیامدهای اضطراب و افسردگی به گونه جداگانه تأثیرات متفاوت مواجهه با تجارب نامطلوب دوران کودکی را نشان داده است (۱۶) به گونه‌ای که کودکانی که در معرض تجربه نامطلوب دوران کودکی قرار گرفتند و تاب‌آوری از خود نشان ندادند، در مقایسه با کودکانی که تجربه‌های نامطلوب کم‌تری در دوران کودکی داشتند و تا حدودی از تاب‌آوری برخوردار بودند، شانس بیش‌تری برای افسردگی داشتند (۱۷).

در تبیین یافته‌ها می‌توان چنین گفت که طبق پژوهش‌های لی و همکاران (۲۰۱۶) احتمال ابتلا به افسردگی در افراد با سابقه ناملایمات دوران کودکی دو برابر بیش‌تر از افرادی است که در بزرگسالی به افسردگی مبتلا شده‌اند و مشکلات دوران کودکی را تجربه نکرده بود. تجارب نامطلوب دوران کودکی تجارب آسیب‌زا هستند که ممکن است شامل سوءاستفاده جنسی، جسمی یا عاطفی یا سهل‌انگاری عاطفی و فیزیکی و هم‌چنین، شرایط neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 2004, 28(7), 771-784.

3 - Sheffler JL, Stanley I, Sachs-Ericsson N. ACEs and mental health outcomes. In

- Adverse childhood experiences (pp. 47-69). Academic Press. 2020.
- 4 - Bethell C, Gombojav N, Solloway M, Wissow L. Adverse childhood experiences, resilience and mindfulness-based approaches: Common denominator issues for children with emotional, mental, or behavioral problems. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2016, 25(2), 139–156.
- 5 - Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessivecompulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 2018, 225, 326–336.
- 6 - Brett EI, Espeleta HC, Lopez SV, Leavens EL, Leffingwell TR. Mindfulness as a mediator of the association between adverse childhood experiences and alcohol use and consequences. *Addictive Behaviors*, 2018, 84, 92–98.
- 7 - Sachs-Ericsson NJ, Sheffler JL, Stanley IH, Piazza JR, Preacher KJ. When emotional pain becomes physical: Adverse childhood experiences, pain, and the role of mood and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 2017, 73(10), 1403–1428.
- 8 - Whitaker RC, Dearth-Wesley T, Gooze RA, Becker BD, Gallagher KC, McEwen BS. Adverse childhood experiences, dispositional mindfulness, and adult health. *Preventative Medicine*, 2014, 67, 147–153.
- 9 - Cloitre M, Khan C, Mackintosh M, Garvert DW, Henn-Haase CM, Falvey EC, Saito J. Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019, 11(1), 82–89.
- 10 - Kircaburun K, Griffiths MD, Billieux J. Trait emotional intelligence and problematic online behaviors among adolescents: The mediating role of mindfulness, rumination, and depression. *Personality and Individual Differences*, 2019, 139, 208–213.
- 11 - Maloney, J. E., Lawlor, M. S., Schonert-Reichl, K. A., & Whitehead, J. (2016). A mindfulness-based social and emotional learning curriculum for school-aged children: The MindUP program. *Handbook of Mindfulness in Education*, 20, 313–334.
- 12 - Tehrani porn artist, Seyyed Saeed; Amini Tehrani, Mohammad Ali (2019). The effect of adverse experiences in childhood relationships on students' mental health. *Education, health and health promotion in Iran*. 7 (2). 231-244.
- 13 - Racine N, Devereaux C, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 2021, 21(1), 1-10.
- 14 - Kelifa MO, Yang Y, Carly H, Bo W, Wang P. How adverse childhood experiences relate to subjective wellbeing in college students: The role of resilience and depression. *Journal of Happiness Studies*, 2021, 22(5), 2103-2123.
- 15 - Kelifa MO, Yang Y, Herbert C, He Q, Wang P. Psychological resilience and current stressful events as potential mediators between adverse childhood experiences and depression among college students in Eritrea. *Child Abuse & Neglect*, 2020, 106, 104480.
- 16 - Elmore AL, Crouch E. The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Academic pediatrics*, 2020, 20(5), 600-608.
- 17 - Elmore AL, Crouch E, Chowdhury MAK. The Interaction of Adverse Childhood Experiences and Resiliency on the Outcome of Depression Among

Children and Youth, 8-17 year olds. *Child abuse & neglect*, 107, 104616. 2020.

18 - Lee HY, Kim I, Nam S, Jeong J. Adverse childhood experiences and the associations with depression and anxiety in adolescents. *Children and youth services review*, 2020, 111, 104850.

19 - Racine N, Zumwalt K, McDonald S, Tough S, Madigan S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of affective disorders*, 2020, 263, 576-581.

20 - Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2010, 32(4):345-59.

21 - Heydari S, Barzegar M, Azadyekta M. Preliminary Survey of Factor Structure

of Persian Version of Covid-19 Stress Scale Among Students. *Journal of Developmental Psychology, Iranian Psychologists*, 2021, 18(69), 51-61. [in Persian]

22 - Keum BT, Miller MJ, Inkelas KK. Testing the factor structure and measurement invariance of the PHQ-9 across racially diverse U.S. college students. *Psychological Assessment*. 2018, 30(8):1096-106.

23 - Li M, D'arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 2016, 46(4), 717-730.