



The Impact of Adverse Experiences in Childhood Relationships on the Mental Health of University Students

Seyed Said Pournaghash-Tehrani¹, Mohammadali Amini-Tehrani²

1. PostDoc, Psychopharmacology, Dept. of Psychology, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran
2. MSc, Clinical Psychology, Dept. of Psychology, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2018/08/12

Accepted: 2019/03/09

Available Online: 2019/06/20

IJHEHP 2019; 7(2):231-244

DOI: 10.30699/ijhehp.7.2.231

Corresponding Author:

Seyed Said Pournaghash-Tehrani

PostDoc,

Psychopharmacology, Dept. of Psychology, School of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

Email:

spnaghash@ut.ac.ir

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Background and Objective: The aim of this study was to evaluate the rate of adverse experiences in childhood experiences (relational ACEs) in family and school settings, among university students, and investigate how they affect the students' negative health outcomes including depression, anxiety, suicidal attitude, lifetime serious suicidal thought (LSST).

Methods: In this study, 524 students aged 18-28 years were selected via multi-level sampling, from disciplines of humanities, engineering, and basic sciences at University of Tehran. Ethical considerations were approved by Ethical Committee of University of Tehran. HADS (≥ 8) for depression and anxiety, a researcher-made questionnaire for relational ACEs, and two single-questions for suicidal attitude and LSST, were employed. Analyzes were conducted using Exact Fisher's test and binary logistic regression (univariate and multiple).

Results: 487 participants (59.2% females) with mean age of 20.66 ± 1.42 were analyzed. Depression with 43.6% and anxiety with 69.6% were reported. Suicidal attitude with 39.8% and LSST with 37.9% were reported, both of which were significantly higher among females. Affected outcomes mainly included anxiety and suicide variables. Major influential relational ACEs included emotional abuse (mostly on anxiety, odds=2.21, 95%CI=1.40-3.35), lack of love (mostly on anxiety, odds=2.01, 95%CI=1.22-3.31), neglect (mostly on anxiety, odds=1.93, 95%CI=1.19-3.14; and LSST, odds=1.93, 95%CI=1.24-2.94), divorce/separation (mostly on suicidal attitude, odds=2.23, 95%CI=1.04-4.79), peer victimization (mostly on anxiety, odds=1.60, 95%CI=0.95-2.69, $P < 0.10$), and physical (mostly on suicidal attitude, odds=1.78, 95%CI=1.07-2.97) and non-physical (mostly on anxiety, odds=2.61, 95%CI=1.39-4.88) sexual abuse. Female gender contributed to the increased impact of relational ACEs on the outcomes.

Conclusion: Findings emphasized a need for longitudinal and epidemiological studies in the country. Further investigation on social-environmental determinants contributing to development of ACEs and maintaining the consequences are recommended.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Anxiety, Child maltreatment, Depression, Suicide

Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

How to cite this article:

Pournaghash-Tehrani S S, Amini-Tehrani M. The Impact of Adverse Experiences in Childhood Relationships on the Mental Health of University Students. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7 (2) :231-244

Pournaghash-Tehrani, S.S., Amini-Tehrani, M.(2019). The Impact of Adverse Experiences in Childhood Relationships on the Mental Health of University Students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7 (2), 231-244



تأثیر تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی بر سلامت روانی دانشجویان

سیدسعید پورنقاش تهرانی^۱، محمدعلی امینی تهرانی^۲

۱. پسادکترای سایکوفارماکولوژی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی، در خانواده و مدرسه، بر دانشجویان و تأثیر آنها بر پیامدهای منفی سلامتی‌شان (افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی و فکر جدی خودکشی در طول عمر) است.

مواد و روش‌ها: ۵۲۴ دانشجوی کارشناسی ۱۸ تا ۲۸ ساله با روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از گروه‌های آموزشی علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه در دانشگاه تهران شرکت کردند. ملاحظات اخلاقی توسط کمیته اخلاق دانشگاه تهران تأیید شد. از HADS برای افسردگی و اضطراب (≥ 8)، یک پرسشنامه محقق‌ساخته برای تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی و دو تک‌سؤال برای نگرش خودکشی و فکر خودکشی استفاده شد. تجزیه و تحلیل‌ها با Fisher's exact و رگرسیون لجستیک دوجویی (تک‌متغیره و چندگانه) انجام گرفت.

یافته‌ها: ۴۸۷ شرکت‌کننده (۵۹/۲ درصد دختر) با میانگین سنی 20.66 ± 1.42 تحلیل شدند. ۴۳/۶ درصد افسردگی، ۶۹/۶ درصد اضطراب، ۳۹/۸ درصد نگرش خودکشی و ۳۷/۹ درصد فکر خودکشی را گزارش دادند که به‌طور معنی‌داری در دختران بیشتر بود. عمده‌ترین تأثیرها بر اضطراب و متغیرهای خودکشی بود. مهم‌ترین تجربه‌های تأثیرگذار شامل سوءرفتار عاطفی (بیشتر روی اضطراب، $2/21$ برابر؛ $CI=1/40-3/35$ ؛ 95% فقدان عشق والدین (بیشتر روی اضطراب، $2/01$ برابر؛ $CI=1/22-3/31$ ؛ 95%)، غفلت (بیشتر روی اضطراب، $1/93$ برابر؛ $CI=1/19-3/14$ ؛ 95%) و فکر خودکشی، $1/93$ برابر؛ $CI=1/28-2/91$ ؛ 95%)، خشونت جسمی خانگی (بیشتر روی فکر خودکشی، $1/91$ برابر؛ $CI=1/24-2/94$ ؛ 95%)، طلاق/ جدایی (بیشتر روی نگرش خودکشی، $2/23$ برابر؛ $CI=1/04-4/79$ ؛ 95%)، قربانی‌همسالان شدن (بیشتر روی اضطراب، $1/60$ برابر؛ $CI=0/95-2/69$ ؛ 95%)؛ $P < 0/1$) و سوءاستفاده جنسی جسمانی (بیشتر روی نگرش خودکشی، $1/78$ برابر؛ $CI=1/07-2/97$ ؛ 95%) و غیرجسمانی (بیشتر روی اضطراب، $2/61$ برابر؛ $CI=1/39-4/88$ ؛ 95%) بود. جنسیت دختر تأثیر این تجربه‌های ناگوار را بر پیامدها افزایش نسبی می‌داد.

نتیجه‌گیری: پژوهش‌های طولی و شیوع‌شناختی در کشور لازم است. به پژوهشگران توصیه می‌شود تعیین‌گرهای اجتماعی - محیطی ایجادکننده تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی و تداوم تبعات آنها را بررسی کنند.

واژه‌های کلیدی: تجربه‌های ناگوار کودکی، سوءرفتار با کودک، افسردگی، اضطراب، خودکشی

کپی‌رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۳

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۳۰

IJHEHP 2019; 7(2):231-244

نویسنده مسئول:

سیدسعید پورنقاش تهرانی
پسادکترای سایکوفارماکولوژی،
گروه روان‌شناسی، دانشکده
روان‌شناسی و علوم تربیتی،
دانشگاه تهران، تهران، ایران

پست الکترونیک:

spnaghash@ut.ac.ir

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با
موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

زودهنگام بدون رضایت و خشونت همسالان (۲). با توجه به شیوع موارد سوءرفتار بار اقتصادی ناشی از آن سالانه معادل ۱۲۴ میلیارد دلار در ایالات متحد آمریکا برآورد شده است (۳).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که ناگواری‌های دوران کودکی بر انواع متغیرهای سلامت تأثیر می‌گذارد. برای مثال کسانی که تجربه سوءاستفاده هیجانی داشته‌اند در بزرگسالی میزان بالایی نگرش منفی به محیط و خشونت جسمانی دارند

اصطلاح تجربه‌های ناگوار کودکی (Adverse Childhood Experiences) را در سال ۱۹۹۸ مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) ایالات متحد آمریکا مطرح کرد (۱). این تجربه‌های ناگوار سوءرفتار و سوءاستفاده‌ها یا زندگی در محیط آسیب‌زا برای رشد و تحول کودک است. ازجمله: سوءرفتار جسمانی، هیجانی یا غفلت توسط مراقبان اصلی، اعتیاد یا بیماری مزمن مراقبان، خشونت‌های شهری، ازدواج

مدرسه (قربانی همسالان شدن، سوءرفتار اولیای مدرسه) و رویدادهای جنسی (سوءاستفاده غیرجسمانی و جسمانی)، را در روابط دوران کودکی (Relational Adverse Childhood Experiences) و تأثیر احتمالی آنها را بر پیامدهای منفی سلامت، شامل: افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی، و فکر جدی خودکشی در طول عمر (lifetime serious suicidal thought)، ارزیابی کند. در نهایت اثر جنسیت در ارتباط با تأثیر تجربه‌های رابطه‌ای ناگوار در دوران کودکی بر پیامدهای منفی سلامت در دوران دانشجویی بررسی شد.

مواد و روش‌ها

طرح تحقیق و نمونه‌گیری

این پژوهش با طرح مقطعی گذشته‌نگر در اردیبهشت ۱۳۹۷ بین ۵۲۴ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران اجرا و نمونه‌گیری آن به صورت چندمرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا سه گروه آموزشی علوم انسانی (۵ دانشکده ادبیات و معارف اسلامی، اقتصاد، مدیریت، روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم سیاسی، ۲۵۴ نفر)، فنی مهندسی (ترکیب رشته‌های فنی در پردیس مرکزی، ۱۲۴ نفر) و علوم پایه (۲ دانشکده زمین‌شناسی و شیمی، ۱۰۹ نفر) به عنوان خوشه تعیین و سپس دانشکده‌ها به طور تصادفی منظم شده و دانشکده‌هایی که از طرف معاونت آموزشی، اجرای پژوهش را تأیید کردند، وارد پژوهش شدند. بر مبنای سهمیه تعداد دانشجو نمونه‌گیری در دانشکده‌ها و کلاس‌های درس به طوری تعیین شد که نسبت طبقات گروه آموزشی (علوم انسانی ۵۱/۶٪، علوم پایه ۲۳٪، و فنی مهندسی ۲۵٪) و جنسیتی (۶۰٪ دختران، مطابق سهمیت جنسیتی دوره کارشناسی) در نمونه‌گیری لحاظ شود. در نتیجه با تدبیر خوشه‌ای و طبقه‌ای کردن نمونه‌گیری سعی شد تا نمونه‌ای معرف به دست آید. معیارهای ورود شامل: سن (۱۸ تا ۲۹ سال)، دانشجوی بودن (کارشناسی) و توافق آگاهانه برای اجرای پرسشنامه‌ها بود. دانشجویان بین‌الملل از پژوهش خارج شدند. ملاحظات اخلاقی این پژوهش توسط کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه تهران تأیید شد (IR.U.T.PSYEDU.REC.1397.002).

ابزارها

تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی (روابط ناگوار کودکی): با استناد به رده‌بندی مرکز پیشگیری و کنترل امراض (CDC) (۱)، سازمان بهداشت جهانی (WHO) (۲) و با استفاده از پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ) (۱۹) و سیاهه تجربیات آسیب‌زا (TEC) (۲۰)، ۱۲ سؤال برای سنجش تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی تدوین شد که در ادامه با اصطلاح کوتاه روابط ناگوار کودکی به آن اشاره می‌شود. این ۱۲ سؤال چهار حوزه سوءرفتار مراقبان (سوءرفتار جسمانی، سوءرفتار عاطفی، فقدان عشق، غفلت)، کژکاری رابطه‌ای خانوار (خشونت کلامی و جسمانی همسران، طلاق/ جدایی)، فقدان اعضای خانواده (والدین، همشیران)، رویدادهای مدرسه (آزار همسالان، سوءرفتارهای اولیای

و افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند بیشتر تجربیاتی مانند فاصله عاطفی، بازخورد منفی از محیط، طرد و تحقیر شدن را گزارش کرده‌اند (۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه چنین ناگواری‌هایی روی کارکردهای اجرایی (Executive Functions) افراد تأثیر نامطلوبی می‌گذارد (۵). پژوهش‌های پیشین به نقش تجربه‌های ناگوار کودکی بر افسردگی بزرگسالی نیز اشاره کرده‌اند (۶). در ایران نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همه انواع تجربه‌های ناگوار در دوران نوجوانی بر متغیرهای سلامت در همان دوران تأثیر می‌گذارد (۷، ۸). همچنین برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که تجربه‌های ناگوار کودکی به خصوص از نوع رابطه‌ای (مانند سوءاستفاده جسمانی و هیجانی) در اقدام به خشونت خانگی در بزرگسالی نقش دارد (۹).

با همه این توصیفات نقش این تجربه‌های ناگوار هنوز به میزان زیادی در ایران بررسی نشده است. به ویژه پژوهش‌های پیشین کمتر به مطالعه تجربه‌های ناگواری پرداخته‌اند که در بطن روابط بین فردی رخ می‌دهد (مانند سوءاستفاده‌های جسمانی، هیجانی و جنسی). به خصوص تأثیر این تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی بر مسائل سلامت روان در اوایل بزرگسالی در دانشجویان کمتر مدنظر قرار گرفته است. در حقیقت از آنجایی که مسائل سلامت روان دانشجویان یکی از دغدغه‌های مهم پژوهش‌های بین‌المللی (۱۱، ۱۰) و داخلی (۱۲) است. پژوهش روی میزان و تبعات تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی بر سلامت دانشجویان نقش مهمی در پیشبرد پژوهش‌ها و اهداف درمانی مرتبط با این قشر دارد. از میان مهم‌ترین دغدغه‌های سلامت روان در دانشجویان نشانه‌های افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی است که در پژوهش‌های متعدد همواره دغدغه بوده است (۱۵-۱۲). به خصوص این که برخی از تبعات مهم چنین مسائلی تأثیر منفی افسردگی و فکر خودکشی در طول عمر بر عملکرد تحصیلی دانشجویان است (۱۶، ۱۷).

بر این اساس پاسخ به این پرسش اهمیت دارد که تجربه‌های ناگوار قبلی دانشجویان، به ویژه آن مواردی که در بافت روابط انسانی بروز می‌کنند، چه تأثیری بر پیامدهای منفی سلامت آنها (مانند: افسردگی، اضطراب و رفتارهای مرتبط با خودکشی) دارد. پیش‌بینی می‌شود در صورتی که بافت حمایت‌گر خانواده، مدرسه یا جامعه محلی بدل به محیطی برای تجربه استرس و فشار شود سهم بسزایی در از دست دادن منابع تاب‌آوری فرد خواهد داشت (۱۸). در مجموع مطالعه هر یک از تجربه‌هایی که ذیل مفهوم سوءرفتار طبقه‌بندی می‌شود، در کنار کمک به رفع آسیب‌های برجامانده از درگیری با تجربه‌ها و محیط‌های ناسالم رابطه‌ای، بستر پیشگیری اولیه (ممانعت از وقوع) و ثانویه (مداخله در زمان وقوع) را نیز ممکن می‌کند. پس بدین رو این پژوهش درصدد بود تا میزان تجربه‌های ناگوار، شامل: سوءرفتارهای والدین (سوءرفتار جسمانی، سوءرفتار عاطفی، فقدان عشق از سوی والدین، غفلت)، کژکاری رابطه‌ای در خانواده (خشونت کلامی و جسمانی بین والدین، طلاق/ جدایی)، رویدادهای

برمی‌انگیزاند (مانند ناگواری‌های دوران کودکی و خودکشی) تأثیر می‌گذارد و باعث سوگیری در نتایج پژوهش می‌شود (۲۵). از این رو در این پژوهش با استفاده از مقیاس SDS معروف به مقیاس مطلوبیت اجتماعی Marlowe-Crowne (۲۶) میزان مطلوبیت اجتماعی سنجش شد تا اثر سوگیری مطلوبیت اجتماعی به‌عنوان متغیر کنترل مدنظر قرار گیرد. مقیاس اصلی ۳۳ سؤال با پاسخ درست/ نادرست دارد. در پژوهشی Mahmoudian و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مطلوبیت اجتماعی با استفاده از مقیاس SDS بر خودگزارشی افراد از ویژگی‌های شخصیتی تأثیر می‌گذارد (۲۷). در پژوهش حاضر به‌منظور در نظر گرفتن نقش سوگیری مطلوبیت اجتماعی در خودگزارشی از چهار سؤال منفی، شامل: هرگز به‌شدت از کسی متنفر نشده‌ام، صرف نظر از این که با چه کسی صحبت می‌کنم همیشه به حرف طرف مقابلم خوب گوش می‌دهم، هرگاه اشتباهی می‌کنم همیشه مشتاقانه به آن اعتراف می‌کنم، هرگز آگاهانه چیزی نگفته‌ام که باعث رنج فرد دیگری شوم، با پاسخ‌های درست/ غلط استفاده شد. در یک متغیر دوجوهی افرادی که به هر چهار سؤال پاسخ درست دادند به‌عنوان داشتن سوگیری مطلوبیت اجتماعی در نظر گرفته شدند. این متغیر به‌عنوان یک متغیر هم‌پراش (کنترل) در تجزیه و تحلیل‌ها استفاده شد.

روش اجرا

پس از تأیید واحد آموزشی مربوطه پرسشگران در انتهای ساعت کلاس‌های درس وارد شدند و توضیحی استاندارد درباره اهداف پژوهش، روند اجرا و حقوق شرکت‌کنندگان ارائه دادند. به شرکت‌کنندگان اعلام شد که هدف این پژوهش بررسی تجربه‌های زندگی دانشجویان است که چطور بر وضعیت سلامتی‌شان، مانند افسردگی، تأثیر می‌گذارد و این که این پژوهش در راستای موضوع مهم پیشگیری از خودکشی در دانشجویان اجرا می‌شود. در ادامه چهار گام برای حفظ رازداری اطلاعات تشریح شد که شامل این موارد بود: بی‌نیازی به درج نام و مشخصات، بی‌نیازی به درج دانشکده (فقط گروه آموزشی)، استفاده از پاکت چسب‌دار برای حفظ رازداری طی جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و این که پرسشنامه‌های آنها توسط متخصصین مشاور و روان‌شناس باز شده و مطابق استانداردهای پژوهشی با آن برخورد خواهد شد. دانشجویان تشویق شدند در صورت احساس نیاز از خدمات مرکز مشاوره دانشگاه تهران، که از حامیان این طرح پژوهشی بود، استفاده کنند. در پایان یک بسته هدیه دانشجویی و ترویجی سلامت روان از طرف مرکز مشاوره دانشگاه تهران به شرکت‌کنندگان در پژوهش اهدا شد.

روش تجزیه و تحلیل

متغیرهای روابط ناگوار کودکی و پیامدهای منفی سلامت به‌صورت متغیرهای مصنوعی تعریف شدند. برای هر تجربه کودکی یک پاسخ بله برابر با نمره ۱ در یک متغیر دوجوهی تعریف شد. در متغیر دوجوهی نگرش خودکشی برای پاسخ‌های نظری ندارم، گاهی/ کاملاً پذیرفتنی است نمره ۱

مدرسه) و سوءاستفاده جنسی (غیرجسمانی و جسمانی) را به‌صورت بله/ خیر از فرد می‌پرسد. پاسخ بله نشان می‌دهد که فرد هر یک از روابط را پیش از پایان ۱۷ سالگی تجربه کرده است. پایایی این پرسشنامه در نمونه حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به‌دست آمد که همسانی درونی مطلوبی را نشان می‌دهد.

افسردگی و اضطراب: به‌منظور سنجش افسردگی و اضطراب از پرسشنامه HADS استفاده شد (۲۱). این مقیاس ۱۴ سؤال دارد که سهم هر زیرمقیاس هفت سؤال است و نمره‌گذاری آن روی طیف صفر تا ۳ نمره‌ای است. به‌طوری که نمره بالاتر میزان افسردگی و اضطراب بیشتری را نشان می‌دهد (محدوده ممکن برای هر زیرمقیاس صفر تا ۲۱ است). نمره صفر تا ۷ افسردگی و اضطراب عادی، ۸ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید را نشان می‌دهد. این پرسشنامه پیشتر در ایران هنجاریابی، پایایی و روایی ملاک آن تأیید شده است (۲۲). در پژوهش ما همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۸۹ و برای اضطراب ۰/۸۴ به دست آمد. مروری نظام‌مند بر پژوهش‌های هنجاریابی این ابزار مشخص کرد که نمرات ۸ به بالا برای افسردگی و اضطراب حساسیت و ویژگی یکسانی (۰/۸) را با پرسشنامه GHQ دارد (۲۳).

نگرش خودکشی: به‌منظور پرسش نگرش به خودکشی از یک سؤال محقق‌ساخته با الگوی سؤالات حساس (۲۴) استفاده شد تا سوگیری کاهش یابد. این سؤال از فرد می‌پرسید: برخی استدلال می‌کنند خودکشی برای پایان یافتن دردها و رنج‌های یک فرد کار درستی است. به‌طور کلی به نظر شما خودکشی...؟ شرکت‌کنندگان روی طیف لیکرت ۵ تایی، شامل: کاملاً پذیرفتنی نیست، عمدتاً پذیرفتنی نیست، نظری ندارم، گاهی پذیرفتنی است، کاملاً پذیرفتنی است، پاسخ خود را درج کردند. در متغیری دوجوهی افرادی که پاسخ‌های پذیرفتنی نبودن را ارائه دادند نگرش منفی (کد ۱) و افرادی که پاسخ‌های نظری ندارم یا پذیرفتنی بودن را گزارش دادند نگرش مثبت (کد صفر) داشتند.

فکر جدی خودکشی در طول عمر (فکر خودکشی): یک سؤال به‌صورت: آیا هیچ‌وقت، در طول زندگی، فکر جدی برای کشتن خود داشته‌اید؟ برای تعیین میزان فکر جدی خودکشی در طول عمر اختصاص یافت و در انتهای پرسشنامه HADS روی یک طیف چهارگانه، شامل: هیچ‌وقت (نمره صفر)، فقط یک بار (نمره ۱)، چند بار به‌ندرت (نمره ۲) و دفعات متعدد (نمره ۳)، پرسیده شد. در یک متغیر دوجوهی به افرادی که حداقل نمره ۱ داشتند کد ۱ (با فکر جدی خودکشی در طول عمر) و به افرادی که نمره صفر گرفتند کد صفر (بدون فکر خودکشی در طول عمر) اختصاص یافت. به این مفهوم در ادامه مقاله با بیان کوتاه فکر خودکشی اشاره می‌شود.

سوگیری مطلوبیت اجتماعی: از آنجایی که پژوهش‌های علوم اجتماعی از خودگزارشی فرد استفاده می‌کند مطلوبیت اجتماعی بر پاسخ‌گویی به سؤالاتی که قضاوت اجتماعی را

متغیر مستقل در آزمون تک‌متغیره وارد شد تا نقش تعاملی جنسیت (مرد=صفر، زن=۱) بر پیامدهای منفی سلامت مجزا ارزیابی شود. داده‌های مفقوده به روش pairwise deletion مدیریت شد. سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۵ تعیین و یافته‌ها در هر دو سطح اطمینان (CI) ۹۵٪ و ۹۰٪ ($P < ۰/۱۰$) گزارش شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

پس از ارزیابی داده‌ها ۳۷ پرسشنامه به دلیل رعایت‌نکردن شرط ورود و کامل‌نبودنشان از پژوهش خارج و به ورود داده‌های ۴۸۷ نفر با نرخ پاسخ ۹۲/۹ درصد منجر شد. میانگین سن نمونه $20/66 \pm 1/42$ در بازه ۱۹ تا ۲۸ سال بود. مطابق با سهمیه جنسیتی دوره کارشناسی ۵۹/۲ درصد از اعضای نمونه دختران بودند. همچنین ۵۲/۲ درصد از اعضای در گروه علوم انسانی مشغول به تحصیل بودند. از نظر قومیت ۵۳/۸ درصد فارس بودند. اکثریت ۶۶/۹ درصد نمونه همراه خانواده زندگی می‌کردند. بین آن‌ها ۷۵/۲ درصد مجرد و بدون شریک صمیمی بودند. جزئیات مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ آورده شده است.

در نظر گرفته شد. در متغیر دوجبهی فکر خودکشی پاسخ هیچ‌وقت برابر با صفر (بدون فکر خودکشی)، سایر پاسخ‌ها برابر با نمره ۱ (با فکر خودکشی)، برای اضطراب و افسردگی نقطه برش ≥ 8 به‌عنوان نمره ۱ تعریف و برای مقایسه گروه‌های جنسیتی از آزمون fisher's exact استفاده شد.

از آزمون رگرسیون لجستیک دوجبهی به‌منظور تعیین عضویت گروهی در متغیرهای وابسته افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی، و فکر خودکشی (پیامدهای منفی سلامت) استفاده و برای تعیین اثر هر یک از روابط ناگوار کودکی بر متغیرهای وابسته سه مدل تعریف شد. مدل اول یک مدل تک‌متغیره بود که با ورود هر یک از تجربه‌های کودکی به‌عنوان متغیر مستقل و هر یک از پیامدهای منفی سلامت به‌عنوان متغیر وابسته تعریف شد. مدل دوم شامل ورود هر یک از تجربه‌های کودکی به‌عنوان متغیر مستقل همراه با متغیرهای سوگیری مطلوبیت اجتماعی، گروه آموزشی (علوم انسانی/ غیرعلوم انسانی)، جنسیت و وضعیت تأهل به‌عنوان متغیرهای هم‌پراش‌ها (کنترل) بود که اثرهای اصلاح‌شده (adjusted) را برای هر متغیر مستقل برآورد کرد. در پایان اثر تعاملی جنسیت بر تجربه کودکی به‌عنوان یک

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (۴۸۷ نفر)

ویژگی	فراوانی	درصد
سن (میانگین \pm انحراف استاندارد)	۱۹-۲۸ سال	$20/66 \pm 1/42$
جنسیت	پسر	۳۹/۲
	دختر	۵۹/۲
	بی‌پاسخ	۱/۶
گروه آموزشی	علوم انسانی	۵۲/۲
	فنی مهندسی	۲۵/۵
	علوم پایه	۲۲/۴
	فارس	۵۳/۸
	ترک	۲۳/۲
قومیت	مازنی یا گلیکی	۸/۲
	لر	۳/۴
	کرد	۲/۹
	سایر	۳/۱
	بی‌پاسخ	۴/۵
محل سکونت	همراه خانواده	۶۶/۹
	خوابگاه دانشگاه	۳۰/۲
	سایر	۲/۵
	بی‌پاسخ	۰/۴

درصد	فراوانی	ویژگی	سن (میانگین \pm انحراف استاندارد)
	۲۰/۶۶ \pm ۱/۴۲	سال ۱۹-۲۸	
۷۵/۲	۳۶۶	مجرد/ بدون شریک صمیمی	وضعیت تأهل
۴/۲۱	۱۰۴	مجرد/ با شریک صمیمی	
۳/۵	۱۷	متاهل	
۰/۸	۴	بی‌پاسخ	

سایر اقوام شامل: بلوچ، عرب، ترکمن و کسانی بود که گزینه سایر اقوام را علامت زدند.
سایر محل‌های سکونت شامل خوابگاه خصوصی و خانه مجردی بود.

میزان روابط ناگوار کودکی و پیامدهای منفی سلامت
جدول ۲ میزان تجربه افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی، فکر خودکشی و نیز روابط ناگوار کودکی را نشان می‌دهد. میانگین افسردگی برابر با $۷/۴۳ \pm ۵/۳۴$ و میانگین اضطراب برابر با $۹/۸۶ \pm ۴/۴۶$ بود. نگرش خودکشی در $۳۹/۸$ درصد ($n=۱۹۴$) و فکر خودکشی در $۳۷/۹$ درصد ($n=۱۸۴$) گزارش شد. به طوری که هر دو مورد در دختران بیشتر بود ($P < ۰/۰۱$). مشاهده خشونت کلامی والدین

میزان روابط ناگوار کودکی و پیامدهای منفی سلامت

جدول ۲ میزان تجربه افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی، فکر خودکشی و نیز روابط ناگوار کودکی را نشان می‌دهد. میانگین افسردگی برابر با $۷/۴۳ \pm ۵/۳۴$ و میانگین اضطراب برابر با $۹/۸۶ \pm ۴/۴۶$ بود. نگرش خودکشی در $۳۹/۸$ درصد ($n=۱۹۴$) و فکر خودکشی در $۳۷/۹$ درصد ($n=۱۸۴$) گزارش شد. به طوری که هر دو مورد در دختران بیشتر بود ($P < ۰/۰۱$). مشاهده خشونت کلامی والدین

جدول ۲. میزان تجربه افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی، فکر خودکشی، و روابط ناگوار کودکی ($n=۴۸۷$)

P value ^b	دختران ^a		پسران ^a		نمونه کل		متغیرها
	درصد	فراوانی (نفر ۲۸۸)	درصد	فراوانی (نفر ۱۹۱)	درصد	فراوانی (نفر ۴۸۷)	
۰/۲۴۱ ^c		$۷/۳۳ \pm ۵/۴۲$		$۷/۵۳ \pm ۵/۲۳$		$۷/۴۳ \pm ۵/۳۴$	افسردگی (میانگین \pm انحراف استاندارد)
۰/۶۸۶ ^c		$۱۰/۰۲ \pm ۴/۴۴$		$۹/۵۳ \pm ۴/۴۷$		$۹/۸۶ \pm ۴/۴۶$	اضطراب (میانگین \pm انحراف استاندارد)
۰/۴۵۱	۴۲/۰	۱۲۱	۴۵/۸	۸۷	۴۳/۶	۲۱۲	افسردگی (≤ ۸)
۰/۱۸۸	۷۱/۹	۲۰۷	۶۶/۰	۱۲۶	۶۹/۶	۳۳۹	اضطراب (≤ ۸)
۰/۰۰۵	۴۴/۸	۱۲۹	۳۱/۷	۶۰	۳۹/۸	۱۹۴	نگرش خودکشی مثبت ^d
۰/۰۰۷	۴۲/۲	۱۲۱	۲۹/۸	۵۷	۳۷/۹	۱۸۴	فکر خودکشی ^e
۰/۱۵۵	۱۳/۹	۴۰	۹/۴	۱۸	۱۲/۱	۵۹	سوءرفتار جسمانی
۰/۱۹۱	۳۳/۷	۹۷	۲۷/۷	۵۳	۳۱/۲	۱۵۲	سوءرفتار عاطفی
۰/۳۸۹	۲۶/۰	۷۵	۲۲/۵	۴۳	۲۴/۴	۱۱۹	فقدان عشق والدین
۰/۳۹۲	۲۴/۰	۶۹	۲۷/۷	۵۳	۲۵/۷	۱۲۵	غفلت
۰/۲۲۸	۷۰/۸	۲۰۴	۶۵/۴	۱۲۵	۶۸/۸	۳۳۵	مشاهده خشونت کلامی والدین
۰/۰۱۹	۲۶/۰	۷۵	۱۶/۸	۳۲	۲۲/۲	۱۰۸	مشاهده خشونت جسمی والدین
۱/۰۰۰	۶/۳	۱۸	۶/۳	۱۲	۶/۲	۳۰	طلاق/ جدایی
۰/۰۰۱	۱۴/۲	۴۱	۲۷/۷	۵۳	۱۹/۷	۹۶	قربانی همسالان شدن
۰/۳۲۷	۱۸/۸	۵۴	۱۵/۲	۲۹	۱۷/۵	۸۵	سوءرفتارهای اولیای مدرسه
۰/۲۰۸	۱۸/۴	۵۳	۱۳/۶	۲۶	۱۶/۶	۸۱	سوءاستفاده جنسی غیر جسمی

P value ^b	دختران ^a		پسران ^a		نمونه کل		متغیرها
	درصد	فراوانی (نفر ۲۸۸)	درصد	فراوانی (نفر ۱۹۱)	درصد	فراوانی (نفر ۴۸۷)	
۰/۲۰۸	۱۵/۳	۴۴	۱۲/۶	۲۴	۱۴/۲	۶۹	سوءاستفاده جنسی جسمی
۰/۵۶۶	۰/۳	۱	۱/۰	۲	۰/۶	۳	فقدان مادر
۰/۰۰۴	۵/۲	۱۵	۰/۵	۱	۳/۵	۱۷	فقدان پدر
۰/۲۷۹	۱/۰	۳	۰	۰	۰/۸	۴	فقدان همشیران

(a) هشت داده جنسیت داده مفقوده بودند. (b) آزمون fisher's exact در راه روی ۴۷۹ مورد با داده معتبر جنسیت. (c) آزمون t گروه‌های مستقل (D) نگرش خودکشی مثبت، شامل نظری ندارم/گاهی/کاملاً پذیرفتنی است، تعریف شد که دو داده مفقوده داشت. فکر خودکشی یک داده مفقوده داشت.

یافته‌های رگرسیون لجستیک

کودکی افزایش یافت که بیشترین آن مربوط به طلاق/ جدایی با ۲/۲۳ برابر (۴/۷۹-۱/۰۴) و کمترین آن به خشونت جسمی والدین با ۱/۴۶ برابر (۲/۲۵-۰/۹۵؛ $P < ۰/۱۰$) مربوط بود. فکر خودکشی نیز تحت تأثیر انواع روابط ناگوار کودک قرار گرفت که بیشترین میزان به سوءرفتار عاطفی با ۱/۹۷ برابر (۲/۹۱-۱/۳۳) و کمترین آن به احساس فقدان عشق با ۱/۴۵ برابر (۲/۲۰-۰/۹۵؛ $P < ۰/۱۰$) مربوط بود. تمامی نتایج با ورود متغیرهای هم‌پراش معتبر باقی ماند؛ اگرچه تأثیر سوءاستفاده جنسی جسمی بر نگرش خودکشی تا ۱/۶۱ برابر (۲/۷۳-۰/۹۵؛ $P < ۰/۱۰$) به مراتب بیشتر تحت تأثیر هم‌پراش‌ها قرار گرفت.

جدول ۳ نتایج آزمون‌های رگرسیونی را برای روابط ناگوار کودک نشان می‌دهد که تأثیر معنی‌داری داشت. برای هر یک از تجربه‌ها، نتایج معنی‌دار رگرسیونی تک‌متغیره، اثر اصلاح‌شده (adjusted) با کنترل هم‌پراش‌ها، و تعاملی جنسیت نشان داده شده است. در میان روابط ناگوار کودک فقدان اعضای خانواده بر هیچ‌کدام از پیامدها تأثیری نداشت. نتایج نشان می‌دهد که شانس نسبی افسردگی فقط توسط غفلت تا ۱/۵۷ برابر (۲/۳۵-۱/۰۷)، مشاهده خشونت جسمی والدین تا ۱/۵۳ برابر (۲/۳۶-۱/۰۰؛ $P < ۰/۱۰$) و قربانی‌همسالان شدن تا ۱/۵۳ برابر (۲/۴۰-۰/۹۸؛ $P < ۰/۱۰$) افزایش یافت. شانس نسبی اضطراب توسط بیشتر روابط ناگوار کودک افزایش یافت که بیشترین آن مربوط به سوءاستفاده جنسی غیرجسمی تا ۲/۶۱ برابر (۴/۸۸-۱/۳۹) و سوءرفتار عاطفی تا ۲/۲۱ برابر (۳/۵۰-۱/۴۰) و کمترین آن مربوط به خشونت کلامی والدین تا ۱/۴۱ برابر (۲/۱۳-۰/۹۴؛ $P < ۰/۱۰$) بود. شانس نسبی نگرش خودکشی توسط بیشتر روابط ناگوار

بنا بر یافته‌های جدول ۳ شانس نسبی پیامدهای اضطراب، نگرش خودکشی و فکر خودکشی، به‌ازای تجربه انواع روابط ناگوار کودک، به‌واسطه تأثیر جنسیت دختر افزایش یافت که این میزان در مورد اثر طلاق/ جدایی تا ۴/۶۵ برابر (۱۳/۲۷-۱/۶۳) روی فکر خودکشی از همه برجسته‌تر بود. جزئیات نتایج رگرسیونی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. شانس نسبی افسردگی، اضطراب، نگرش خودکشی و فکر خودکشی، براساس روابط ناگوار کودک (۴۸۷ نفر)

متغیرهای وابسته							
متغیرهای مستقل	افسردگی		اضطراب		نگرش خودکشی		فکر جدی خودکشی
	%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI
سوءرفتار عاطفی	تک‌متغیره	۲/۲۱	۱/۴۰-۳/۳۵	۱/۸۶	۱/۲۶-۲/۷۴	۱/۹۷	۱/۳۳-۲/۹۱
	اثر اصلاح‌شده	۲/۱۱	۱/۳۲-۳/۳۸	۱/۸۴	۱/۲۳-۲/۷۶	۲/۰۱	۱/۳۴-۳/۰۲
	×جنسیت	۳/۱۳	۱/۷۱-۵/۷۳	۲/۱۶	۱/۳۸-۳/۳۹	۲/۵۳	۱/۶۱-۴/۰۰
فقدان عشق والدین	تک‌متغیره	۲/۰۱	۱/۲۲-۳/۳۱	۱/۷۲	۱/۱۳-۲/۶۱	۱/۴۵*	۰/۹۵-۲/۲۰
	اثر اصلاح‌شده	۱/۸۷	۱/۱۲-۳/۱۳	۱/۷۱	۱/۱۰-۲/۶۶	۱/۴۹*	۰/۹۶-۲/۳۲
	×جنسیت	۳/۳۰	۱/۶۴-۶/۶۴	۱/۷۱	۱/۰۴-۲/۸۰	۱/۸۱	۱/۱۰-۲/۹۷
غفلت	تک‌متغیره	۱/۵۷	۱/۰۷-۲/۳۵	۱/۹۳	۱/۱۹-۳/۱۴	۱/۹۳	۱/۲۸-۲/۹۱
	اثر اصلاح‌شده	۱/۶۷	۱/۰۹-۲/۵۴	۱/۸۳	۱/۱۱-۳/۰۱	۲/۰۱	۱/۳۱-۳/۱۰
	×جنسیت	۱/۶۲*	۰/۹۷-۲/۷۰	۲/۵۹	۱/۳۲-۵/۰۹	۲/۵۳	۱/۵۱-۴/۲۴

متغیرهای وابسته								
فکر جدی خودکشی		نگرش خودکشی		اضطراب		افسردگی		متغیرهای مستقل
%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI	Odds	%۹۵ CI	Odds	
				۰/۹۴-۲/۱۳	*۱/۴۱			تک‌متغیره
۱/۱۹-۲/۵۲	۱/۷۳	۱/۱۱-۲/۳۲	۱/۶۰	۱/۰۶-۲/۳۷	۱/۵۸			والدین
۱/۲۴-۲/۹۴	۱/۹۱	۰/۹۵-۲/۲۵	*۱/۴۶			۱/۰۰-۲/۳۶	*۱/۵۳	تک‌متغیره
۱/۲۲-۳/۰۰	۱/۹۱					۱/۰۱-۲/۴۶	۱/۵۷	اثر اصلاح‌شده
۱/۷۲-۴/۷۲	۲/۸۵	۰/۹۸-۲/۶۳	*۱/۶۰	۰/۹۷-۳/۱۶	*۱/۷۵	۰/۹۸-۲/۶۳	*۱/۶۸	تک‌متغیره
۰/۹۳-۴/۱۲	*۱/۹۶	۱/۰۴-۴/۷۹	۲/۲۳					جنسیت
۰/۹۳-۴/۲۴	*۱/۹۹	۱/۰۶-۵/۰۷	۲/۳۲					تک‌متغیره
۱/۶۳-۱۳/۲۷	۴/۶۵	۰/۹۴-۶/۵۲	*۲/۴۸					اثر اصلاح‌شده
۰/۹۶-۲/۳۷	*۱/۵۱			۰/۹۵-۲/۶۹	*۱/۶۰	۰/۹۸-۲/۴۰	*۱/۵۳	جنسیت
۱/۱۰-۲/۸۶	۱/۷۸	۰/۹۹-۲/۵۷	*۱/۶۰	۱/۰۳-۳/۰۸	۱/۷۸	۱/۰-۲/۵۲	*۱/۵۹	تک‌متغیره
۱/۲۲-۴/۴۴	۲/۳۳	۰/۹۸-۳/۵۵	*۱/۸۷	۰/۸۳-۱۶/۰۱	*۳/۶۳			اثر اصلاح‌شده
		۱/۰-۲/۵۵	*۱/۵۹					جنسیت
۱/۰۲-۳/۲۰	۱/۸۱			۰/۹۴-۳/۶۴	*۱/۸۲			تک‌متغیره
				۱/۳۹-۴/۸۸	۲/۶۱			جنسیت
				۱/۳۰-۴/۸۷	۲/۵۲			تک‌متغیره
		۰/۹۵-۲/۹۸	*۱/۶۸	۱/۲۴-۵/۸۷	۲/۷۰			اثر اصلاح‌شده
		۱/۰۷-۲/۹۷	۱/۷۸					جنسیت
		۰/۹۵-۲/۷۳	*۱/۶۱					تک‌متغیره
		۱/۴۱-۵/۰۳	۲/۶۶					اثر اصلاح‌شده
								جنسیت

Odds=شانس نسبی، %۹۵ CI=سطح اطمینان %۹۵. اثر اصلاح‌شده (Adjusted) با استفاده از یک سری آزمون لجستیک چندگانه، با ورود متغیرهای روابط ناگوار کودکی به‌عنوان متغیر مستقل و متغیرهای سوگیری مطلوبیت اجتماعی، وضعیت تأهل، گروه آموزشی و جنسیت به‌عنوان متغیرهای هم‌پراش (کنترل)، برآورد شد. به‌منظور اختصار اثر اصلاح‌شده قابل چشم‌پوشی در جدول وارد نشد. جنسیت نشان‌دهنده تأثیر دختر بودن (کد ۱) و ستاره‌ها نشان‌دهنده معنی‌داری در سطح اطمینان %۹۰ ($P < ۰/۱۰$) است. سوءرفتار جسمانی و تجربه فقدان نتایج معنی‌داری نداشتند و برای اختصار در جدول آورده نشدند.

بحث

دانشجویان تأثیر می‌گذارد و این تأثیر روی اضطراب، نگرش مثبت به خودکشی و فکر خودکشی برجسته‌تر و در میان دختران چشمگیرتر بود.

در خصوص افسردگی فقط غفلت، خشونت جسمی والدین و قربانی‌همسالان شدن نقش ایفا کرد. هم‌خوان با یافته‌های ما پژوهش جدید Maul و همکاران (۲۹) نیز نشان می‌دهد که قربانی‌قلدری شدن، سوءرفتار عاطفی و غفلت در دوران کودکی از پیش‌بین‌های قوی افسردگی در دانشجویان آفریقای جنوبی است. افزون بر این پژوهش Gress-Smith (۳۰) نیز نشان می‌دهد که رویدادهای استرس‌زای کودکی در ایجاد افسردگی و بی‌خوابی دانشجویان نقش دارد. به‌طوری‌که با افزایش تجربه این رویدادها افسردگی افزایش می‌یابد. مهم‌تر آن که پژوهش طولی Bjorkenstam و همکاران (۳۱) شواهد مقتنی از تأثیرگذاری ناگواری‌های دوران کودکی در ایجاد افسردگی بالینی در بزرگسالی ارائه کرده است. باوجوداین

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان تجربه‌های روابط ناگوار کودکی در دانشجویان و تأثیر احتمالی آنها بر پیامدهای منفی سلامت، شامل: افسردگی، اضطراب، نگرش مثبت به خودکشی و فکر جدی خودکشی در طول عمر، بود. بنا بر یافته‌ها میزان نسبتاً قابل توجهی از انواع روابط ناگوار کودکی گزارش شد؛ به‌طوری‌که بیش از دوسوم خشونت کلامی والدین، کمی کمتر از یک‌سوم سوءرفتار عاطفی، یک‌چهارم احساس فقدان عشق والدین و غفلت، یک‌پنجم قربانی‌همسالان شدن و نزدیک به یک‌هفتم آنها سوءاستفاده جنسی را گزارش کردند. در همین راستا پژوهش‌های پیشین نیز بر میزان بالای سوءرفتار در کودکی اشاره کرده‌اند (۲۸). این یافته‌ها ضرورت پیگیری پژوهش‌های شیوع‌شناختی فراگیرتری را در سطح کشور تبیین می‌کند. همچنین پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نوع روابط ناگوار کودکی بر همه پیامدهای منفی سلامت

یکی از شاخص‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر این بود که دختران به‌طور معنی‌داری بیشتر از پسران نگرش مثبت به خودکشی و فکر خودکشی دارند. به‌ویژه این که اثر تعاملی جنسیت دختر میزان شانس نسبی عمده پیامدها را افزایش می‌دهد. به‌طور کلی نه‌تنها شانس نسبی پیامدهای اضطراب و خودکشی به‌ازای تجربه سوءرفتارهای مراقبان در دختران افزایش نسبی یافت، بلکه تأثیر خشونت‌های خانگی و طلاق/ جدایی، قربانی‌همسالان شدن و سوءرفتارهای اولیای مدرسه در آنها بیشتر منعکس شد. این یافته در حوزه سوءاستفاده جنسی نیز دیده شد. به‌طوری‌که دختر بودن تأثیر بیشتر روی هر دو پیامد اضطراب و نگرش به خودکشی داشت. یافته‌های پژوهش‌های متعدد پیشین نیز به تفاوت‌های جنسیتی در تأثیرپذیری از ناگواری‌های کودکی اشاره کرده بود (۴۳، ۴۴). این تأثیرپذیری بالاتر دختران از دو جنبه قابل بحث است. اول آن که پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنان به تبعات عصب‌شناختی سوءرفتار در کودکی مقاوم‌ترند، اما آسیب‌پذیری آنها در بروز نشانه‌های روان‌پزشکی بیشتر از مردان است (۴۵). یافته‌های عصب‌شناختی نشان می‌دهد مدارهای مغز که در ایجاد اختلالات درون‌ریزانه (internalizing disorders)، به دلیل عوارض سوءرفتار در کودکی، دخیل‌اند شاهدهی بر این تأثیرپذیری بالاتر در دختران است (۴۶). به معنی دیگر این که پیامدهای منفی سلامت دختران بیشتر از پسران تحت تأثیر محیط مسموم رابطه‌ای قرار می‌گیرد احتمالاً به دلیل استعدادهای متفاوت عصب‌شناختی آنها در تأثیرپذیری از محیط است. پژوهش‌های آتی می‌تواند این تبیین پیشنهادی را بیشتر بررسی کند، اما از جنبه دیگر هرگونه تبیینی باید بافت اجتماعی - رشدی اختصاصی دختران و پسران را نیز دربرگیرد. برای مثال پژوهشی جدید در ایران نشان می‌دهد که دختران نوجوان ایرانی، به‌طور کلی، میزان نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (۴۷). به‌علاوه دختران ایرانی در جریان خلق افسرده در مقایسه با پسران بیشتر مستعد تجربه احساس خودخوارشماری، گناه و پشیمانی هستند (۴۸). درواقع تفاوت‌هایی که در جنسیت‌ها دیده می‌شود ناشی از تفاوت‌های اجتماعی - فرهنگی است که بر توان مقابله در برابر مشکلات جدی بین‌فردی در دختران تأثیر می‌گذارد. کشف علل زمینه‌ساز فرهنگی - اجتماعی نیز یک ضرورت است که باید با دیدی حساس به جنسیت پیگیری شود.

این پژوهش نشان می‌دهد که بین رویدادها در تأثیرگذاری بر پیامدها تفاوت وجود دارد. به‌طوری‌که حوزه سوءرفتار مراقبان بارزتر نقش منفی خود را نشان می‌دهد، اما یافته‌ها در مورد رویدادهای جنسی، با تأکیدهای برخی پژوهش‌های مرور نظام‌مند، بر تأثیر اصلی سوءاستفاده جنسی روی پیامدهای خودکشی جوانان مطابقت نداشت (۴۹). باوجوداین پژوهشی جدید (۵۰) نشان داده است که تجربه‌های ناگوار کودکی به شکلی متفاوت بر سلامت روان و رفتار بزرگسالی تأثیر می‌گذارد. برای مثال سوءرفتارهای مراقبان بیشتر به اختلالات اضطرابی و خلقی منجر می‌شود.

Cheong و همکاران (۶) نشان دادند که ناگواری‌های کودکی در آن دسته از افرادی که حمایت اجتماعی پایین دارند بیشتر به افسردگی آتی می‌انجامد. با توجه به این که یک فراتحلیل نشان داده است افسردگی به‌طور کلی در دانشجویان ایرانی شایع است (۳۲)؛ نتایج ما پیرامون افسردگی ممکن است به این دلیل باشد که عوامل متعدد آسیب‌زا یا محافظت‌کننده در بروز نشانه‌های افسردگی دخیل هستند که وجود نشانه‌های افسردگی را در دو گروه باتجربه و بدون تجربه‌های کودکی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

باوجوداین در برابر افسردگی نشانه‌های اضطرابی بارزتر تحت تأثیر این تجربه‌های ناگوار در روابط دوران کودکی قرار می‌گیرد. به‌طوری‌که انواع سوءرفتارهای مراقبان، خشونت کلامی والدین، رویدادهای مدرسه و تعرض جنسی غیرجسمانی شانس نسبی اضطراب را افزایش می‌دهد. این نتایج با یافته‌های پژوهش اخیر Hyland و همکاران (۳۳) هم‌خوان است که نشان می‌دهد از میان انواع متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی فقط ناگواری‌های کودکی، در کنار سکونت در شهر، مشخص‌تر در ایجاد اختلالات اضطرابی تأثیرگذار است، اما نقشی در ایجاد اختلالات خلقی (افسردگی) نشان نمی‌دهد. همچنین یافته‌های ما با پژوهش Manyema و همکاران (۳۴) و Pournaghash Tehrani و همکاران (۳۵) نیز، که نشان دادند تجربه‌های ناگوار کودکی در افزایش پریشانی روان‌شناختی و کاهش سلامت روان در اوایل بزرگسالی تأثیرگذار است، هم‌خوان است.

افزون بر این پیامدهای خودکشی، شامل نگرش مثبت و فکر خودکشی، مشخص‌تر تحت تأثیر تجربه انواع روابط ناگوار کودکی قرار گرفتند. از میان این روابط ناگوار سوءرفتارهای مراقبان، کژکاری رابطه‌ای خانواده (به‌ویژه خشونت جسمانی و طلاق/ جدایی) و قربانی‌همسالان شدن شانس نسبی پیامدهای خودکشی را افزایش داد. همچنین سوءاستفاده جنسی جسمانی فقط در افزایش شانس وقوع نگرش مثبت خودکشی مؤثر بود و تجربه سوءرفتارهای اولیای مدرسه و سوءاستفاده جنسی غیرجسمانی به‌ازای اثر تعاملی جنسیت دختر شانس وقوع فکر خودکشی را افزایش داد. پژوهش‌های پرشماری نقش تجربه‌های ناگوار کودکی را، به‌خصوص سوءرفتارها علیه کودک و سوءاستفاده‌ها، در بروز افکار و رفتار خودکشی در اوایل بزرگسالی تأیید کرده‌اند (۳۸-۳۶). به‌علاوه درحالی‌که پژوهش‌های فراتحلیل بر تبعات سلامت روان کلی فرزندان طلاق در ایران صحنه گذاشته‌اند (۳۹)، پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یکی از این تبعات مهم می‌تواند نگرش مثبت به خودکشی و فکر خودکشی باشد. نگرش مثبت به خودکشی می‌تواند پیش‌بین خطر بالای خودکشی نیز باشد (۴۰) و در صورتی که با تجربه‌های ناگوار دیگری تنیده شود احتمالاً مشروع‌دانستن راه‌حل خودکشی (۴۱، ۴۲) را در نظر پاسخ‌دهندگان نشان می‌دهد. باوجوداین پژوهش‌های بیشتری در این مورد نیاز است تا جنبه‌های آسیب‌شناختی این نگرش مثبت از جنبه‌های تمایل به تفکرات لیبرال در نسل جدید متمایز شود.

گذشته، مانند بروز افکار خودکشی در نوجوانی، مهم‌ترین عامل خطری است که وجود ایده‌پردازی خودکشی در بدو ورود به دانشگاه و ابقای آن تا یک سال بعد را پیش‌بینی می‌کند (۶۴). در کنار این برخی پژوهش‌ها نشان‌دهنده کمبود میزان سواد سلامت روان در دانشجویان ایرانی است (۶۵). پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها بر ارتقای سواد سلامت روان در اهمیت رسیدگی و درمان‌جویی پیرامون مسائل رابطه‌ای گذشته نیز تأکید کند تا از تداوم این تأثیرات نامطلوب به دوران بزرگسالی از جمله زندگی زناشویی (۹) پیشگیری شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که تفسیر نتایج آن را با احتیاط همراه می‌کند. این پژوهش در یک طرح مقطعی و به صورت گذشته‌نگر انجام شد. لذا رابطه علی - معلولی از آن استنتاج نمی‌شود. باوجود این نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نیاز است از طریق پژوهش‌های طولی به بررسی دقیق‌تر رابطه علی بین رویدادهای کودکی، پیامدهای منفی سلامت در آینده و شناسایی متغیرهای تعدیل‌گر احتمالی اقدام کنیم. همچنین نقش جنسیت در این پژوهش حکمی قطعی نیست و نتایج این پژوهش ممکن است تحت تأثیر نمونه کمتر پسران قرار گرفته باشد. با توجه به این که حجم نمونه این پژوهش، با در نظر گرفتن سهم جنسیت، تحت تأثیر بی‌تعادلی جنسیت به نفع دختران در دوره کارشناسی قرار گرفت پژوهش‌های آتی می‌تواند با حجم نمونه پسران بالاتر به ارزیابی نقش جنسیت در تفاوت تأثیرات روابط ناگوار کودکی بپردازد. از این گذشته بررسی تفاوت‌های جنسیتی نه تنها به پژوهش‌های بیشتری نیاز دارد، بلکه نیازمند پژوهش روی جمعیت‌های فرهنگی متفاوت است. همچنین این پژوهش منحصر به جمعیت دانشجویی و فقط در یک دانشگاه بود که تعمیم آن را به کل جامعه دانشجویی با احتیاط همراه می‌کند. باوجود این نتایج بر ضرورت پژوهش‌های بیشتر روی نمونه‌های دانشجویی و به خصوص غیردانشجویی تأکید دارد. همچنین ذکر این نکته مهم است که در سنجش متغیرهای مربوط به خودکشی از تک‌سؤال استفاده شد. بنا بر نظر Lovelace و Brickman (۶۶) استفاده از تک‌سؤال نوع لیکرت در صورت استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک (از جمله آنالیز رگرسیون لجستیک) پذیرفته شده است. با این حال نتایج مربوط به تأثیر متغیرهای مستقل این پژوهش روی متغیرهای خودکشی، به‌ویژه نگرش خودکشی، را می‌توان نتایجی اولیه در نظر گرفت که در پژوهش‌های آتی با استفاده از سازه‌های چندشاخصی قابل ارزیابی بیشتر خواهد بود (۴۰). از سوی دیگر این پژوهش نقاط قوتی دارد که اعتبار نتایج آن را افزایش می‌دهد. این پژوهش با ارائه پرسشنامه‌ها در یک پاکت در بسته به منظور افزایش رازداری و تلاش برای شفاف‌سازی هدف پژوهش برای دانشجویان شرکت‌کننده (به‌عنوان اصل اخلاقی و نیز انگیزه‌بخشی برای مشارکت فعال در پژوهش) به نرخ پاسخ‌دهی حدود ۹۳٪ دست یافت که صحت قابل قبول خودگزارشی افراد را نشان می‌دهد و از سوگیری بی‌پاسخ (nonresponse bias) جلوگیری می‌کند (۶۷). به‌علاوه در

در صورتی که سوءاستفاده جنسی بیشتر به مشکلات مرتبط با اختلالات روان‌تنی و مشکل در حس بدنی می‌انجامد (۵۰). این نتایج در بررسی تجربه‌های ناگوار کودکی در سیر درمان‌های پزشکی و روان‌پزشکی اهمیت دارد. به این دلیل که تجربه برخی رویدادها و تفاوت شدت آنها احتمالاً عامل خطر مشخصی برای برخی مشکلات خاص هستند (۵۲، ۵۱). پژوهش‌های بیشتر در جمعیت ایرانی می‌تواند شواهد دقیق‌تری را در این مورد نشان دهد.

اکنون نیازمند بررسی این هستیم که چنین تجربه‌های ناگواری در بافت روابط بین‌فردی مهم چگونه می‌تواند علت وجودی تبعات آتی آنها باشد و چه عوامل حفظ‌کننده‌ای (Maintaining Factors) برای ابقای این تأثیر و تبعات آن در آینده فرد عمل می‌کند. درحقیقت برخی نظریه‌پردازها (۵۳) معتقدند ایجاد اختلال در نظام دلبستگی یکی از مهم‌ترین مکانیسم‌های تأثیرگذاری سوءرفتارها در بافت روابط اولیه بر پیامدهای آتی است. باوجود این نظام دلبستگی را نیز می‌توان پیامدهایی هم‌راستا با نشانگان افسردگی، اضطراب و پیامدهای خودکشی برشمرد (۵۴). به بیان دیگر مکانیسم تأثیرگذاری تجربه‌های ناگوار محیطی در دوران کودکی، به‌ویژه در بافت روابط در محیط خانواده و مدرسه، می‌تواند با آکوامی تعیین‌گرهای محیطی نیز تبیین شود که نظریه‌پردازان و پژوهشگران کمتر به آن توجه کرده‌اند (۵۵). به نظر می‌رسد روابط ناگوار کودکی و سوءرفتار با کودک از جمله متغیرهای ریزسیستم فردی و میان‌سیستم خانوادگی باشد که تحت تأثیر عوامل تأثیرگذار برون‌سیستمی، مانند: معضلات اقتصادی والدین (۵۶) و کلان‌سیستمی، مانند: نگرش‌ها، ارزش‌ها و قوانین حوزه کودک، قرار می‌گیرد. با در نظر گرفتن این موارد و مداخله در آنها می‌توان بین تجربه‌های ناگوار محیطی (در خانه و مدرسه) و رویدادهای تاب‌آورنده محیطی / اجتماعی پل زد (۵۷). در همین راستا ایجاد مهارت در والدین برای آموزش جنسی کودکان (۵۸) و ارتقای نگرش مادران به سوءرفتار با کودکان (۵۹) خط اول مداخلات برای کاهش و پیشگیری از بروز تجربه‌های ناگوار کودکی و سوءرفتار علیه کودکان است. برخی نویسندگان نیز بر نیاز ضروری کشور به ارتقای قانون مدنی در حوزه حقوق کودک و نوجوان تأکید کرده‌اند تا مصونیت آنها از هرگونه کودک‌آزاری تأمین شود (۶۰، ۶۱). صرف قوانین پیشگیرانه اگرچه لازم است، اما کافی نخواهد بود بلکه کاستی‌های مداخلات آموزشی و پیشگیرانه اولیه و ثانویه مؤثر در سطح خانواده، مدرسه و جامعه احتمالاً جزئی از چرخه سوءرفتار (غفلت) است که تبعات آتی‌اش هم از نظر فرهنگی - اجتماعی و هم از نظر اقتصادی برای فرد و جامعه انکارناپذیر خواهد بود.

برخی پژوهش‌ها به میزان بالای فقدان سلامت روان در دانشجویان اشاره کرده‌اند (۶۲، ۶۳). پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که لازم است اقداماتی برای ارتقای سلامت روان دانشجویان با نگاه دقیق‌تری به تجربه‌های رابطه‌ای آنها در گذشته، هم در خانواده و هم در مدرسه، انجام شود. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد حتی تبعات فشارهای زندگی

ارتقای سواد سلامت روان دانشجویان مفهوم تجربه‌های ناگوار کودکی به‌خصوص تجربه‌های رابطه‌ای نیز گنجانیده شود تا مشوق دانشجویان و جوانان برای رفع آسیب‌های رابطه‌ای احتمالی در گذشته باشد.

سیاس‌گذاری

این پژوهش به‌عنوان بخشی از پایان‌نامه نویسنده دوم برای اخذ مدرک کارشناسی ارشد در روان‌شناسی بالینی اجرا شده است. نویسنده اول در نقش استاد راهنما در این پژوهش نقش داشت. این پژوهش از حمایت مالی چهاربرابری کمیته پژوهشی ارتقای سلامت روان دانشگاه تهران برخوردار بوده است (۶۰۰۹۸۱۸، ۱۳۹۶/۱۲/۲۳). همچنین از مرکز مشاوره دانشگاه تهران و ریاست محترم آن مرکز برای تدارک هدایای دانشجویی در این پژوهش قدردانی می‌کنیم. نویسندگان از همه دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش سپاسگزارند. همچنین از آقای محمد نصیری، خانم‌ها تینا جلالی و راحله صادقی به دلیل مشارکتشان در بخش اجرای این پژوهش سپاس‌گزاریم.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Boullier M, Blair M. Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*. 2018;28(3):132-7. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>
2. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. 2018.
3. Ferrara P, Corsello G, Basile MC, Nigri L, Campanozzi A, Ehrich J, Pettoello-Mantovani M. The economic burden of child maltreatment in high income countries. *The Journal of pediatrics*. 2015;167(6):1457-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.09.044>
4. Musikowska B, Małgorzata K, Sein JA. The analysis of early stressful life events and parental relationships among patients after suicide attempts. *Przegląd lekarski*. 2013;70(8):555-60.
5. Mark CA, Poltavski DV, Petros T, King A. Differential executive functioning in young adulthood as a function of experienced child abuse. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2018.12.004>
6. Von Cheong E, Sinnott C, Dahly D, Kearney PM. Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ open*. 2017 Sep

این پژوهش نقش متغیرهایی مانند مطلوبیت اجتماعی، که احتمال ایجاد سوگیری در نتایج را بالاتر می‌برد (۲۶، ۲۵)، کنترل شد تا تأثیرات احتمالی این سوگیری تاحدممکن کاهش و اعتبار نتایج افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان می‌دهد که تبعات ناشی از روابط ناگوار و سوءرفتارهای دوران کودکی در دو بافت خانواده، مدرسه و حتی پیرامون روابط خشونت‌آمیز بین والدین از دوران کودکی عبور کرده و تأثیرات نامطلوب خود را در سالیان آتی و در دوران دانشجویی حفظ می‌کند و این امر به‌خصوص در دختران برجسته‌تر است. بر این اساس به پژوهشگران آتی توصیه می‌شود تا بر مبنای شواهد پژوهش‌های تجربی روی تبعات تجربه‌های ناگوار کودکی، سوءرفتارها و کودک‌آزاری به‌ریزی با سیاست‌گزاران برای اتخاذ تصمیم‌های فراگیر و مبتنی بر الزامات فرهنگی - اجتماعی ایرانی اقدام کنند. به‌طوری‌که از طریق شکل‌دادن به ظرفیت‌های فرهنگی، اجتماعی و قانونی در محیط خانوادگی و تحصیلی کودکان، نوجوانان و دانشجویان اقدامات مناسبی به‌منظور پیشگیری اولیه تا ثالثیه برای کاهش این تبعات انجام گیرد (۲۹). همچنین پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های آموزشی برای

1;7(9):e013228. <https://doi.org/10.1136/bmjop-en-2016-013228>

7. Pirdehghan A, Vakili M, Rajabzadeh Y, Puyandehpour M, Aghakoochak A. Child abuse and mental disorders in Iranian adolescents. *Iranian journal of pediatrics*. 2016;26(2). <https://doi.org/10.5812/ijp.3839>
8. Ghasemi SR, Setare Forozan A, Rajabi Gilan N, Biglarian A. The Study of Child Maltreatment in Family and Its Impact on Behavioral Problems in High School Students in Kermanshah. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014 Aug 15;24(115):60-71.
9. Pournaghash-Tehrani S, Feizabadi Z. Predictability of physical and psychological violence by early adverse childhood experiences. *Journal of family violence*. 2009 Aug 1;24(6):417-22. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9245-4>
10. Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, Kessler RC, Nock MK, Bruffaerts R. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological medicine*. 2017;1-12. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002215>
11. Fernandez A, Howse E, Rubio-Valera M, Thorncraft K, Noone J, et al. Setting-based interventions to promote mental health at the university: a systematic review. *International journal of public health*. 2016 Sep 1;61(7):797-807. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0846-4>

12. Poursharifi H, Habibi M, Zarani F, Ashouri A, Hefazi M, Hajebi A, Bolhari J. The Role of Depression, Stress, Happiness and Social Support in identifying Suicidal Thoughts in Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012 Aug 15;18(2):99-107.
13. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2016 Dec 6;316(21):2214-36. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
14. Sepehrmanesh Z, Moraveji SA, Bateni Z. Prevalence of depression and suicidal ideation in Medical students of Kashan Medical University. *Daneshvar*. 2015;23(119):21-8.
15. Eisenberg D, Gollust SE, Golberstein E, Hefner JL. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American journal of orthopsychiatry*. 2007 Oct;77(4):534-42. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>
16. Mortier P, Demyttenaere K, Auerbach RP, Green JG, Kessler RC, Kiekens G, et al. The impact of lifetime suicidality on academic performance in college freshmen. *Journal of affective disorders*. 2015;186:254-60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.030>
17. Rehman R, Zafar A, Mohib A, Hussain M, Ali R. Self-reported academic performance in relation to health behaviours among Bahria University students. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. 2018;68(2):195.
18. Ungar M. Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma, violence, & abuse*. 2013 Jul;14(3):255-66. <https://doi.org/10.1177/1524838013487805>
19. Scher CD, Stein MB, Asmundson GJ, McCreary DR, Forde DR. The childhood trauma questionnaire in a community sample: psychometric properties and normative data. *Journal of traumatic stress*. 2001;14(4):843-57. <https://doi.org/10.1023/A:1013058625719>
20. Nijenhuis ER, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2002;9(3):200-10. <https://doi.org/10.1002/cpp.332>
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983 Jun 1;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
22. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009;67(5):379-85.
23. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002 Feb 1;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
24. Bachrach CA. Self-reporting sensitive events and characteristics. *The science of self report: Implications for research and practice*. 2000:101-4.
25. Phillips DL, Clancy KJ. Some effects of "social desirability" in survey studies. *American Journal of Sociology*. 1972;77(5):921-40. <https://doi.org/10.1086/225231>
26. Ballard R, Crino MD, Rubenfeld S. Social desirability response bias and the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Psychological Reports*. 1988 Aug;63(1):227-37. <https://doi.org/10.2466/pr0.1988.63.1.227>
27. Mahmoudian H, Delavar A, Farrokhi N, Borjali A. Comparison of the Relationship between Personality Traits and Social Desirability in Students with Honest and Faking Responses. *jiera*. 2017;11(37):229-42.
28. Pirdehghan A, Vakili M, Rajabzadeh Y, Puyandehpour M. Child abuse and neglect epidemiology in secondary school students of Yazd Province, Iran. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2015;9(4). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-2256>
29. Maul KM, Naeem R, Rahim UK, Mian AI, Yousafzai AK, Brown N. Child abuse in Pakistan: A qualitative study of knowledge, attitudes and practice amongst health professionals. *Child abuse & neglect*. 2018;88:51-7. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.008>
30. Gress-Smith JL, Roubinov DS, Andreotti C, Compas BE, Luecken LJ. Prevalence, severity and risk factors for depressive symptoms and insomnia in college undergraduates. *Stress and Health*. 2015 Feb;31(1):63-70. <https://doi.org/10.1002/smi.2509>
31. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *bmj*. 2017 ;357:j1334.
32. Sarokhani D, Delpisheh A, Veisani Y, Sarokhani MT, Manesh RE, Sayehmiri K. Prevalence of depression among university students: a system-

- atic review and meta-analysis study. Depression research and treatment. 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/373857>
33. Hyland P, Shevlin M, Elklit A, Christoffersen M, Murphy J. Social, familial and psychological risk factors for mood and anxiety disorders in childhood and early adulthood: a birth cohort study using the Danish Registry System. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016 Mar 1;51(3):331-8. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1171-1>
 34. Manyema M, Norris SA, Richter LM. Stress begets stress: the association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC public health*. 2018;18(1):835. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0>
 35. Pournaghash Tehrani S, Faiz Abadi Z, Hamzeloeian M, Faiz Abadi Z. The comparison effects of experiencing domestic violence on mental health. 2010;6(3):91-108.
 36. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta psychiatrica scandinavica*. 2017 Mar;135(3):195-211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>
 37. Campos RC, Holden RR, Baleizão C, Caçador B, Fragata AS. Self-Criticism, Neediness, and Distress in the Prediction of Suicide Ideation: Results from Cross-Sectional and Longitudinal Studies. *The Journal of psychology*. 2018 May 19;152(4):237-55. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1446895>
 38. Mortier P, Demyttenaere K, Auerbach RP, Cuijpers P, Green JG, Kiekens G, Kessler RC, Nock MK, Zaslavsky AM, Bruffaerts R. First onset of suicidal thoughts and behaviours in college. *Journal of affective disorders*. 2017 Jan 1;207:291-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.033>
 39. Yahyazadeh H, Hamed M. Issues and Interventions of Children of Divorce in Iran: A Meta-analysis of Articles. *Woman and Family Studies*. 2016;3(2):91-120.
 40. Cwik JC, Till B, Bieda A, Blackwell SE, Walter C, Teismann T. Measuring attitudes towards suicide: Preliminary evaluation of an attitude towards suicide scale. *Comprehensive psychiatry*. 2017 Jan 1;72:56-65. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.008>
 41. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychological review*. 1990 Jan;97(1):90. <https://doi.org/10.1037//0033-295X.97.1.90>
 42. Shneidman ES. Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993 Mar;181(3):145-7. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
 43. Baldwin JR, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Moffitt TE, Odgers CL, et al. Childhood victimization and inflammation in young adulthood: A genetically sensitive cohort study. *Brain, behavior, and immunity*. 2018 Jan 1;67:211-7. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.08.025>
 44. Brown MJ, Perera RA, Masho SW, Mezuk B, Cohen SA. Adverse childhood experiences and intimate partner aggression in the US: Sex differences and similarities in psychosocial mediation. *Social science & medicine*. 2015 Apr 1;131:48-57. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.044>
 45. Samplin E, Ikuta T, Malhotra AK, Szeszko PR, DeRosse P. Sex differences in resilience to childhood maltreatment: effects of trauma history on hippocampal volume, general cognition and sub-clinical psychosis in healthy adults. *Journal of psychiatric research*. 2013 Sep 1;47(9):1174-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.008>
 46. Herringa RJ, Birn RM, Ruttle PL, Burghy CA, Stodola DE, Davidson RJ, Essex MJ. Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2013 Nov 19;110(47):19119-24.
 47. Javadi M, Jourabchi Z, Shafikhani AA, Tajik E. Prevalence of depression and anxiety and their association with body mass index among high school students in Qazvin, Iran, 2013-2014. *Electronic physician*. 2017;9(6):4655-60. <https://doi.org/10.19082/4655>
 48. Khesht-Masjedi MF, Shokrgozar S, Abdollahi E, Golshahi M, Sharif-Ghaziani Z. Comparing depressive symptoms in teenage boys and girls. *Journal of family medicine and primary care*. 2017;6(4):775-9. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_129_17
 49. Serafini G, Muzio C, Piccinini G, Flouri E, Ferrigno G, Pompili M, Girardi P, Amore M. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2015 Dec 1;24(12):1423-46. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0760-y>
 50. Westermair AL, Stoll AM, Greggerson W, Kahl KG, Hüppe M, Schweiger U. All Unhappy Childhoods are Unhappy in Their Own Way—Differential Impact of Dimensions of Adverse Childhood Experiences on Adult Mental Health and Health

- Behavior. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:198. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00198>
51. Brodbeck J, Fassbinder E, Schweiger U, Fehr A, Späth C, Klein JP. Differential associations between patterns of child maltreatment and comorbidity in adult depressed patients. *Journal of affective disorders*. 2018;230:34-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.077>
 52. Musa S, Peek-Asa C, Jovanović N, Selimović E. Association of adverse childhood experiences and health risk behaviors among young adults visiting a regional primary healthcare center, Federation of Bosnia and Herzegovina. *PLoS one*. 2018;13(3):e0194439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194439>
 53. Grady MD, Yoder J, Brown A. Childhood maltreatment experiences, attachment, sexual offending: testing a theory. *Journal of interpersonal violence*. 2018: 0886260518814262. <https://doi.org/10.1177/0886260518814262>
 54. Mikaeili N, Zamanloo K. A study of the prevalence of child abuse and its prediction from parents' depression and anxiety, attachment styles and mental health of their adolescent boys. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2012;2(5):145-66.
 55. Traverso-Yeppez M, Rourke L, Luscombe S. Connecting the Dots: An ecological lens to preventive measures for adverse childhood experiences. *Social work in public health*. 2017;32(5):339-54. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1295897>
 56. Ajduković M, Rajter M, Rezo I. Individual and contextual factors for the child abuse potential of Croatian mothers: The role of social support in times of economic hardship. *Child abuse & neglect*. 2018;78:60-70. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.008>
 57. Ungar M. Practitioner review: diagnosing childhood resilience—a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2015 Jan;56(1):4-17. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12306>
 58. Khanjari S, Modabber M, Rahmati M, Haghani H. Knowledge, Attitudes and Practices among Parents of School-age Children after Child Sexual abuse Prevention Education. *Iran Journal of Nursing*. 2017 Feb;29(104):17-27. <https://doi.org/10.29252/ijn.29.104.17>
 59. Cheraghi F, Rostaie Z, Asgari M, Shamsaei F, Tapak L. The Effect of Training of Parental Role on Mothers' Attitude with Children Aged 1-5 Years with Respect to Children' Abuse. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017 Nov 15;5(3):182-90. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.5.3.182>
 60. Abbasi, A. Harmonization of Iranian Rules and Regulations with CRC (The Convention of the Rights of the Child). *Biannual Journal of Family Law And Jurisprudence*, 2011; 15(53): 96-117.
 61. Salehi H, Esmaeelpour M. Contemplation on the child abuse act with an emphasis on the protection of children and adolescents in 2002. *Fam Law Juris*. 2014;19(61):117-42.
 62. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. *Medical journal of Mashhad University of medical sciences*. 2014;56(6):354-61.
 63. Farahangiz S, Mohebpour F, Salehi A. Assessment of mental health among Iranian medical students: a cross-sectional study. *International journal of health sciences*. 2016 Jan;10(1):49.
 64. Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Green JG, et al. A risk algorithm for the persistence of suicidal thoughts and behaviors during college. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017 Jul;78(7):e828. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11485>
 65. Sayarifard A, Ghadirian L, Mohit A, Eftekhari M, Badpa M, Rajabi F. Assessing mental health literacy: What medical sciences students' know about depression. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015;29:161.
 66. Lovelace M, Brickman P. Best practices for measuring students' attitudes toward learning science. *CBE—Life Sciences Education*. 2013;12(4):606-17. <https://doi.org/10.1187/cbe.12-11-0197>
 67. Fincham JE. Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the Journal. *American journal of pharmaceutical education*. 2008 Sep;72(2):43. <https://doi.org/10.5688/aj720243>