



Predicting the Depression Symptoms by Childhood Traumas in Male Students

Mehdi Ahmadi¹; Mohammad Mahdi Shariat Bagheri², Mehdi Rezaei³,
Samaneh Khazaei⁴

Abstract

The purpose of this study was to predict the depression symptoms in male students by childhood trauma. The research method was descriptive correlational. The study population consisted of all male elementary and secondary high school students in public schools of Robat Karim (Tehran Province) during the academic year of 2020-2021. 310 students were selected by multi-stage random sampling and answered to the Childhood Trauma Questionnaire and Children's Depression Inventory. Data were analyzed through the Pearson correlation and standard regression. The results of this study showed that the linear combination of childhood trauma variables (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect) predict student depression significantly. Among childhood traumas, emotional abuse and physical abuse predict depression in students significantly. Physical neglect, emotional neglect and sexual abuse did not predict depression symptoms significantly. The present model was also able to explain 25% of the variance of depression in students. Findings of this study support the significant role of emotional abuse and physical abuse on depression symptoms. Therefore, considering the childhood trauma is recommended to clinicians in the treatment of student depression.

Keywords: Childhood trauma, depression symptoms, students

¹ M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahed University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical-Educational Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran ✉

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran



پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

مهدی احمدی^۱، محمد مهدی شریعت باقری^۲، مهدی رضایی^{۳*}، سمانه خزایی^۴

چکیده

هدف این پژوهش، پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی بود. روش این پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه دانش‌آموزان پسر دوره اول و دوم متوسطه مدارس شهرستان رباط کریم (استان تهران) در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشکیل داد. تعداد ۳۱۰ دانش‌آموز به صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های افسردگی کودک و نوجوان کوکس و ترومای کودکی برنشتاین پاسخ دادند. داده‌ها بوسیله آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون استاندارد تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای تروماهای دوران کودکی (سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند. از میان تروماهای دوران کودکی، سوءاستفاده هیجانی و سوءاستفاده فیزیکی به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. ولی سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی نتوانستند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. همچنین مدل حاضر توانست ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین کند. در این مطالعه داده‌ها از نقش معنادار تروماهای کودکی بویژه سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی در دانش‌آموزان حمایت می‌کند. پیشنهاد می‌شود که در درمان افسردگی دانش‌آموزان تاریخچه تروماهای دوران کودکی نیز مورد توجه متخصصان بالینی قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: تروماهای دوران کودکی، دانش‌آموزان، نشانه‌های افسردگی

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی-تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

جامعه دانش‌آموزی بخش عظیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل داده است. یکی از مشکلات و اختلال‌های روانی که جامعه دانش‌آموزی را تهدید می‌کند افسردگی است. شیوع افسردگی در دانش‌آموزان ۱۷/۲ تا ۱۸/۴ درصد برآورد گردید است (ژو، راو، کاو، ون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بانسال، گویال و سیرواستاوا^۲، ۲۰۱۹). در دانش‌آموزان ایرانی نیز میزان شیوع افسردگی شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۱۳، ۱۸ و ۳۱ درصد گزارش شده است که می‌تواند هزینه‌های گزافی را برای جامعه تحمیل کند (کریمی، یادگاری، ساروخانی، فرخی و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی مطالعه در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد.

به عقیده بسیاری از نظریه‌پردازان، بعضی از اختلالات روان‌شناختی از قبیل افسردگی در تجارب آسیب‌زا و تروماهای دوران کودکی^۳ افراد ریشه دارد (لینهان^۴، ۱۹۹۳؛ آرتنز و جندرن^۵، ۲۰۰۹). برای مثال، لینهان (۱۹۹۳) معتقد است تروماها وقتی رخ می‌دهند که تجربیات خصوصی^۶ کودکان با پاسخ‌های نامنظم، نامناسب و شدید اطرافیان مواجه شود. از نظر لینهان (۱۹۹۳) تروماهای دوران کودکی از طریق اعتبارزدایی هیجان^۷ و تجربیات، زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. به عبارت دیگر، در محیط‌های آسیب‌زا تجربیات خصوصی کودکان، اغلب مجازات در پی دارد یا بی‌اهمیت جلوه می‌دهد. از نظر او سواستفاده و غفلت از نمونه‌های اعتبارزدایی هیجانی شدید هستند. همچنین آرتنز و جندرن (۲۰۰۹) معتقدند تروماهای دوران کودکی وقتی رخ می‌دهند که نیازهای اساسی^۸ کودکان ارضا نشوند و از طریق گسترش طحاره‌های^۹ منفی درباره خود و دیگران (مثل، بی‌اعتمادی، شکست، بی‌کفایتی و غیره) زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. از نظر برنستاین، استین، نیوکومب، والکر^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۳) نیز تروماهای دوران کودکی دارای پنج مولفه زیر است: سوءاستفاده هیجانی^{۱۱} (شرایطی که به کودک القا شود، موجودی بی‌ارزش، معیوب، منفور، ناخواسته و مخاطره‌انگیز است)، سوءاستفاده جنسی^{۱۲} (رابطه جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور مشخص بزرگتر بوده یا از زور و اجبار استفاده کرده است)، سوءاستفاده فیزیکی^{۱۳} (ایجاد جراحت عمدی یا وارد کردن ضربه‌های جسمانی به کودک کمتر از ۱۸ سال توسط یک بزرگسال)، غفلت

1. Xu, Rao, Cao, & Wen
2. Bansal, Goyal, & Srivastava
3. Childhood traumas
4. Linehan
5. Arentz & Genderen
6. Private experiences
7. Emotional invalidation
8. Basic needs
9. Schemas
10. Bernstein, Stein, Newcomb, & Walker
11. Emotional abuse
12. Sexual abuse
13. Physical abuse

هیجانی^۱ (اعمال حذفی^۲ که در آن کودک مراقبت و حمایت عاطفی مناسبی را دریافت نمی‌کند) و غفلت فیزیکی^۳ (اعمال حذفی که طی آن کودک از امکاناتی از قبیل امنیت، تغذیه، پوشاک، سرپناه، مراقبت های پزشکی و غیره محروم می‌شود). مطالعات امروزی هم بر نقش تروماهای دوران کودکی در افسردگی دانش‌آموزان تأکید می‌کنند (ویبهاکار، آلن، گی و میسر-استدمن^۴، ۲۰۱۹؛ چانگ، جی، لی، یان^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوزمینزکیات، پنینکس، ون‌هارملن، الیزینگا^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، فراتحلیل ویبهاکار و همکاران (۲۰۱۹) و کوزمینزکیات و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تروماهای دوران کودکی، از بین اختلالات روانی، بیشترین ارتباط را با افسردگی دارد. همچنین، جو، وانگ، لو، سان^۷ و همکاران (۲۰۲۰) و چن، ژانگ، هانگ، ژو^۸ و همکاران، (۲۰۲۱) گزارش کردند که تروماهای دوران کودکی به طور مستقیم و غیرمستقیم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. در مطالعه محمدپور، نظری و فرهادی (۱۳۹۵) نیز، نمره کلی بدرفتاری روان‌شناختی (عدم پاسخ‌گویی هیجانی، طرد کردن، غیراخلاقی بودن، پرتوقع بودن و منزوی سازی) افسردگی بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کرد. با توجه به بررسی ادبیات پژوهش به نظر می‌رسد که در این حیطه، در ایران مطالعات کمتری بر روی دانش‌آموزان صورت گرفته است. بنابراین، تعیین توان پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی بوسیله ابعاد تروماهای کودکی در دوره نوجوانی و دانش‌آموزان در جامعه ایرانی نیز ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، پژوهش‌ها گاهی نتایج ناهمخوان را گزارش کرده‌اند که اهمیت مطالعات مجدد در این زمینه را بیشتر می‌کند. برای مثال، در مطالعه لی، ژائو و یو^۹ (۲۰۲۲) از بین تروماها، فقط سواستفاده هیجانی افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد و در فراتحلیل هامفریز، لی‌مولت، ویر، پیرسیکا^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۰) سوءاستفاده و غفلت هیجانی بیشترین ارتباط را با افسردگی داشت. درحالی‌که، آدامز، مروگ و نایت^{۱۱} (۲۰۱۸) و اسپچور، ویگرت، بروکل، اولوف^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) گزارش کردند که از بین ابعاد پنج‌گانه تروما تنها سوءاستفاده فیزیکی و جنسی می‌تواند افسردگی را پیش‌بینی کند. همچنین در چند مطالعه دیگر فقط غفلت هیجانی، افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد (سکوسکی، گامبین، کادو، وزنیاک-پروس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰؛ گلیکمان، چوی، لویسر، اسمیت^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین اکثر این مطالعات در نمونه‌های بزرگسال صورت گرفته که با احتمال خطای حافظه (به علت گذشته‌نگر بودن سوالات پرسشنامه تروماهای کودکی) مواجه است. بنابراین، با توجه به آنچه که مطرح گردید و اهمیت تاثیر تروماهای کودکی در تحول و بروز افسردگی و تناقض یافته‌ها و نیز کمبود مطالعات در ایران بر روی جمعیت نوجوان و دانش‌آموزی، پژوهش حاضر به

1. Emotional neglect
2. Reduced actions
3. Physical neglect
4. Vibhakar, Allen, Gee, & Meiser-Stedman
5. Chang, Ji, Li, & Yuan
6. Kuzminskaite, Penninx, van Harmelen, & Elzinga
7. Ju, Wang, Lu, & Sun
8. Chen, Zhang, Huang, & Xu
9. Li, Zhao, & Yu
10. Humphreys, LeMoult, Wear, & Piersiak
11. Adams, Mrug, & Knight
12. Scheuer, Wiggert, Brückl, & Awaloff
13. Sekowski, Gambin, Cudo, & Wozniak-Prus
14. Glickman, Choi, Lussier, & Smith

۲۲..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

دنبال آزمون فرضیه کلی زیر است: ابعاد پنج‌گانه تروماهای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی، غفلت هیجانی و فیزیکی) نشانه‌های افسردگی را در دانش‌آموزان پیش‌بینی می‌کند.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از مطالعات توصیفی-مقطعی (همبستگی) و به لحاظ هدف، کاربردی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان پسر متوسطه اول و دوم شهرستان رباط‌کریم تشکیل دادند که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای تعداد ۳۱۰ نفر انتخاب شدند. به این منظور، از میان ۱۰ مدرسه شهرستان رباط‌کریم، ۴ مدرسه و از هر مدرسه ۲ کلاس به صورت تصادفی (در مجموع ۸ کلاس) انتخاب شد. تعداد نهایی نمونه بعد از حذف داده‌های پرت (۱۰ نفر) و پرسشنامه‌های ناقص (۱۸ نفر) به ۲۸۲ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۱۴ تا ۱۷ سال (چون پرسشنامه ترومای کودکی برای ۱۴ سال و بالاتر از اعتبار بهتری برخوردار است)، جنسیت پسر، پایه هشتم تا یازدهم، رضایت به شرکت در مطالعه. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به بیماری‌های جسمی، از دست دادن وابستگان درجه یک در دو ماه اخیر، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی به علت ابتلا به اختلال‌های روانی غیر از افسردگی.

در فرایند اجرای پژوهش نیز، بعد از اخذ مجوز از اداره آموزش پرورش رباط‌کریم و مدیران مدارس، شرکت‌کنندگان براساس ملاک‌های ورود و خروج به صورت گروهی (هر کلاس به طور مجزا) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین پاسخدهی به پرسشنامه حدود ۲۰ دقیقه بود که باحضور محقق در کلاس جهت پاسخ‌گویی به سئوالات احتمالی همراه بود. همچنین به علت وجود سئوالات حساس در پرسشنامه (سئوالات مربوط به سوءاستفاده جنسی)، از اخذ اطلاعات شخصی خودداری شده و فاصله بین دانش‌آموزان رعایت گردید. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق شاخص‌های توصیفی، همبستگی مرتبه صفر پیرسون و تحلیل رگرسیون استاندارد بوسیله برنامه SPSS21 انجام پذیرفت. ابزارهای این پژوهش عبارت بودند از:

فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی^۱ (CTQ-SF): این پرسشنامه را برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) برای جمعیت عمومی و بالینی طراحی کرده‌اند که ۲۵ گویه دارد و پنج حوزه تروماهای دوران کودکی را به ترتیب زیر پوشش می‌دهد: سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی و غفلت هیجانی و فیزیکی. این پرسشنامه در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز رخ نداده=۱، اکثر اوقات رخ داده=۵) نمره‌گذاری می‌شود و از مجموع نمرات گویه‌ها، نمره کل بدست می‌آید. دامنه نمرات برای هرکدام از زیرمقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ می‌باشد و دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. هرچه نمره فرد بالا باشد یعنی تروماهای کودکی بیشتری را تجربه کرده است. اعتبار همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ قرار دارد (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۸۱ (سوءاستفاده فیزیکی) تا ۰/۹۴ (سوءاستفاده جنسی) برآورد کردند. رضایی، غضنفری و رضایی (۱۳۹۵) در بررسی اعتبار سازه‌ای، پنج عامل سوءاستفاده هیجانی، جنسی، فیزیکی، غفلت هیجانی و فیزیکی را استخراج کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۶۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۱

گزارش کردند. در مطالعه حاضر نیز با نمونه ۲۸۲ نفر، آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۷۰، ۰/۶۸، ۰/۶۹، ۰/۷۵ و ۰/۷۱ برآورد شد.

پرسشنامه افسردگی کودک و نوجوان^۱ (CDI): این پرسشنامه توسط کوکس^۲ (۱۹۸۵) برای سنجش افسردگی کودکان و نوجوانان تهیه شده است. پرسشنامه حاضر شامل ۲۷ گویه است و هر ۲۷ گویه براساس یک مقیاس سه درجه‌ای ۰ (هرگز)، ۱ (گاهی اوقات)، ۲ (اغلب اوقات) درجه‌بندی شده است. نمره صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه، نمره یک، بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲، بیانگر وجود نشانه آشکار است. پرسشنامه، شامل پنج خرده‌مقیاس خلق منفی^۳، مشکلات بین فردی^۴، ناکارآمدی^۵، بی‌لذتی^۶ و عزت‌نفس منفی^۷ است. حداکثر و حداقل نمره پرسشنامه بین ۰ تا ۵۴ می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. اعتبار همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان افسردگی ۰/۶۰ برآورد شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمده است (کوکس، ۱۹۸۵). در ایران روایی همگرای آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی کودکان^۸ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ بدست آمده است و ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب بالا، ۰/۵۱، ۰/۳۸، ۰/۵۵، ۰/۶۰ و ۰/۶۰ گزارش شده است. همچنین، پایایی به روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته) برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ (مشکلات بین فردی) تا ۰/۸۳ (عزت نفس منفی) است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه، ۰/۷۹ بدست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با $15 \pm 1/76$ بود. همچنین تعداد افراد کلاس هشتم ۶۵ نفر، کلاس نهم ۷۴ نفر، کلاس دهم، ۶۹ نفر، کلاس یازدهم ۷۶ نفر بودند و ۲۶ نفر نیز پرسشنامه ناقص یا داده‌های پرت داشتند. جدول ۱ نیز شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای سوءاستفاده هیجانی ۷/۱۹، سوءاستفاده جنسی ۵/۸۳، سوءاستفاده فیزیکی ۵/۵۷، غفلت هیجانی ۹/۲۳، غفلت فیزیکی ۸/۴۸ و افسردگی ۱۴/۸۰ است.

1. Children's Depression Inventory
2. Kovacs
3. Negative mood
4. Interpersonal problems
5. Ineffectiveness
6. Anhedonia
7. Negative self-esteem
8. Child depression scale

۲۴..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی پژوهش در کل نمونه (n=۲۸۲)

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | حداقل | حداکثر |
|-------------------|---------|--------------|-------|--------|
| سوءاستفاده هیجانی | ۷/۱۹ | ۲/۹۴ | ۵ | ۲۰ |
| سوءاستفاده جنسی | ۵/۸۳ | ۲/۳۸ | ۵ | ۱۶ |
| سوءاستفاده فیزیکی | ۵/۵۷ | ۱/۳۵ | ۵ | ۱۵ |
| غفلت هیجانی | ۹/۲۳ | ۳/۷۹ | ۵ | ۲۲ |
| غفلت فیزیکی | ۸/۴۸ | ۲/۸۸ | ۵ | ۱۸ |
| افسردگی | ۱۴/۸۰ | ۱۰/۰۹ | ۰ | ۴۴ |

سپس همبستگی مرتبه صفر پیرسون میان متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲ قابل مشاهده است. همانطوری که جدول ۲ نشان می‌دهد دامنه همبستگی میان متغیرها از ۰/۳۲ (بین غفلت فیزیکی و سوءاستفاده جنسی) تا ۰/۶۴ (بین غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) متغیر می‌باشد و همبستگی بین تمام متغیرها معنادار است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۲: ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای پژوهش (n=۲۸۲)

| متغیرها | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۱- سوءاستفاده هیجانی | - | | | | | |
| ۲- سوءاستفاده جنسی | ۰/۵۴ ** | - | | | | |
| ۳- سوءاستفاده فیزیکی | ۰/۴۴ ** | ۰/۵۱ ** | - | | | |
| ۴- غفلت هیجانی | ۰/۵۱ ** | ۰/۳۴ ** | ۰/۳۳ ** | - | | |
| ۵- غفلت فیزیکی | ۰/۴۷ ** | ۰/۲۶ ** | ۰/۳۰ ** | ۰/۶۴ ** | - | |
| ۶- افسردگی | ۰/۴۳ ** | ۰/۳۲ ** | ۰/۳۸ ** | ۰/۳۶ ** | ۰/۳۲ ** | - |

**P<۰/۰۱

در مرحله بعد، قبل از وارد کردن متغیرهای پیش‌بین در معادله رگرسیون استاندارد مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه بهنجاری چندمتغیری از طریق محاسبه قدرمطلق آماره‌های چولگی^۱ و کشیدگی^۲، مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه از طریق بررسی ماتریس همبستگی و عامل‌های تحمل^۳ و تورم واریانس^۴ (VIF) تایید گردید و سپس داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری به ترتیب از طریق نمودار جعبه‌ای و فاصله مهالانوبیس^۵ تعیین و حذف شدند و تعداد نمونه از ۳۱۰ به ۲۸۲ نفر تقلیل یافت. در نهایت افسردگی به عنوان متغیر وابسته و ۵ متغیر سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی، جنسی و غفلت هیجانی و

1. Skewness
2. Kurtosis
3. Tolerance
4. Variance inflation factor (VIF)
5. Mahalanobis Distance

فیزیکی وارد معادله رگرسیون شدند. جدول ۳ نتایج آزمون رگرسیون استاندارد برای برازش مدل را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد مدل حاضر (ترکیب خطی متغیرهای سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) برای پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان برازش دارد ($P < 0/0001$, $F_{(5, 276)} = 14/18$). به عبارت دیگر، ترکیب خطی متغیرهای تروماهای کودکی (سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی) به طور معناداری افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی می‌کند ($P < 0/0001$, $R_{\text{مجدور}} = 0/25$, $F_{(5, 276)} = 14/18$). همچنین مدل حاضر ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین می‌کند.

جدول ۳: نتایج آزمون رگرسیون خطی همزمان برای برازش مدل ($n=282$).

| مدل | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری R | R مجذور | مجدور تعدیل یافته |
|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|------------|---------|-------------------|
| رگرسیون | ۵۵۱۸/۶۷ | ۵ | ۱۱۰۳/۷۳ | ۱۴/۱۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۰ | ۰/۲۳ |
| باقیمانده | ۱۶۵۸۳/۸۸ | ۲۷۶ | ۷۷/۸۶ | | | | |
| کل | ۲۲۱۰۲/۵۵ | ۲۸۱ | | | | | |

بعلاوه، جدول ۴ سهم یگانه متغیرهای سوءاستفاده هیجانی، فیزیکی، جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان را نشان می‌دهد. همانطوری که جدول ۴ نشان می‌دهد فقط دو متغیر سوءاستفاده هیجانی ($P=0/009$ ، $t=2/64$ ، $\beta=0/21$) و سوءاستفاده فیزیکی ($P=0/026$ ، $t=2/25$ ، $\beta=0/17$) می‌توانند افسردگی دانش‌آموزان را پیش‌بینی کنند. به عبارت دقیق‌تر، به اندازه یک واحد استاندارد افزایش در سوءاستفاده هیجانی، افسردگی دانش‌آموزان ۰/۲۱ واحد استاندارد افزایش می‌یابد و به اندازه یک واحد استاندارد افزایش در سوءاستفاده فیزیکی، افسردگی دانش‌آموزان ۰/۱۷ واحد استاندارد افزایش می‌یابد. درحالی‌که سوءاستفاده جنسی، غفلت فیزیکی و هیجانی نتوانستند افسردگی دانش‌آموزان را به طور معناداری پیش‌بینی کنند ($P > 0/05$).

جدول ۴: ضرایب غیراستاندارد و استاندارد تروماهای کودکی در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان.

| مدل | ضرایب غیراستاندارد (B) | خطای انحراف استاندارد | ضرایب استاندارد (β) | t | معناداری | همبستگی جزئی |
|-------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------------|------|----------|--------------|
| ثابت | ۵/۱۹ | ۲/۸۶ | | ۱/۸۱ | ۰/۰۷ | |
| سوءاستفاده هیجانی | ۰/۷۲ | ۰/۲۷ | ۰/۲۱ | ۲/۶۴ | ۰/۰۰۹ | ۰/۱۶ |
| سوءاستفاده فیزیکی | ۱/۲۶ | ۰/۵۶ | ۰/۱۷ | ۲/۲۵ | ۰/۰۲۶ | ۰/۱۳ |
| سوءاستفاده جنسی | ۰/۴۳ | ۰/۴۰ | ۰/۰۸ | ۱/۰۸ | ۰/۲۸۰ | ۰/۰۶ |
| غفلت هیجانی | ۰/۳۲ | ۰/۲۲ | ۰/۱۲ | ۱/۴۷ | ۰/۱۴۰ | ۰/۰۹ |
| غفلت فیزیکی | ۰/۲۷ | ۰/۲۸ | ۰/۰۸ | ۰/۹۷ | ۰/۳۳۰ | ۰/۰۶ |

بحث

۲۶..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

هدف از پژوهش، حاضر پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان بر اساس سابقه تروماهای دوران کودکی بود که نتایج حاصل از آن نشان داد از بین تروماهای پنج‌گانه، فقط سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی به طور معناداری افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. ولی سوءاستفاده جنسی، غفلت هیجانی و غفلت فیزیکی نتوانستند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. همچنین مدل حاضر توانست ۲۵ درصد از واریانس افسردگی دانش‌آموزان را تبیین کند.

رابطه معنادار سوءاستفاده هیجانی با نشانه‌های افسردگی با نتایج لی و همکاران (۲۰۲۱)، کوزمینزکیات و همکاران (۲۰۲۱)، جو و همکاران (۲۰۲۰) و دیگر مطالعات (چانگ و همکاران، ۲۰۲۱؛ چن و همکاران ۲۰۲۱) همسو است. در تبیین رابطه بین سوءاستفاده هیجانی و افسردگی می‌توان گفت، در خانواده‌هایی که از کودک سوءاستفاده هیجانی می‌شود، معمولاً به تجربه شخصی کودک اعتبار داده نمی‌شود و هیجان‌ها و عواطف کودک ابزارهای ارتباطی بی‌اهمیتی در نظر گرفته می‌شود. در واقع، محیط سوءاستفاده‌گر، بر کنترل ابراز هیجان‌ها، بویژه هیجان‌های منفی تأکید می‌کند و تجربیات ناخوشایند کم اهمیت قلمداد می‌شود. درحالی‌که، هیجان‌های خوشایند مثل شادابی و خوشحالی ممکن است به ویژگی‌هایی مثل فقدان بینش، بی‌خردی و عدم عقلانیت یا تکانشوری نسبت داده شوند (لینهان، ۱۹۹۳). به عبارتی، فردی که به لحاظ هیجانی اعتبارزدایی می‌شود به نتایجی از این دست می‌رسد که "دیگران به احساسات من اهمیت نمی‌دهند"، باوری که در افراد افسرده رایج است. همچنین، این عقیده وجود دارد که سوءاستفاده هیجانی به صورت تلویحی و آشکار به کودک القا می‌کند که تجارب هیجانی و درونی کودک مهم نیستند و باعث می‌شود کودک در جریان تحول، این دیدگاه مراقبین را به سایر افراد جامعه تعمیم دهد و به این باور می‌رسد که هیجان‌هایش نه قابل پذیرش هستند نه قابل تأیید. درحالی‌که، در خانواده‌های اعتباربخش عقاید و افکار کودک استخراج شده و با جدیت پاسخ داده می‌شود و هیجان‌های کودک ابزارهای ارتباطی مهمی در نظر گرفته می‌شوند. در واقع، پاسخ‌گویی هماهنگ با هیجان‌ات کودک، باعث می‌شود کودکان توانایی بهتری برای اعتباریابی هیجانی کسب کنند. به‌علاوه، انتقال احساسات کودک به مراقب، نه تنها فرصتی برای بیان احساسات کودک است، بلکه فرصتی برای فرد مراقب است تا هیجان‌ات کودک را به رخدادهای بیرونی پیوند دهد که مسبب آن‌ها هستند (تو به این دلیل غمگین هستی که...). این تلاش برای درک علت و منشأ احساسات و سهیم شدن در آن با فرد مراقب، می‌تواند به افتراق دادن احساسات از یکدیگر کمک کند. در حالی‌که در یک محیط سوءاستفاده‌گر تمامی این فرصت‌ها را از دست می‌رود و کودک استنباط می‌کند که احساساتش منشأ روشنی ندارد و همچنین نمی‌تواند به روشنی بین هیجان‌ها تمیز قائل شود و در نهایت، عملکرد ارتباطی هیجان‌ها از بین می‌رود و فرد برای اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌شود (لینهان، ۱۹۹۳).

از سوی دیگر، رابطه سوءاستفاده هیجانی با نشانه‌های افسردگی با یافته‌های گلیکمان و همکاران، (۲۰۲۱)، سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) ناهمخوان است. همچنین در تضاد با مطالعه حاضر، آدامز و همکاران (۲۰۱۸) و اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) رابطه معناداری بین سوءاستفاده هیجانی و افسردگی پیدا نکردند. از علل ناهماهنگی می‌توان به نوع نمونه‌ها اشاره کرده که در مطالعات یاد شده از نمونه‌های بزرگسال استفاده شده است و در بعضی از آنها از نمونه‌های بالینی (افراد افسرده). همچنین در این مطالعات

از ابزارهای متفاوتی برای سنجش تروما استفاده شده بود. برای مثال آدامز و همکاران (۲۰۱۸) از پرسشنامه‌های سوءاستفاده هیجانی^۱ و پرسشنامه سوءاستفاده جنسی و فیزیکی^۲ استفاده کردند.

همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سوءاستفاده فیزیکی نشانه‌های افسردگی را در دانش‌آموزان به طور معناداری پیش‌بینی می‌کند. این یافته با مطالعات آدامز و همکاران (۲۰۱۸)، چانگ و همکاران (۲۰۲۱)، چن و همکاران (۲۰۲۱) و اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) هماهنگ است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت که بخش قابل توجهی از مهارت‌های خودتنظیمی برای مدیریت رفتار در محیط‌های حامی کودک شکل می‌گیرد. والدینی که از انتقاد، فریاد و تنبیه جسمانی استفاده می‌کنند، محیط آسیب‌زایی را ایجاد می‌کنند که مانع رشد مهارت‌های تنظیم و سازماندهی هیجانی کودک می‌شود. لذا از ابتدا در کودک مهارت‌های لازم برای پرورش تنظیم هیجان شکل نمی‌گیرد. در محیط‌های آسیب‌زا در زندگی کودکی، درک شدن یا عشق وجود ندارد و به عبارتی نیاز به دلبستگی^۳ و صمیمیت کودک ارضا نمی‌شود و ارضا نشدن این نیازها با اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی ارتباط معناداری دارد (آرنتز و جندرن، ۲۰۰۹). در تبیین دیگری می‌توان گفت، وقتی کودک مورد استفاده فیزیکی قرار می‌گیرد و تنبیه می‌شود به طور انتخابی با افکار، احساسات، تجارب و رفتارهای والدین خود همانندسازی کرده و خود را فردی بی‌ارزش و بی‌کفایت در نظر می‌گیرد که از دیگر عوامل زمینه‌ساز افسردگی می‌تواند باشد (آرنتز و جندرن، ۲۰۰۹). به عنوان تبیین نهایی می‌توان گفت، تجربه تروماهای کودکی منجر به تغییر کارکرد و ساختارهای مغزی نیز می‌شود. برای مثال تروماهای کودکی منجر به بدکارکردی مغزی بویژه در نواحی هیپوکامپ^۴، آمیگدالا^۵ و قشر پیش‌پیشانی^۶ شده و زمینه‌ساز تجربه بیشتر هیجان‌های منفی و افسرده‌ساز می‌گردد (کوزمینزکیات و همکاران، ۲۰۲۱).

در این مطالعه سوءاستفاده جنسی و غفلت‌های فیزیکی و هیجانی نقش معناداری در پیش‌بینی افسردگی دانش‌آموزان نداشتند که با مطالعه سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) و گلیکمان و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر نقش معنادار غفلت و مطالعه اسپچور و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثر معنادار سوءاستفاده جنسی در افسردگی همسو نیست. استفاده از ابزارها و نمونه‌های متفاوت در این ناهمخوانی می‌تواند موثر باشد. برای مثال، سکوسکی و همکاران (۲۰۲۰) از بیماران سرپایی و گلیکمان و همکاران (۲۰۲۱) فقط از ابزار سنجش غفلت هیجانی^۷ استفاده کردند. همچنین میزان آسیب‌زایی غفلت نسبت به سوءاستفاده که مستقیم‌تر است کمتر برآورد می‌شود و در یک محیط اعتبارزدا بیشتر، سوءاستفاده‌ها آسیب‌رسان هستند (لینهان، ۱۹۹۳). در ارتباط علت عدم معناداری نقش سوءاستفاده جنسی در پیش‌بینی افسردگی نیز می‌توان گفت که گویه‌های مقیاس سوءاستفاده جنسی حاوی عبارت-های حساس است که در فرهنگ ایرانی با شرم بیشتری همراه است و شاید دانش‌آموزان در گزارش واقعی دچار سوگیری بیشتری شده باشد و میزان واقعی آن را گزارش نکنند. همچنین باورهای فرهنگی درباره مصداق‌های سوءاستفاده جنسی می‌تواند در ناهمخوانی این نتایج موثر باشد. برای مثال در کشورهای غربی شاید یک رفتار خفیف مثل لمس ناخواسته یا تماس چشمی

1. Emotional Abuse Questionnaire
2. Sexual and Physical Abuse Questionnaire
3. Attachment
4. Hippocampus
5. Amygdala
6. Prefrontal Cortex
- 7 Childhood Emotional Neglect by Parents

۲۸..... پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی

بلندمدت (زل زدن) هم به عنوان مصداقی از سواستفاده جنسی در نظر گرفته شود ولی در فرهنگ ایرانی رفتارهای مستقیم‌تر بیشتر به عنوان مصداق سواستفاده جنسی قلمداد می‌شوند.

محدود بودن این پژوهش به یکی از شهرستان‌های استان تهران و اجرای آن بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول و دوم، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که به لحاظ نظری پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی بر روی دانش‌آموزان دختر و سایر مناطق جغرافیایی و مقاطع تحصیلی اجرا شود. محدودیت دیگر این مطالعه، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود که ممکن است شرکت‌کنندگان جهت کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی دچار سوگیری شده باشند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های درجه‌بندی بالینگر^۱ استفاده گردد. از لحاظ کاربردی نیز برگزاری دوره‌های آموزشی جهت آشنایی و نحوه‌ی با مقابله انواع تروماها برای دانش‌آموزان و والدین توسط مشاوران مدارس پیشنهاد می‌گردد. همچنین در مداخلات درمانی برای افسردگی پیشنهاد می‌گردد از مداخلات مبتنی بر تروما^۲ مثل رفتاردرمانی شناختی تروما محور^۳ استفاده شود.

تشکر و قدردانی: در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان، آموزش و پرورش شهرستان رباط کریم و کارکنان مدارس امام خمینی، شهید مفتح، شهید بهشتی، رسول اکرم، شهید باهنر، سعدی، شهید صیاد شیرازی، محمودی‌منش، قدس و شهید چمران که در اجرای پژوهش همکاری‌های لازم را داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

دهشیری، غلامرضا، نجفی، محمود، شیخی، منصوره، و حبیبی، مجتبی. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). فصلنامه خانواده پژوهی، ۵ (۲)، ۱۷۷-۱۵۹.

محمدپور، سمانه، نظری، هدایت، فرهادی، علی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی، نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۶ (۲۶)، ۸۵-۹۹.

Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177. Doi: [10.1016/j.chiabu.2018.09.019](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019)

Arentz, A., Genderen, H. V. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. New York : Guilford Press

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Ha., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 72(2), 169-190.

Chang, J. J., Ji, Y., Li, Y., Yuan, M., & Su, P.-Y. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 102824. Doi: [10.1016/j.ajp.2021.102824](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102824).

Chen, X., Zhang, S., Huang, G., Xu, Y., Li, Q., Shi, J., . . . Lu, C. (2021). Associations between child maltreatment and depressive symptoms among Chinese college students: an analysis of sex differences. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10. Doi: [10.3389/fpsy.2021.656646](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.656646)

1. Clinician rating
2. Trauma-focused therapy
3. Trauma focused cognitive behavioral therapy

- Dehshiri, GH. R., Najafi, M., Shikhi, M., Habibi, H. (2009). Investigating Primary Psychometric Properties of Children's Depression Inventory (CDI). *Journal of Family Research*, 5(2), 159-177. (Text in Presian).
- Glickman, E. A., Choi, K. W., Lussier, A. A., Smith, B. J., & Dunn, E. C. (2021). Childhood Emotional Neglect and Adolescent Depression: Assessing the Protective Role of Peer Social Support in a Longitudinal Birth Cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1182. Doi: [10.3389/fpsyt.2021.681176](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.681176)
- Ju, Y., Wang, M., Lu, X., Sun, J., Dong, Q., Zhang, L., . . . Guo, H. (2020). The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders*, 276, 402-410. Doi: [10.1016/j.jad.2020.07.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.023)
- Karimi, A., Yadegari, N., Sarokhani, D., Fakhri, M., & Dehkordi, A. H. (2021). Prevalence of depression in iranian school students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 12(110), 1-10.
- Kuzminskaite, E., Penninx, B. W., van Harmelen, A.-L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G., & Vinkers, C. H. (2021). Childhood trauma in adult depressive and anxiety disorders: an integrated review on psychological and biological mechanisms in the NESDA cohort. *Journal of Affective Disorders*, 283, 179-191. Doi: [10.1016/j.jad.2021.01.054](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054)
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Li, S., Zhao, F., & Yu, G. (2022). Childhood emotional abuse and depression among adolescents: Roles of deviant peer affiliation and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), 830-850.
- Mohammadpour, S., Nazari, H., & Farhadi, A. (2004). Factor analysis of Children's Depression Inventory questions. *Journal of Counseling Research*, 136(26), 85-99. (Text in Persian).
- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Journal of Psychiatry Research*, 246, 407-414. Doi: [10.1016/j.psychres.2016.10.037](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037)
- Scheuer, S., Wiggert, N., Brückl, T. M., Awaloff, Y., Uhr, M., Lucae, S., . . . Wilhelm, F. H. (2018). Childhood abuse and depression in adulthood: The mediating role of allostatic load. *Psychoneuroendocrinology*, 94, 134-142. Doi: [10.1016/j.psyneuen.2018.04.020](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.020)
- Sekowski, M., Gambin, M., Cudo, A., Wozniak-Prus, M., Penner, F., Fonagy, P., & Sharp, C. (2020). The relations between childhood maltreatment, shame, guilt, depression and suicidal ideation in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 276, 667-677. Doi: [10.1016/j.jad.2020.07.056](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.056)
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston: Pearson education.
- Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B., & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*, 255, 77-89. Doi: [10.1016/j.jad.2019.05.005](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005)
- Xu, D., Rao, W., Cao, X., Wen, S., An, F.-R., Che, W., . . . Xiang, Y.-T. (2020). Prevalence of depressive symptoms in primary school students in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 268, 20-27. Doi: [10.1016/j.jad.2020.02.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.034).

