

پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانش‌گری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان

مریم شهاب^۱، احمدرضا کیانی^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۳۰ صص ۲۶۱-۲۷۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانش‌گری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان بوده است. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دخترتری می‌شد که در موسسات آموزش زبان در شهر اردبیل مشغول به گذراندن کلاس‌های فوق‌العاده برای یادگیری زبان در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها تعداد ۱۶۵ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه محقق‌ساخته سوء‌مصرف مواد، الکل، سیگار و داروهای روان‌گردان، پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی، پرسشنامه سلامت بیمار-۲، مقیاس ناامیدی، مقیاس تکانشگری-پرخاشگری، پرسشنامه توجه خانوادگی و پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر بود. یافته‌ها نشان داد که تجربیات ناگوار کودکی با اعتیاد، اضطراب و تکانشگری رابطه مثبت معنی‌دار دارد. توجه والدینی نیز با اعتیاد، اضطراب و تکانشگری همبستگی منفی معنی‌داری داشته است و افسردگی و ناامیدی نیز با تکانشگری و اضطراب همبستگی داشته‌اند. افسردگی در پیش‌بینی تکانشگری و اضطراب بیشترین سهم را داشته است، اما در پیش‌بینی اعتیاد، تجربیات ناگوار کودکی بیشترین سهم را داشته است. از این یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود که روابط درون خانواده و سال‌های اولیه رشدی نقشی کلیدی در پیش‌بینی اختلالات در زندگی آتی فرد دارند.

کلمات کلیدی: تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، اضطراب، توجه والدینی، تکانشگری

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

^۲ استادیار مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

* نویسنده مقاله: Email: a.kiani@uma.ac.ir

مقدمه

شیوع اختلالات روانی و مشکلات سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران قریب به ۲۲ درصد برآورد شده است (Noorbala., Yazdi, & Hafezi, 2012). در این بین، دختران دانش‌آموز قشر آسیب‌پذیری در این حیطه هستند و برآورد شده که بالای ۲۰ درصد از آنها درگیر مشکلات مربوط به سلامت روان، خصوصاً اختلالات رفتاری هستند (Rabbani, Mahmoudi-Gharaei, (Mohammadi, Motlagh, Mohammad, Ardalan, & Ziaaldini, 2012). از بین این اختلالات می‌توان به اعتیاد (Amin-Esmaeili, Rahimi-Movaghar, Sharifi, Hajebi, Radgoodarzi, (Mojtabai, ... & Motevalian, 2016)، اضطراب (Hajebi, Motevalian, Rahimi-Movaghar, Ryan, Friedman, (Sharifi, Amin-Esmaeili, Radgoodarzi, & Hefazi, 2018) و تکانشگری (Liang, Lake, Mathias, Charles, ... & Dougherty, 2016) اشاره کرد. اعتیاد به مواد به عنوان یک مشکل اجتماعی، روانی و مشکل سلامت، بحران قرن ۲۱ می‌باشد و مهم‌ترین عامل برانگیزاننده رفتارهای پرخطر است (Dehshiri, & Mousavi, 2015). آمارهای مرگ ناشی از مصرف مواد در سراسر دنیا نیاز به توجه فوق‌العاده‌ای در حرفه‌های سلامت دارد (Becker, & Fiellin, 2017) و استفاده از مواد جزو رایج‌ترین اختلال در دانش‌آموزان ایرانی بوده است (Amin-Esmaeili et. Al, 2016). اختلال اضطراب^۱ نیز یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌شناختی در دانش‌آموزان در سراسر جهان می‌باشد (Creswell, Waite, & Cooper, 2014) و این اختلالات بر رشد تحصیلی، اجتماعی و شخصی دانش‌آموزان تاثیر منفی می‌گذارد (Craske & Stein, 2016) و بسیار مهم است که این اختلال به عنوان پیش‌بینی‌کننده اختلالات اضطرابی در بزرگسالی و همچنین دیگر آسیب‌های روانی همچون اضطراب، سوءمصرف مواد و خودکشی مورد شناسایی و بررسی قرار گیرد (Karande, Gogtay, Bala, Sant, Thakkar, & Sholapurwala, 2018). شیوع اختلال اضطراب در دبیرستان حدود ۱۴ درصد برآورده شده و جالب اینجاست که این شیوع در دختران بیشتر از پسران است (جین، هی و همکاران، ۲۰۱۴). تحقیق (Hajebi, et.al, 2018) نشان داده که حدود ۱۹ درصد از دختران دانش‌آموز از این اختلالات رنج می‌برند و آمار این اختلالات اضطرابی بیش از هر نوع دیگر اختلالات روانی است.

یکی از عواملی که با سلامت یا آسیب روانی در افراد ارتباط دارد، تجربیات ناگوار کودکی است (Herzog, & Schmahl, 2018) و یکی از تاثیرات تجربیات ناگوار کودکی را باید در مشکلات سلامت روان در کودکان و بزرگسالان جستجو کرد (Oladeji, Makanjuola, Gureje, 2010).

¹Anxiety disorders

سوءآزار هیجانی، جنسی و جسمی و همچنین کژکاری‌های خانگی مثل سوءمصرف مواد و الکل توسط والدین، بیماری روانی و طلاق، اغلب تجربیات ناگوار کودکی نامیده می‌شوند (Schilling, Aseltine, & Gore, 2007). تحقیقات طولی و گذشته‌نگرانه ثابت کرده‌اند که بدرفتاری با کودکان و نوجوانان، باعث افزایش خطر جرم، خشونت و سوءمصرف مواد می‌شود (Mersky, Topitzes, & Reynolds, 2013). مطالعات نشان داده که یکی از عوامل اصلی اعتیاد به مخدرها، تجربیات ناگوار کودکی می‌باشد (Quinn, Boone, Scheidell, Mateu-Gelabert, McGorray, Beharie & Khan, 2016) و یک عامل کلیدی در سبب‌شناسی مصرف مواد غیرقانونی می‌باشد (Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010) و توجیه‌گر نیمی تا دو سوم مشکلات جدید مرتبط با مواد در دوران بزرگسالی می‌باشد (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, & Giles, 2001). یک مطالعه در سال ۲۰۱۶ رابطهٔ روشنی بین تعداد تجربیات ضربه‌زای کودکی و افزایش خطر سوءمصرف مواد در بزرگسالی نشان داد. افرادی که پنج یا بیش از پنج تجربهٔ ناگوار کودکی را گزارش کردند، به احتمال سه برابر بیشتر در معرض سوءمصرف بوده و به احتمال پنج برابر بیشتر در معرض تزریق مواد قرار داشتند (Quinn, et.al. 2016). مطالعهٔ دیگری نشان داد که بالای ۸۰ درصد بیمارانی که در جستجوی درمان اعتیاد به مواد مخدر بودند، حداقل یک نوع از ضربه‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند (Tsavoussis, Stawicki, Stoicea, & Papadimos, 2014). تجربیات ناگوار کودکی با تکانشگری رابطه دارند. یکی از این تجربیات که رابطهٔ قدرتمندی با تکانشگری دارد، مصرف مواد والدین است. یک فرضیه، به انتقال ژنتیکی تکانشگری می‌پردازد و می‌گوید والدینی که مصرف مواد دارند، خودشان از سطح تکانشگری بالاتری برخوردار هستند و تکانشگری بالای والدین با تکانشگری بالای فرزندان ارتباط دارد (Verdejo-García, Lawrence, & Clark, 2008). عملکرد معیوب خانواده نیز بر این مشکل بیافزاید. در خانواده‌هایی که فرزندپروری صحیحی وجود ندارد و والدین از شیوه‌های تادیبی ناهماهنگی استفاده می‌کنند و حمایت والدینی ضعیفی وجود دارد، احتمال این می‌رود که فرزند در آینده دچار سوءمصرف مواد و اختلالات رفتاری شود (Ryan et.al, 2016). این تجربیات با اضطراب نیز رابطه دارند (Platt, Williams, & Ginsburg, 2016).

سلامت والدینی می‌تواند یکی دیگر از عواملی باشد که پیش‌بینی‌کنندهٔ بعدی سلامت روان در فرزندان باشد (Karimzadeh, Rostami, Teymouri, Moazzen & Tahmasebi, 2017). عوامل مختلفی با رشد اضطراب در کودکان و نوجوانان رابطه دارند که می‌تواند شامل آسیب روانی در والدین، رفتارهای والدینی (همچون کنترل مفرط، طرد، احساسات منفی و فقدان محبت) محیط خانوادگی، سوگیری شناختی کودک و غیره می‌شود (Cited by plott et.al. 2016). اما در این میان، رخدادهای منفی و استرس‌زای زندگی جزو عوامل برجسته و رایجی هستند که بر سلامت روان

McLaughlin, Green, Gruber, Sampson, Zaslavsky,) می‌گذارد (2012, Kessler). مطالعاتی که به بررسی رابطه بین رخداد‌های استرس‌زای زندگی (همچون طلاق والدین، از دست دادن پدر یا مادر بزرگ و جابجایی) و اختلال‌های اضطرابی پرداخته‌اند، دریافته‌اند که کودکان که تشخیص اختلالات اضطرابی خوردند در مقایسه با کودکان غیرمضطرب، به احتمال بیشتری رخداد‌های استرس‌زای زندگی را در گذشته نزدیک تجربه کرده‌اند (Dougherty, 2013, Tolep, Bufferd, Olino, Dyson, Traditi & Klein). همچنین، خانواده‌هایی که رخداد‌های استرس‌زای بیشتری را گزارش کردند، سطح بالاتری از اضطراب را هم در خود و هم در فرزندان نشان دادند. ورود یک والد ناتنی به خانواده، طلاق والدین (Lansford, Malone, Castellino, 2006, Dodge, Pettit, & Bates) و آزار و اذیت کودکی نیز می‌تواند باعث افزایش اضطراب در کودک و نوجوان شود (Cited by plott et.al. 2016). فرزندان که والدین آنها دچار اختلال سوء‌مصرف مواد یا الکل هستند، در معرض خطر بیشتری در برابر درگیر شدن با مواد و همچنین مشکلات سلامت روانی و مشکلات رفتاری هستند (Solis, Shadur, Burns, Hussong, 2012) و در مقایسه با فرزندان فاقد چنین والدینی بیشتر درگیر این اختلالات می‌شوند.

افسردگی یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند سلامت روانی بعدی فرد را پیش‌بینی کند و بر آن تاثیر بگذارد (Blaauw, Dyb, Hagen, Holmen, Linde, Wentzel-Larsen, & Zwart, 2014). تحقیقات فزاینده حاکی از این است که آسیب‌شناسی روانی یکی از عوامل مهم خطر در برابر سوء‌مصرف مواد در نوجوانان است و نوجوانانی که از آشفتگی‌های هیجانی شدیدی همچون افسردگی رنج می‌برند، شدیداً در معرض خطر اختلالات سوء‌مصرف مواد هستند. بدتر اینکه، افرادی که هر دوی این اختلالات را با دارند، وضعیتشان از خراب هم خراب‌تر است و در معرض خطر خودکشی و نقص شناختی و ناتوانی قرار دارند (Wu, Hoven, Liu, Fuller, Fan, Musa & Cook, 2008). اما در مورد تقدم و تاخر این دو اختلال یعنی افسردگی و اعتیاد باید گفت که چندین مطالعه طولی به این نتیجه رسیده‌اند که افسردگی دوران کودکی تاثیر برجسته‌ای بر سیگاری شدن فرد داشته باشد (King, Iacono, & McGue, 2004). اما یک مطالعه طولی در نوجوانان دبیرستانی در آمریکا بدین نتیجه رسیده که سیگار کشیدن و نشانگان افسردگی ارتباط نسبتاً دوسویه و متقابلی دارند (Windle, 2001). با توجه به موارد ذکر شده در بالا و اهمیت دوره نوجوانی و آسیب‌هایی که در این دوره متوجه نوجوانان و خصوصاً دختران استف هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانش‌گری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان بوده است.

فرضیه های پژوهش

۱. تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی با اعتیاد، اضطراب و تکانشگری در دانش‌آموزان رابطه دارند.
۲. تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی می‌توانند اعتیاد، اضطراب و تکانشگری در دانش‌آموزان را پیش‌بینی کنند.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

جامعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختری می‌شد که در موسسات آموزش زبان در شهر اردبیل مشغول به گذراندن کلاس‌های فوق‌العاده برای یادگیری زبان در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها تعداد ۱۶۵ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرایط ورود و خروج به این پژوهش به این صورت بود که افراد باید حتماً دانش‌آموز و مشغول تحصیل باشند، مصرف داروهای آرام‌بخش روانی نداشته باشند، و با تمایل خود خواستار تکمیل پرسشنامه‌ها باشند. کسانی که ملاک‌های بالا را دارا نبودند نیز از پژوهش خارج شدند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که محقق که خود مدرس این کلاس‌ها بوده است، به کلاس‌های خودش و همکاران رجوع کرده و با هماهنگی قبلی همکاران، ۱۵ دقیقه از وقت کلاس را به خود تخصیص داده و در ابتدا پس از توضیح در مورد هدف از این پژوهش و اهمیت نوجوانی و آسیب‌های مربوط به این دوره و همچنین محرمانه بودن نتایج، از دانش‌آموزان می‌خواست تا با رضایت آگاهانه شروع به تکمیل پرسشنامه‌ها کنند. حتی به آنها گفته شد کسانی که مایل به تکمیل نیستند، می‌توانند پرسشنامه را از همان ابتدا به محقق برگردانند. در نهایت بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، محقق آنها را از کلاس درس جمع‌آوری کرده و ضمن سپاسگزاری از استاد مربوطه و دانش‌آموزان، کلاس را ترک می‌کرد. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-23 شده و با استفاده از شیوه آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های ورود به این پژوهش شامل موارد زیر می‌شد: فرد باید دانش‌آموز بوده باشد، در کلاس درس حضور می‌داشته است، حاضر به همکاری و تکمیل پرسشنامه با رضایت خودش باشد. ابزارهای پژوهش نیز شامل موارد زیر بود.

۱. **سوءمصرف مواد، الکل، سیگار و داروهای روان‌گردان:** برای بررسی این بخش، ۴ سوال محقق‌ساخته طراحی شد و هر سوال یک بعد را می‌سنجید: «در طی یک ماه گذشته، چند بار سیگار یا تنباکو مصرف کرده‌اید»، «در طی یک ماه گذشته، چند بار الکل یا مشتقات الکل مصرف کرده‌اید»، «در طی یک ماه گذشته، چند بار مواد مخدر مصرف کرده‌اید»، «در طی یک ماه گذشته،

¹ Substance, Alcohol, cigarette, psychoactive drugs abuses

چند بار مواد روان‌گردان مصرف کرده‌اید». پاسخ‌ها بدین صورت بود: «هیچ، هر چند هفته یک بار، هر چند روز یکبار، هر روز» و نمره‌گذاری از صفر تا ۳ بود و نمره بالاتر نشان از وابستگی و اعتیاد بیشتر در فرد بود. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است (۰/۸۵۵).

۲. پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی^۱ (ACEs): این پرسشنامه توسط مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌های آمریکا و بنیاد کایزر (Bellis, Hughes, Leckenby, Jones, Baban, Kachaeva, & Raleva, 2014) طراحی شده است و شامل ده سوال می‌باشد که هر کدام یک بعد از تجربیات ناگوار کودکی را می‌سنجند. این ده بعد شامل موارد زیر می‌شود: سوء‌آزار هیجانی، سوء‌آزار جسمانی، سوء‌آزار جنسی، غفلت هیجانی، غفلت جسمانی، خشونت خانگی، مصرف مواد والدین، زندانی شدن والدین، بیماری روانی والدین و طلاق والدین می‌شود. پاسخگویی به سوالات به صورت «بلی» و «خیر» می‌باشد و پاسخ مثبت نشانه وجود آن تجربه در فرد در ۱۸ سال اول زندگی می‌باشد. مجموع نمرات در دامنه بین صفر تا ۱۰ قرار دارد و نمره بالاتر نشانه وجود تجربیات ناگوار بیشتر در فرد است. یکی از سوالات برای نمونه بدین صورت است: «آیا در ۱۸ سال اول زندگی، در بین اعضای خانواده شما کسی افسردگی یا بیماری روانی یا گرایش به خودکشی داشت؟». پرسشنامه تجربیات ناگوار کودکی ابزاری پایا و روا برای اندازه‌گیری دشواری‌ها و مشکلات دوران کودکی است و در مطالعات گسترده‌ای مورد استفاده قرار گرفته است (Centers for Disease Control and Prevention 2015). این پرسشنامه ابزاری معتبر و صرفه‌جویانه برای سرنده افراد از طریق ارزیابی گذشته‌نگرانه تجربیات ناگوار کودکی است و از همسانی درونی رضایت-بخشی برخوردار است (Wingefeld, Schäfer, Terfehr, Grabski, Driessen, Grabe, & Spitzer, 2011). در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است (۰/۹۰۷).

۳. پرسشنامه سلامت بیمار-۲ (PHQ-2): این مقیاس یک پرسشنامه دو سوالی است که برای غربال‌گری افراد افسرده مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار غربال‌گری کوتاه، به ارزیابی نشانگان محوری افسردگی یعنی خلق افسرده و عدم لذت^۲ می‌پردازد. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرتی ۵ درجه‌ای می‌باشد و نمره بالاتر نشانگر افسردگی شدیدتر است. ژانگ، لیانگ، چن، ژانگ، ژانگ، و همکاران^۴ (۲۰۱۳) همسانی درونی خوب (۰/۷۲۷)، پایایی بازآمایی (۰/۸۲۹) و

¹ Adverse childhood Experiences

² Patient Health Questionnaire-2

³ anhedonia

⁴ Zhang, Liang, Chen, Zhang, Zhang, et. Al.

همبستگی مناسب با پرسشنامه افسردگی بک ($r=0/651$) را برای این مقیاس گزارش کردند. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است ($0/668$).

۴. **مقیاس ناامیدی**^۱: برای سنجش ناامیدی از مقیاس فریسر، بارنل، سالتر، فورکالا، کالسی و همکاران^۲ (2014) استفاده شده است. این مقیاس شامل دو سوال می شود که به صورت مثبتی نشان دهنده امیدواری است. نمره گذاری این مقیاس به صورت پنج درجه ای لیکرتی می باشد و نمره بالاتر نشان دهنده امیدواری بیشتر است. این مولفان دریافتند که این مقیاس همبستگی عالی با مقیاس ناامیدی بک دارد ($r=0/87$). به صورت مشابه، پایایی بازآزمایی برای این مقیاس در حد مورد قبولی بوده است. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است ($0/80$).

۵. **مقیاس تکانشگری-پرخاشگری**: برای سنجش تکانشگری-پرخاشگری بر مبنای پرسشنامه خشونت پلاتچیک و پراگ^۳ (1989) از سه سوال استفاده شد که نمونه ای از آن بدین صورت بود: «به راحتی عصبانی و یا آزرده خاطر می شوم». پاسخها در دامنه ای بین «به هیچ وجه» تا «خیلی زیاد» قرار می گرفت و نمره بالاتر نشانه خشونت و پرخاشگری بالاتر بود. پایایی درونی این مقیاس بالا گزارش شده ($0/84$) که نشان از همبستگی درونی بالای بین سوالات می باشد. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است ($0/722$).

۶. **پرسشنامه توجه خانوادگی**: در اینجا بر مبنای پژوهش شتگیری، لین، آویلا و فلورس^۴ (2012)، برای سنجش تعهد خانوادگی از دو سوال «آیا والدین همیشه یا معمولاً به اتفاقاتی که برای شما می افتد، توجه دارند؟» و «آیا والدین همه یا اکثر دوستان شما را از نزدیک ملاقات کرده اند؟» استفاده شد. برای سنجش نظارت والدینی از سوال «در هفته گذشته، والدین دو از شما بوده و بالای سر شما نبوده اند؟» و برای سنجش تبادلات والدینی از سوال «آیا شما نظراتان را با والدین خود در میان می گذارید و تبادل عقاید می کنید یا با آنها به خوبی حرف می زنید؟» استفاده شد. نمره گذاری به صورت دو مقوله ای لیکرتی بود. نمره گذاری سوال مربوط به نظارت والدینی به صورت معکوس بوده و دامنه نمرات بین صفر تا ۴ بوده و نمره بالاتر نشانگر توجه بالاتر والدینی بوده است.

¹ Hopelessness

² Fraser, Burnell, Salter, Fourkala, Kalsi, et.al.

³ Plutchik, & Praag

⁴ Shetgiri, Lin, Avila, & Flores

۷. پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر^۱: این پرسشنامه توسط کرونک، اشپیتز و ویلیامز، موناهان و لومز^۲ (۲۰۰۷) ساخته شده است. ابزاری مختصر و دو سوالی برای سنجش اضطراب می‌باشد. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌گر اضطراب بیشتر در فرد است. نمره برش آن نیز برای شناسایی اختلال اضطراب فراگیر ۳ می‌باشد. در این پژوهش نیز پایایی به روش آلفای کرونباخ در حد مناسبی گزارش شده است (۰/۸۳).

۸. سلامت مادرانه: منظور از سلامت مادرانه، سلامت مادر در دوران بارداری نوجوان بوده است و با دو سوال سنجیده می‌شد: «بر طبق اطلاعات یا گفته‌های مادر شما، آیا وی در زمانی که شما را باردار بود، احساس افسردگی می‌کرد یا شرایط برای وی عصبی و ناراحت‌کننده بود؟» و «آیا مادر شما سابقه مصرف مسکن‌ها یا داروهای آرام‌بخش روانی را داشته یا دارد؟». نمره‌گذاری هم به صورت نمی‌دانم، خیر و بلی طبقه‌بندی می‌شود و به هر سوالی که پاسخ بلی داده می‌شد یک نمره تعلق می‌گرفت.

۹. سن مادر: منظور از سن مادر نیز، سن مادر در زمان بارداری آزمودنی بود و با این سوال سنجیده می‌شد: «مادر شما در زمانی که شما را باردار بود، چند سال داشت؟» پاسخ‌ها نیز در طیف زیر طبقه‌بندی می‌شد: «۱. زیر ۱۵ سال، ۲. ۱۶ تا ۱۸ سال، ۳. ۱۹ تا ۲۲ سال، ۴. ۲۳ تا ۲۶ سال، و ۵. بالاتر از ۲۶ سال».

۱۰. استرس مادر: استرس مادر نیز با یک سوال سنجیده می‌شد: «بر طبق اطلاعات یا گفته‌های مادر شما، در زمانی که وی شما را باردار بود، چقدر استرس داشت؟» پاسخ‌ها نیز در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای از «اصلاً» تا «خیلی زیاد» طبقه‌بندی می‌شد.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به مشارکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است که شامل جنسیت، سن، تحصیلات، معدل و فرزند چندم خانواده می‌شده است.

¹ Generalized anxiety disorder questionnaire

² Kroenk, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش

مولفه	گزینه‌ها	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۶۵	۱۰۰
	۱۲ تا ۱۵ سال	۷۲	۴۳/۶
	۱۶ تا ۱۸ سال	۶۸	۴۱/۲
	۱۹ تا ۲۲ سال	۷	۴/۲
	گم شده	۱۸	۱۰/۹
سن	کل	۱۶۵	۱۰۰
	راهنمایی	۴۶	۲۷/۸
	دبیرستان	۷۲	۴۳/۶
	دیپلم	۲۱	۱۲/۷
	گم شده	۲۶	۱۵/۸
تحصیلات	کل	۱۶۵	۱۰۰
	۱۰ تا ۱۵	۲	۱/۳
	۱۶ تا ۱۸	۲۴	۱۴/۵
	۱۹ تا ۲۰	۱۱۵	۶۹/۷
	گم شده	۲۴	۱۴/۵
معدل	کل	۱۶۵	۱۰۰
	اول	۵۸	۳۵/۲
	دوم و سوم، چهارم	۳۵	۲۱/۲
	تک‌فرزند	۱۵	۹/۲
	فرزند آخر	۳۵	۲۱/۲
فرزند چندم	گم شده	۲۲	۱۳/۳
	کل	۱۶۵	۱۰۰

همانطوری که در جدول مشاهده می‌شود، تمام آزمودنی‌ها دختر بوده‌اند (۱۶۵ نفر، ۱۰۰٪). دامنه سنی بین ۱۲ تا ۱۵ سال (۷۲ نفر، ۴۳/۶٪) و ۱۶ تا ۱۸ سال (۶۸ نفر، ۴۱/۲٪) بیشترین فراوانی را داشته‌اند، اکثریت دانش‌آموزان دارای تحصیلات راهنمایی (۴۴۶ نفر، ۲۷/۸٪) و دبیرستان (۷۲ نفر، ۴۳/۶٪) بودند، معدل اکثر آنها (۱۱۵ نفر، ۶۹/۷٪) در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۰ سال بوده است و بیشتر آنها (۵۸ نفر، ۳۵/۲٪) فرزند اول خانواده بوده‌اند. در جدول ۲، همبستگی بین تمام متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۲. همبستگی بین تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی با اعتیاد، اضطراب و تکانش‌گری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. سلامت مادرانه	۱									
۲. مصرف مواد	۰/۴۶۲**	۱								
۳. توجه خانوادگی	-۰/۲۱۳**	-	۱							
۴. امیدواری	-۰/۳۴۸**	-	۰/۴۴۳**	۱						
۵. تجربیات ناگوار	۰/۴۲۷**	۰/۶۴۶**	-	۰/۳۷۷**	۱					
۶. اضطراب	۰/۲۹۲**	۰/۲۱۳**	-	۰/۲۹۶**	۰/۳۳۴**	۱				
۷. تکانشگری	۰/۲۸۶**	۰/۳۲۲**	-	-۰/۳۹۳**	۰/۳۵۷**	۰/۵۹۵**	۱			
۸. افسردگی	۰/۲۳۸**	۰/۱۲۳	-	-۰/۲۶۹**	۰/۳۹۱**	۰/۶۶۶**	۰/۶۶۳**	۱		
۹. سن مادر	-۰/۱۲۲	-۰/۳۵۱**	۰/۱۸۹*	۰/۲۹۰**	-۰/۲۵۵**	-۰/۰۳۴	-۰/۲۰۵*	-۰/۰۶۳	۱	
۱۰. استرس مادر	۰/۲۲۳**	۰/۰۸۹	۰/۰۶۳**	-۰/۲۰۲*	۰/۲۲۲**	۰/۲۷۲**	۰/۰۴۴	۰/۲۸۱**	-۰/۲۲۳**	۱

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ درصد
** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ درصد

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، همبستگی بین تجربیات ناگوار کودکی با اعتیاد (۰/۶۴۶، $r=0/334$)، اضطراب (۰/۳۳۴، $r=0/357$)، تکانشگری (۰/۳۵۷، $r=0/357$)، مثبت و معنی‌دار بوده است. همبستگی بین افسردگی با اعتیاد (۰/۱۲۳، $r=0/123$)، معنی‌دار نبوده اما با اضطراب (۰/۶۶۶، $r=0/666$) و تکانشگری (۰/۶۶۳، $r=0/663$)، مثبت و معنی‌دار بوده است. همبستگی بین امیدواری با اعتیاد (۰/۳۶۳، $r=-0/363$)، اضطراب (۰/۲۹۶، $r=-0/296$)، تکانشگری (۰/۳۹۳، $r=-0/393$)، منفی و معنی‌دار بوده است. همبستگی بین توجه خانوادگی با اعتیاد (۰/۳۵۶، $r=-0/356$)، اضطراب (۰/۲۸۱، $r=-0/281$)، تکانشگری (۰/۵۰۶، $r=-0/506$)، منفی و معنی‌دار بوده است. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی اعتیاد، نگرانی و تکانشگری بر اساس متغیرهای توجه خانوادگی، امیدواری، تجربیات ناگوار کودکی و افسردگی در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی اعتیاد، نگرانی و تکانشگری بر اساس

متغیرهای ملاک

Sig	F	Adjusted R ²	R ²	R	مدل
۰/۰۰۰	۳۰/۱۷۰	۰/۴۴۴	۰/۴۵۹	۰/۶۷۸	اعتیاد
۰/۰۰۰	۳۴/۴۳۹	۰/۴۸۲	۰/۴۹۶	۰/۷۰۴	نگرانی
۰/۰۰۰	۴۰/۵۱۲	۰/۵۲۲	۰/۵۳۵	۰/۷۳۱	تکانشگری

همانطوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، توجه خانوادگی، امیدواری، تجربیات ناگوار کودکی و افسردگی قادر به پیش‌بینی اعتیاد، نگرانی و تکانشگری می‌باشند و ۴۴ درصد واریانس اعتیاد، ۴۸ درصد واریانس نگرانی و ۵۲ درصد واریانس تکانشگری بر مبنای متغیرهای توجه خانوادگی، امیدواری، تجربیات ناگوار کودکی و افسردگی قابل پیش‌بینی است.

در جدول ۴ نیز خلاصه اطلاعات تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی اعتیاد، نگرانی و تکانشگری بر اساس توجه خانوادگی، امیدواری، تجربیات ناگوار کودکی و افسردگی آورده شده است.

جدول ۴. خلاصه اطلاعات تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی اعتیاد، نگرانی و تکانشگری بر

اساس متغیرهای پیش‌بین

Sig	t	Beta	STE	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۴۰	۲/۰۷۷		۰/۴۳۶	۰/۹۰۶	مقدار ثابت	
۰/۶۸۳	۰/۴۰۹	۰/۰۳۰	۰/۱۰۱	۰/۰۴۱	توجه خانوادگی	
۰/۰۰۲	-۳/۱۳۴	-۰/۲۲۲	۰/۰۴۷	-۰/۱۴۷	امیدواری	اعتیاد
۰/۰۰۰	۸/۳۱۱	۰/۵۹۳	۰/۰۱۷	۰/۱۴۴	تجربیات ناگوار کودکی	
۰/۲۹۲	-۱/۰۵۷	-۰/۰۷۵	۰/۰۵۱	-۰/۰۵۴	افسردگی	
۰/۰۹۰	۱/۷۰۸		۰/۶۵۳	۱/۱۱۵	مقدار ثابت	
۰/۳۹۹	۰/۸۴۶	۰/۰۶۱	۰/۱۵۲	۰/۱۲۸	توجه خانوادگی	
۰/۰۴۲	-۲/۰۵۷	-۰/۱۴۵	۰/۰۷۱	-۰/۱۴۵	امیدواری	اضطراب
۰/۶۱۸	۰/۴۹۹	۰/۰۳۵	۰/۰۲۶	۰/۰۱۳	تجربیات ناگوار کودکی	
۰/۰۰۰	۹/۵۷۷	۰/۶۵۹	۰/۰۷۶	۰/۷۲۶	افسردگی	
۰/۰۰۰	۵/۴۷۲		۱/۰۰۴	۵/۴۹۴	مقدار ثابت	
۰/۰۰۱	-۳/۳۳۵	۰/۲۲۹	۰/۲۳۱	-۰/۷۷۰	توجه خانوادگی	
۰/۰۲۹	-۲/۲۰۸	-۰/۱۵۲	۰/۱۱۱	-۰/۲۴۶	امیدواری	تکانشگری
۰/۹۹۰	-۰/۰۱۲	-۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۰۰۰	تجربیات ناگوار کودکی	
۰/۰۰۰	۷/۹۶۹	۰/۵۲۵	۰/۱۱۶	۰/۹۲۳	افسردگی	

همانطوری که در جدول مشاهده می‌شود، ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهند که در پیش‌بینی اعتیاد، تجربیات ناگوار کودکی ($t = 8/311, \beta = 0/593$) و امیدواری ($t = 0/222$) -
 نقش دارند، اما نقش تجربیات ناگوار کودکی برجسته‌تر است. در پیش‌بینی اضطراب، متغیر افسردگی ($t = 9/577, \beta = 0/659$) و امیدواری ($t = -2/057, \beta = -0/145$) نقش دارند. در پیش‌بینی تکانشگری، متغیر افسردگی ($t = 7/969, \beta = 0/525$)، توجه خانوادگی ($t = 0/229$)،
 و امیدواری ($t = -3/335, \beta = -0/152$) نقش دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب و تکانش‌گری بر مبنای تجربیات ناگوار کودکی، افسردگی، ناامیدی و سلامت والدینی در دختران نوجوان بوده است. یافته‌ها نشان داد که تجربیات ناگوار کودکی با اعتیاد، اضطراب و تکانشگری رابطه مثبت معنی‌دار دارد. این یافته با یافته‌های (Quinn, et.al.2016; Kiani, et.al.2018) مبنی بر ارتباط بین تجربیات ناگوار کودکی و اعتیاد، یافته (platt, et.al, 2016) مبنی بر وجود ارتباط بین تجربیات ناگوار کودکی با اضطراب و همچنین با یافته (Verdejo-García, et.al. 2008) مبنی بر ارتباط بین این تجربیات با تکانشگری همخوانی دارد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که تجربیات ناگوار کودکی (سوءآزار جنسی، سوءآزار جسمی و غفلت‌ها) با بسیاری از مشکلات سلامت روان در بزرگسالی ارتباط دارند (Dube, et.al, 2010; Oladeji, et.al.2010; Kiani, et.al.2018). در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجا که این تجربیات ناگوار در سال‌های اولیه زندگی و در بافت درون خانواده اتفاق می‌افتد، ممکن است تاثیری آنقدر قوی بر سیستم شناختی و عصب‌روان‌شناختی فرد بگذارد که تمام آینده و زندگی آتی وی را تحت تاثیر خود قرار دهد (Sher, 2017) و حتی ثبات شناختی فرد را بر هم می‌زند، در نتیجه این باعث می‌شود که فرد در بزرگسالی دچار خطاهای شناختی بیشتری می‌شود و نمی‌تواند در برابر موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز یا موقعیت‌هایی که نقش ماشه‌چکان هیجان را بازی می‌کنند، خود را کنترل کند و در نتیجه ممکن است مضطرب شده یا دست به رفتارهای تکانشگرانه بزند. ضمناً از آنجا که این تجربیات آسیب‌پذیری فرد را بالا برده و خصوصاً در هنگام فقدان عوامل حمایتی باعث عدم رشد کارکردهای اجرایی و پاسخ فیزیولوژیکی تحریف شده به استرس (Shonkoff, 2016)، و مقابله ناسالم، و اختلال در سلامت جسمی، روانی و رفتاری (Dube, et.al, 2001)، می‌شود، انتظار می‌رود که باعث افزایش خطر رفتارهای خودآسیب‌رسان همچون اعتیاد در فرد شود. مطالعات عصب روان‌شناختی به کرات نشان داده کودکانی که تجربیات ناگوار کودکی را تجربه کرده‌اند، در مقایسه

با کودکانی که چنین تجربیاتی نداشته‌اند، در یک یا چند حیطه مشکلات شناختی دارند (McLaughlin, et.al. 2012).

همچنین توجه والدینی نیز با اعتیاد، اضطراب و تکانشگری همبستگی منفی معنی‌داری داشته است. این یافته با یافته (Karimzadeh, et.al, 2017) و (McLaughlin, et.al. 2012) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که یکی از ابعاد توجه خانوادگی در این پژوهش، نظارت و کنترل والدینی بوده است، پس انتظار می‌رود در نوجوان دختری که خانواده خود را به عنوان یک خانواده نظارت‌کننده و مراقب ادراک می‌کند، گرایش به سمت مصرف مواد کمتر باشد. چون یک ناظر بیرونی نظاره‌گر رفتارهای وی است و حتی روابط دوستانه وی را نیز زیر نظر دارد. همچنین از آنجا که در توجه خانوادگی بالا، ابرازگری و تبادلات بین والدین و فرزند وجود دارد، این خود می‌تواند به عنوان سدی در برابر اضطراب عمل کند، چون نوجوان همیشه فکر می‌کند جایی را دارد که بخواهد در آنجا دغدغه‌ها و اضطراب‌های و نگرانی‌های خود را ابراز کند و این خود نه تنها باعث کاهش اضطراب وی می‌شود، بلکه باعث می‌شود که رفتارهای تکانشگرانه وی نیز کمتر شود. چون یکی از عواملی که با تکانشگری ارتباط دارد، عملکرد خانواده است (Ryan, et.al, 2016). در خانواده‌هایی که حمایت و عواطف مثبت وجود دارد، خودتنظیمی فرزندان در سطح بالاتری خواهد بود و بنابراین، انتظار می‌رود که رفتارهای تکانشگرانه کمتری را شاهد باشیم.

افسردگی و ناامیدی نیز با تکانشگری و اضطراب همبستگی داشته‌اند. این با یافته (Blaauw, et.al.2014) و (Wang,et.al. 2015) همخوانی دارد. در ناامیدی فرد تمایل به بیش‌برآورد کردن رویدادهای منفی و کم‌برآورد کردن رویدادهای مثبت دارد. کسانی که ناامید هستند، پیش‌بینی‌های منفی‌تری نسبت به آینده دارند، امیدشان را به آینده از دست می‌دهند و در نتیجه ممکن است این حس منفی به آینده و سرنوشت شخصی باعث شود که اضطراب آنها بالا رود و همچنین چون در ناامیدی سیستم شناختی فرد معیوب شده و جنبه منفی رویدادها را می‌بیند، ممکن است در برابر رخدادها نتواند هیجانات خود را تنظیم کرده و از سبک مقابله‌ای نادرست استفاده کرده و در نتیجه رفتارهای تکانشگرانه از خود نشان دهد. چون یکی از دلایل رفتارهای تکانشگرانه را می‌تواند بر اساس همان تئوری ناکامی - پرخاشگری توجیه کرد. وقتی که فرد ناامید و افسرده است، طبیعتاً ممکن است احساس ناکامی و شکست کند و این باعث می‌شود که دست به رفتار پرخاشگرانه و تکانشگرانه بزند.

در مورد پیش‌بینی متغیرها نیز باید گفت که افسردگی در پیش‌بینی تکانشگری و اضطراب بیشترین سهم را داشته است، اما در پیش‌بینی اعتیاد، تجربیات ناگوار کودکی بیشترین سهم را داشته است. تحقیقات نشان داده است که آشفتگی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی در دختران

به صورت معناداری بیشتر از پسران است (Van Droogenbroeck, et. Al. 2018). در تبیین این یافته‌ها نیز می‌توان گفت که اختلال‌های روانی ممکن است با اختلال افسردگی هم‌آیند باشند و در کنار هم وجود داشته باشند و ضمناً افسردگی اختلالی است که در بسیاری از موارد ممکن است اضطراب و تکانش‌گری را در کنار خود داشته باشد. پس انتظار می‌رود که افسردگی بهتر بتواند این دو متغیر را پیش‌بینی کند. همچنین در تبیین اهمیت نقش تجربیات ناگوار کودکی در پیش‌بینی اعتیاد نیز باید گفت که هم‌راستا با تحقیقات مطرح شده (Anda, et.al, 2006; Dube, et.al, 2003)، این تجربیات یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌گرهای اعتیاد هستند. چونکه در درون خود این تجربیات، اعتیاد والدین قرار دارد و این اعتیاد می‌تواند یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اعتیاد در فرزندان باشد. ضمناً، در درون این تجربیات غفلت‌ها و چالش‌های و سوء‌آزارها قرار دارند و وجود این عوامل در خانواده باعث می‌شود که کودک در دوره نوجوانی آسیب‌پذیرتر شده و دست به رفتارهای خطرناک-تری همچون اعتیاد و وابستگی به مواد یا رفتارهای خودکشی‌گرایانه بزند. ضمناً، کسانی که چنین تجربیات ناگواری داشته‌اند، تاب‌آوری آنها در برابر مشکلات کمتر می‌شود و ممکن است قادر به تحمل درد نباشند و از روی دست به رفتارهای خودآسیب‌رسان بزنند.

ذات هر تحقیقی با محدودیت روبرو است، چون نمی‌توان همه ابعاد را پوشش داد. در این تحقیق نیز محققان به نمونه‌ای محدود و از جمعیتی خاصی دسترسی داشته‌اند، اکثر ابزارهای این پژوهش برای اولین بار توسط این محققان به فارسی برگردانده شده‌اند و ممکن است نیاز به بررسی بیشتری داشته باشند. دانش‌آموزان این تحقیق از آنجا که در کلاس‌های فوق‌العاده شرکت داشته‌اند، ممکن است معرف جمعیت عادی و کل افراد آن جامعه نباشند و این تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌کند. از آنجا که بعضی پرسشنامه‌های این پژوهش گذشته‌نگرانه بودند، ممکن است مشارکت‌کنندگان در فراخوانی اطلاعات مربوط به سال‌های اول زندگی خود با خطا روبرو شده باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی قبل از هر چیز از نمونه‌های گسترده‌تری استفاده شود و همچنین این ابزارها در ایران به صورت وسیع‌تری مورد استفاده قرار گیرد تا بتوان به ویژگی‌های روان‌سنجی آن اعتماد بیشتری کرد. بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در سطح فردی بر مبنای پایش اولیه در مدرسه دانش‌آموزانی که دچار تجربیات منفی و ناگوار هستند شناسایی نمود و دست به مداخله‌های مشاوره‌ای برای این افراد تا بتواند از قدرت این تجربیات کاست تا عوارض و عواقب بعدی متوجه این نوجوانان نباشد. از آنجا که این دانش‌آموزان دختر بودند و دختران در برابر آسیب‌ها شکننده‌تر هستند و در جامعه ما هم متأسفانه نسبت به پسران در حق آنها اجحاف می‌شود و در موضع ضعیف‌تری در جامعه مردسالارانه ما قرار دارند، پیش می‌شود که در بعد توجه خانوادگی، حمایت و مراقبت بیشتری از آنها صورت بگیرد و خانواده‌ها تعهد

بیشتری به دختران بدهند و به آنها اجازهٔ ابرازگری بیشتر در فضای امن خانواده بدهند. چون این ابرازگری می‌تواند از اضطراب آنها بکاهد، سطح تکانشگری آنها را کمتر کند، تنظیم هیجان آنها را بالا ببرد و در نهایت گرایش آنها به سمت رفتارهای خودآسیب‌رسان را کمتر کند.

در نهایت لازم به ذکر است که این پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، به راهنمایی آقای دکتر احمدرضا کیانی انجام گرفته است.

References:

- Amin-Esmaeili, M., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Mojtabai, R., ... & Motevalian, A. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*, 111(10), 1836-1847.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American journal of preventive medicine*, 39(1), 93-98.
- Becker, W. C., & Fiellin, D. A. (2017). Abuse-deterrent opioid formulations—putting the potential benefits into perspective. *New England Journal of Medicine*, 376(22), 2103-2105.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., ... & Raleva, M. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 641-655.
- Blaauw, B. A., Dyb, G., Hagen, K., Holmen, T. L., Linde, M., Wentzel-Larsen, T., & Zwart, J. A. (2014). Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: the Young-HUNT study. *The journal of headache and pain*, 15(1), 38.
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). Increases in drug and opioid overdose deaths — United States, 2000–2014. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64, 1–5.
- Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388:3048–59.
- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 99(7), 674-678.
- Dehshiri, G., & Mousavi, S. F. (2015). Potential for Drug Abuse; the Predictive Role of Parenting Styles, Stress and Type D Personality. *Research on Addiction*, 9(33), 91-106.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., ... & Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: Comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 577-589.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted

suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, 286(24), 3089-3096.

–Fraser, L., Burnell, M., Salter, L. C., Fourkala, E.-O., Kalsi, J., Ryan, A., . . . Menon, U. (2014). Identifying hopelessness in population research: a validation study of two brief measures of hopelessness. *BMJ open*, 4(5), e005093.

–Hajebi, A., Motevalian, S. A., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Radgoodarzi, R., & Hefazi, M. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC psychiatry*, 18(1), 261.

–Herzog, J. I., & Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in psychiatry*, 9.

–Jin, Y., He, L., Kang, Y., Chen, Y., Lu, W., Ren, X., ... & Yao, Y. (2014). Prevalence and risk factors of anxiety status among students aged 13-26 years. *International journal of clinical and experimental medicine*, 7(11), 4420.

–Karande, S., Gogtay, N. J., Bala, N., Sant, H., Thakkar, A., & Sholapurwala, R. (2018). Anxiety symptoms in regular school students in Mumbai City, India. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 92.

–Karimzadeh, M., Rostami, M., Teymouri, R., Moazzen, Z., & Tahmasebi, S. (2017). The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. *Electronic physician*, 9(6), 4497.

–Kiani, A., Ramezani, S., & Atadokht, A. (2019). Predicting Suicidality and Addictions Among University Students Based on Adverse Childhood Experiences and Exposure to Family Members' and Friends' Suicide. *Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 125-136.

–King, S. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99(12), 1548-1559.

–Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325.

–Lansford, J. E., Malone, P. S., Castellino, D. R., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2006). Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parents' divorce or separation. *Journal of family Psychology*, 20(2), 292.

–McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151-1160.

–Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child abuse & neglect*, 37(11), 917-925.

–Noorbala, A. A., Yazdi, S. A. B., & Hafezi, M. (2012). Trends in change of mental health status in the population of Tehran between 1998 and 2007. *Archives of Iranian Medicine (AIM)*, 15(4).

-Oladeji, B. D., Makanjuola, V. A., & Gureje, O. (2010). Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 186-191.

-Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Fuller, C. J., Fan, B., Musa, G., ... & Cook, J. A. (2008). The relationship between depressive symptom levels and subsequent increases in substance use among youth with severe emotional disturbance. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(4), 520-527.

-Platt, R., Williams, S. R., & Ginsburg, G. S. (2016). Stressful life events and child anxiety: Examining parent and child mediators. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 23-34.

-Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*.

-Quinn, K., Boone, L., Scheidell, J. D., Mateu-Gelabert, P., McGorray, S. P., Beharie, N., ... & Khan, M. R. (2016). The relationships of childhood trauma and adulthood prescription pain reliever misuse and injection drug use. *Drug and alcohol dependence*, 169, 190-198.

-Rabbani, A., Mahmoudi-Gharaei, J., Mohammadi, M. R., Motlagh, M. E., Mohammad, K., Ardalan, G., ... & Ziaaldini, H. (2012). Mental health problems of Iranian female adolescents and its association with pubertal development: a nationwide study. *Acta Medica Iranica*, 169-176.

-Ryan, S. R., Friedman, C. K., Liang, Y., Lake, S. L., Mathias, C. W., Charles, N. E., ... & Dougherty, D. M. (2016). Family functioning as a mediator of relations between family history of substance use disorder and impulsivity. *Addictive disorders & their treatment*, 15(1), 17.

-Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC public health*, 7(1), 30.

-Shetgiri, R., Lin, H., Avila, R. M., & Flores, G. (2012). Parental characteristics associated with bullying perpetration in US children aged 10 to 17 years. *American journal of public health*, 102(12), 2280-2286.

-Shonkoff, J. P. (2016). Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA pediatrics*, 170(10), 1003-1007.

-Solis, J., M Shadur, J., R Burns, A., & M Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, 5(2), 135-147.

-Ryan, S. R., Friedman, C. K., Liang, Y., Lake, S. L., Mathias, C. W., Charles, N. E., ... & Dougherty, D. M. (2016). Family functioning as a mediator of relations between family history of substance use disorder and impulsivity. *Addictive disorders & their treatment*, 15(1), 17.

-Tsavoussis, A., Stawicki, S., Stoicea, N., & Papadimos, T. J. (2014). Child-witnessed domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness. *Frontiers in public health*, 2, 178.

-Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC psychiatry*, 18(1), 6. Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 777-810.

-Wang, Y. Y., Jiang, N. Z., Cheung, E. F., Sun, H. W., & Chan, R. C. (2015). Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 183, 83-89.

-Windle, M., & Windle, R. C. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 215.

-Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., ... & Spitzer, C. (2011). The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: first psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61(1), e10-4.

-Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., Fuller, C. J., Fan, B., Musa, G., ... & Cook, J. A. (2008). The relationship between depressive symptom levels and subsequent increases in substance use among youth with severe emotional disturbance. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 69(4), 520-527.

-Zhang, Y. L., Liang, W., Chen, Z. M., Zhang, H. M., Zhang, J. H., Weng, X. Q., ... Zhang, Y. L. (2013). Validity and reliability of Patient Health Questionnaire-9 and Patient Health Questionnaire-2 to screen for depression among college students in China. *Asia-Pacific Psychiatry*, 5(4), 268-275.