Review Article

Role of Risk and Protective Factors in the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Psychological Outcomes: A Systematic Review

Faraneh Tavoosi[1] , **Abbas Ali Hosseinkhanzadeh**[2]✉

[1] Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan. Rasht, Iran
[2] Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan. Rasht, Iran

✉ **Corresponding author:** Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan. Rasht, Iran

Email: khanzadehabbas@guilan.ac.ir
Tel: +989127701389
Postal Code: 4317657544

Received: 3 Feb 2026
Revised: 13 May 2026
Accepted: 10 Jun 2026

Citation: Tavoosi F, Hosseinkhanzadeh A.A. Role of Risk and Protective Factors in the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Psychological Outcomes: A Systematic Review. J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(6): 10304-322.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported License which allows users to read, copy, distribute and make derivative works for non-commercial purposes from the material, as long as the author of the original work is cited properly

Abstract

Introduction: Adverse childhood experiences (ACEs) have been correlated with a wide range of psychological outcomes across the lifespan. Even though research has grown in Iran recently, the available data remains piecemeal and restricted. This systematic review aimed to show and synthesize risk and protective factors associated with the relationship between ACEs and psychological outcomes in Iranian populations.

Methods: This study functioned as a systematic review, in which articles were retrieved using keywords including "Adverse Childhood Experiences", "Psychological Outcomes", "Risk Factors", and "Protective Factors" across national scientific databases (SID, Magiran, Civilica, and Noormags) as well as international databases (PubMed, Scopus, and Google Scholar) covering the period from 2011 through July 2025. Inclusion criteria involved studies conducted on Iranian samples, investigating at least one type of childhood adversity and psychological outcomes along with associated risk or protective factors. Following a quality assessment and the application of the PRISMA flow diagram, 31 eligible articles were selected and evaluated in detail.

Results: Among the 31 included studies, all included studies employed a quantitative methodology, with the majority being cross-sectional in nature. A three-level analysis showed that, at the individual level, insecure attachment and emotion regulation difficulties functioned as risk factors, while resilience and mindfulness were protective. Regarding the family dynamic, child abuse and marital conflicts were identified as risk factors, while parental support was protective. At the social level, although evidence was limited, interpersonal violence and bullying appeared as risk factors, while social support and favorable economic conditions functioned as protective factors.

Conclusion: The findings show that ACEs in Iran are associated with diverse psychological outcomes, with individual, family, and social factors jointly shaping their impact. The significant role of family was particularly emphasized in the Iranian cultural context. The predominance of cross-sectional designs and the lack of interventional and qualitative studies highlight the need for longitudinal and multi-level research. Future interventions should simultaneously target individual empowerment, improvement of family relationships, and strengthening of social support systems.

Keywords: Adverse childhood experiences, Iran, Protective factors, psychological outcomes, Risk factors

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

مقاله مروری

نقش عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده در رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و پیامدهای روان‌شناختی: مطالعه مروری نظام‌مند

فرانه طاووسی[۱]، عباسعلی حسین‌خانزاده[۲]✉

[۱] دانشجوی دکترای روان‌شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
[۲] گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

✉ نویسنده مسئول:
عباسعلی حسین‌خانزاده
گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک:
khanzadehabbas@guilan.ac.ir
تلفن: ۰۹۱۲۷۷۱۳۰۸۹
صندوق پستی: ۴۳۱۷۶۵۷۵۴۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۴
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۲/۲۳
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۰

ارجاع:
طاووسی فرانه، حسین‌خانزاده عباسعلی. نقش عوامل خطرآفرین و محافظت‌کننده در رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و پیامدهای روان‌شناختی: مطالعه مروری نظام‌مند. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۶): ۳۲۲-۱۰۳۰۴.

چکیده

مقدمه: ناملایمات دوران کودکی با پیامدهای روان‌شناسی گسترده‌ای در طول عمر همراه هستند. در ایران، باوجود رشد پژوهش‌ها، شواهد همچنان پراکنده و محدود است. این مرور نظام‌مند باهدف شناسایی و یکپارچه‌سازی عوامل خطر و محافظتی مرتبط با این تجارب در جمعیت ایرانی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه، مروری از نوع نظام‌مند بوده است که طی آن با استفاده از کلیدواژه‌های «ناملایمات دوران کودکی»، «پیامدهای روان‌شناختی»، «عوامل خطر» و «عوامل محافظتی»، در پایگاه‌های علمی ملی شامل SID، Magiran، Civilica و Noormags و بین‌المللی شامل PubMed، Scopus و Google Scholar، مقالات موردنظر از سال ۱۳۸۹ تا تیرماه ۱۴۰۴ جستجو شده‌اند. ملاک‌های ورود شامل اجرا روی نمونه‌های ایرانی، بررسی حداقل یک نوع ناملایمت دوران کودکی و ارزیابی پیامدهای روان‌شناختی به همراه عوامل خطرآفرین یا محافظتی بود. در نهایت بعد از وارسی کیفیت مقالات و با استفاده از نمودار پریزما، ۳۱ مقاله واجد شرایط، انتخاب و به‌صورت دقیق ارزیابی شده‌اند.

نتایج: از مجموع ۳۱ مطالعه وارد شده، همه مطالعات کمی و عمدتاً مقطعی بودند. در سطح فردی، دلبستگی ناایمن و مشکلات تنظیم هیجان از عوامل خطرآفرین و تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی از عوامل محافظتی بودند. در سطح خانوادگی، سوءاستفاده و تعارضات زناشویی خطرآفرین و حمایت والدین محافظتی گزارش شد. در سطح اجتماعی، باوجود شواهد اندک، خشونت بین‌فردی و قلدری عوامل خطرآفرین و حمایت اجتماعی و شرایط اقتصادی مطلوب، عوامل محافظتی شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند تجارب ناملایمات دوران کودکی در ایران با طیفی از پیامدهای روان‌شناختی مرتبط هستند و ترکیب عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شدت این پیامدها نقش دارد. در این میان، نقش محوری خانواده در فرهنگ ایرانی بیش از سایر سطوح برجسته شد. غلبه طرح‌های مقطعی و کمبود مطالعات مداخله‌ای و کیفی، ضرورت انجام پژوهش‌های طولی و چندسطحی را نشان می‌دهد. مداخلات آینده باید به‌طور هم‌زمان بر توانمندسازی فردی، بهبود روابط خانوادگی و توسعه حمایت‌های اجتماعی تمرکز کنند.

واژه‌های کلیدی: ایران، پیامد روان‌شناختی، عوامل خطر، عوامل محافظتی، ناملایمات دوران کودکی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

تجارب ناملایمات دوران کودکی (Adverse Childhood Experiences; ACEs) در برگیرنده طیف گسترده‌ای از سوءرفتارها می‌شود که به دلیل تأثیر عمیق بر سلامت بلندمدت، به‌عنوان چالشی کلیدی در بهداشت عمومی شناخته شده است. یافته‌های یک مطالعه فراتحلیل اخیر (۱) بر پایه ۲۰۸ پژوهش نشان می‌دهد که تقریباً ۶۰ درصد از افراد در سطح جهان حداقل یک نوع از این ناملایمات را تجربه کرده‌اند؛ به‌طوری‌که شیوع تجربه یک مورد ۲۲ درصد، دو مورد ۱۳ درصد، سه مورد ۹ درصد و چهار مورد یا بیشتر ۱۶ درصد برآورد شده است. نتایج نشان داده است که با افزایش تعداد این تجارب، خطر بروز نارسایی‌های سلامت روان و جسم در بزرگسالی به‌طور فزاینده‌ای بالا می‌رود (۱،۲). این تجارب مسیرهای تحولی بهنجار را که نقشی بنیادین در شکل‌گیری سلامت روان در طول عمر ایفا می‌کنند، مختل کرده (۳،۴) و منجر به بروز اختلالات پایدار در فرد می‌گردند (۵،۶). در بستر جامعه ایران نیز مطالعات حاکی از شیوع قابل‌توجه تجارب ناملایمات دوران کودکی است و با طیفی از پیامدهای هیجانی، شناختی و رفتاری متعددی همراه است. پژوهشی بر روی ۱۲۳۳ نفر در ایران نشان داد ۵۹/۳٪ از شرکت‌کنندگان سوءاستفاده جسمی–عاطفی و ۳۲/۵٪ سوءاستفاده جنسی را گزارش کرده‌اند (۷). تجارب ناملایمات دوران کودکی به مجموعه‌ای از رویدادهای تنش‌آور یا آسیب‌زای بالقوه اطلاق می‌شود که قبل از ۱۸ سالگی رخ می‌دهند و مواردی چون سوءاستفاده (مانند جسمی، عاطفی، جنسی)، غفلت (مانند جسمی، عاطفی)، و نابسامانی خانواده (مانند جدایی والدین، زندانی بودن یکی از اعضای خانواده، بیماری روانی یکی از اعضای خانواده) را شامل می‌شوند (۸،۹). شواهد متعدد نشان می‌دهد که ناملایمات دوران کودکی از طریق مسیرهای پیچیده و درهم‌تنیده زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، خطر بروز پیامدهای منفی روان‌شناختی (مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات مرتبط با تنیدگی و مشکلات تنظیم هیجان) را افزایش می‌دهند (۱۰،۱۱). در سطح زیستی، «تنیدگی سمی» ناشی از مواجهه مکرر با تنش، با ایجاد اختلال پایدار در محور هیپوتالاموس–هیپوفیز–آدرنال و تغییرات ساختاری در مدارهای عصبی حیاتی برای تنظیم هیجان، مانند آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی، آسیب‌پذیری فرد را در برابر تنیدگی‌های آتی افزایش می‌دهد (۱۲). این تغییرات عصب‌شناختی، آستانه پاسخ به تنیدگی را کاهش داده و فرد را از نظر بیولوژیکی برای بروز اختلالات مستعدتر می‌نماید (۱۳). آسیب‌پذیری زیستی در تعامل با پیامدهای روانی-اجتماعی که در چارچوب بوم‌شناختی (۱۴) قابل تحلیل هستند، به مسیرهای تحولی گوناگونی منجر می‌شوند. براساس این الگو، سوءرفتار در دوران کودکی حاصل تعامل پیچیده مجموعه‌ای از عوامل در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی است. این مدل بر آن تأکید دارد که آثار ناملایمات صرفاً در سطح فردی بروز نمی‌یابند، بلکه در پیوند با زمینه‌های خانوادگی و اجتماعی شکل می‌گیرند (۱۵). در سطح فردی و خانوادگی، این تجارب غالباً شکل‌گیری دلبستگی ایمن را، که پایه روابط سالم آینده است، مختل کرده و مانع از رشد مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر می‌شوند. این کمبودها، به نوبه خود، خطر بروز اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب را افزایش داده و می‌توانند چرخه انتقال بین‌نسلی آسیب را از طریق به‌کارگیری شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد یا خشن تداوم بدهند (۱۶،۱۷). به دلیل وجود مسیرهای علّی متعدد در اثرگذاری ناملایمات دوران کودکی، واکنش افراد به این تجارب و پیامدهای ناشی از آن‌ها یکسان نیست؛ به این معنا که همه افرادی‌که ناملایمات دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، الزاماً دچار مشکلات روانشناختی نمی‌شوند (۱۸). این امر بر ضرورت شناسایی عوامل مؤثر بر شدت و جهت این رابطه در سطوح فردی و بین‌فردی تأکید دارد. برای مثال، سبک‌های دلبستگی ناایمن و مشکلات تنظیم هیجان، ارتباط بین ناملایمات و علائم اضطراب و افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند (۱۹)، در حالی‌که حمایت اجتماعی، مهارت‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری می‌توانند اثرات منفی این تجارب را کاهش دهند، هرچند اثرات این عوامل ممکن است در سطوح بالای ناملایمات دوران کودکی کاهش یابد (۲۲-۲۰). مطالعات داخلی نیز ارتباط ناملایمات دوران کودکی را با افسردگی (۲۳)، اضطراب و افکار خودکشی (۲۴،۲۵) و گرایش به سوءمصرف مواد (۲۶) در جامعه ایرانی تأیید کرده‌اند. این هم‌سویی در نتایج نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی، الگوهای اثرگذاری ناملایمات دوران کودکی در ایران مشابه مطالعات جهانی است هرچند برخی ویژگی‌های بومی نیازمند بررسی عمیق‌تر است. شواهد موجود در کشور درباره عوامل خطر و محافظتی مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی ناملایمات دوران کودکی هنوز پراکنده و محدود است. فقدان یک مرور نظام‌مند جامع که این شواهد را گردآوری و تحلیل کند،

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

موجب شده تصویر جامعی از وضعیت موجود به‌دست نیاید و مسیرهای دقیق اثرگذاری این عوامل در بستر فرهنگی–اجتماعی به‌طور دقیق شناسایی نگردد. چنین خلأ دانشی، طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه و درمانی هدفمند را با چالش مواجه کرده و توان سیاست‌گذاران برای تدوین برنامه‌های مبتنی بر شواهد را نیز کاهش می‌دهد. در پاسخ به این نیاز، مطالعه مروری نظام‌مند حاضر با هدف شناسایی و یکپارچه‌سازی شواهد موجود درباره عوامل خطر و محافظتی در رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و پیامدهای روانشناختی در جمعیت ایران طراحی و اجرا شد. یافته‌های این مرور می‌توانند به‌عنوان مبنایی برای جهت‌دهی پژوهش‌های آینده، طراحی مداخلات بالینی و توسعه سیاست‌های پیشگیری و ارتقای سلامت روان مورد استفاده قرار گیرند.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مرور نظام‌مند است که بر پایه راهنمای پریزما (۲۷) طراحی و اجرا گردید. فرایند جست‌وجو، انتخاب مقالات، ارزیابی کیفیت، و استخراج داده‌ها با تمرکز بر شفافیت و قابلیت تکرارپذیری انجام شد تا شواهد موجود به‌طور جامع و ساختارمند یکپارچه شوند. پرسش اصلی پژوهش عبارت است از: «براساس مطالعات انجام‌شده در ایران، کدام عوامل فردی، خانوادگی، و اجتماعی به‌عنوان عوامل خطرآفرین یا محافظتی در رابطه بین تجارب ناملایمات دوران کودکی و پیامدهای روان‌شناختی عمل می‌کنند». محدوده زمانی جست‌وجو از سال ۱۳۸۹ تا تیرماه ۱۴۰۴ درنظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل مطالعات بر روی جمعیت ایرانی، بررسی ناملایمات دوران کودکی (پیش از ۱۸ سالگی) و گزارش حداقل یک پیامد روان‌شناختی که طراحی پژوهشی مشخص (مقطعی، همبستگی، مورد–شاهدی یا طولی) داشتند، در چکیده خود به آمار توصیفی یا تحلیلی (اندازه اثر، ضرایب همبستگی یا شاخص‌های معناداری) اشاره کرده بودند، و متن کامل آن‌ها از طریق پایگاه‌های معتبر یا دسترسی دانشگاهی قابل دریافت بود؛ در حالی که آثار غیرپژوهشی (نظیر گزارش‌های موردی و نامه به سردبیر)، مطالعات با کیفیت روش‌شناسی پایین و پژوهش‌های انجام‌شده بر جوامع غیرایرانی از فرآیند تحلیل نهایی خارج شدند. هم‌چنین پژوهش‌هایی که محتوای آن‌ها ماهیت سنجش ابزار یا تمرکز بر ابعاد غیرمرتبط با پیامدهای روان‌شناختی داشتند، در تحلیل نهایی وارد نشدند. راهبرد جست‌وجو با استفاده از ترکیب کلیدواژه‌های فارسی و انگلیسی تدوین شد.کلیدواژه های اصلی شامل شامل اصطلاحات مرتبط با «ناملایمات دوران کودکی» (Adverse Childhood Childhood،Experiences, Childhood Trauma Maltreatment) و «پیامدهای روان‌شناختی» (Psychological Outcomes, Mental Health, Emotional, Cognitive, and Behavioral Problems) بودند. در این مطالعه، پیامدهای روان‌شناختی به‌صورت طیفی از اختلالات و تغییرات هیجانی، شناختی و رفتاری در نظر گرفته شد که می‌تواند شامل افسردگی (Depression)، اضطراب (Anxiety)، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، مشکلات تنظیم هیجان (Emotion Dysregulation)، رفتارهای پرخطر (Risk Behaviors) و اختلال در کارکرد اجتماعی (Social Dysfunction) باشد.

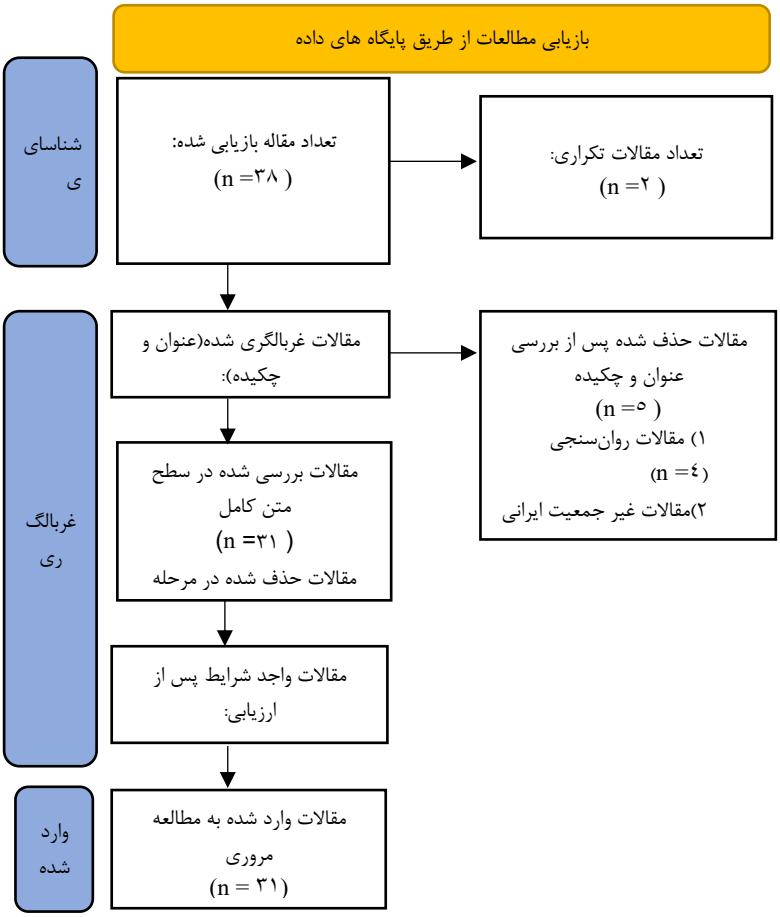
جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی همچون سایت اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (سید)، اطلاعات نشریات کشور (مگ ایران)، مرجع دانش (سیویلیکا)، نشریات تخصصی علوم انسانی و اسلامی (نورمگز) انجام شد تا کلیه مقالات منتشرشده در مجلات علمی–پژوهشی و کنفرانس‌های معتبر که به موضوع ناملایمات دوران کودکی و پیامدهای روان‌شناختی در جمعیت ایران پرداخته‌اند، شناسایی شود. هم‌چنین جهت شناسایی مقالات منتشرشده توسط پژوهشگران ایرانی در مجلات بین‌المللی، جست‌وجوی موازی در پایگاه‌های مذکور صورت پذیرفت و فهرست منابع آثار منتخب نیز به‌صورت دستی مورد بررسی قرار گرفت. فرایند جست‌وجو در قالب نمودار پریزما (نمودار ۱) ارائه شده است که مراحل شناسایی، غربالگری، ارزیابی واجد شرایط بودن، و انتخاب نهایی مقالات را نشان می‌دهد. کیفیت مطالعات واردشده با استفاده از «چک‌لیست ارزیابی انتقادی جویانا بریگز برای مطالعات مقطعی تحلیلی» ارزیابی شد (۲۸). این ابزار جنبه‌هایی چون وضوح معیارهای ورود، روش انتخاب نمونه، سنجش متغیرها و کنترل عوامل مخدوش‌کننده را پوشش می‌دهد. ارزیابی توسط دو پژوهشگر مستقل انجام شد و اختلاف نظرها از طریق اجماع حل شد. نتایج نشان داد تمامی مطالعات وارد شده کیفیت قابل‌قبول (۱۸مطالعه) تا خوب (۱۳ مطالعه) داشتند و مطالعه‌ای به دلیل کیفیت پایین حذف نشد.

استخراج اطلاعات با استفاده از چک‌لیست ذکر شده شامل نام نویسنده و سال انتشار، ویژگی‌های نمونه، طرح پژوهش، ابزار سنجش ناملایمات دوران کودکی، پیامدهای روان‌شناختی،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

عوامل خطر و محافظتی و نتایج اصلی هر مطالعه بود. داده‌ها سپس بر اساس چارچوب بوم‌شناختی بلسکی (۱۳) در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی دسته‌بندی و با روش تحلیل روایتی بررسی شدند. این رویکرد امکان ارائه تصویری جامع از عوامل خطر و محافظتی مرتبط با ناملایمات دوران کودکی در بستر فرهنگی–اجتماعی ایران را فراهم کرد.



نمودار ۱: نمودار PRISMA ۲۰۲۰ برای بررسی و ارزیابی مطالعات واردشده در مرور نظام‌مند

نتایج

یافته‌های حاصل از مرور نظام‌مند مطالعات در (جدول ۱) نشان داده شده‌اند. با وجود انجام جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی، تعداد کل مطالعات شناسایی‌شده محدود بود؛ موضوعی که نشان‌دهنده کمبود شواهد موجود در این حوزه در ادبیات پژوهشی ایران است. از مجموع ۳۸ مطالعه شناسایی‌شده، پس از حذف موارد تکراری، مطالعات فاقد معیار ورود و یک مطالعه بر روی جمعیت غیرایرانی، در نهایت ۳۱ مقاله وارد مرور شده‌اند. سال‌های انتشار مقالات بین ۱۳۸۹ تا ۱۴۰۴ بود و بیشترین تعداد مطالعات در بازه ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ منتشر شده‌اند (۱۷مطالعه؛۵۵٪). حجم نمونه‌ها در مطالعات مختلف بین ۴۸ تا ۱۲۳۳ نفر متغیر بود. تمامی مطالعات از نوع کمی بودند و عمدتاً با طراحی‌های مقطعی یا همبستگی اجرا شده‌اند؛ پژوهش مداخله‌ای یا کیفی گزارش نشد. جامعه‌های موردمطالعه شامل نوجوانان، دانشجویان، زنان، مردان و نمونه‌های عمومی جامعه و هم‌چنین ابزار رایج برای سنجش تجارب ناملایمت دوران کودکی، پرسش‌نامه تجارب ناملایمات کودکی (۲۹) بود. هم‌چنین برای تحلیل محتوای این پژوهش‌ها، از چارچوب بلسکی (۱۳) استفاده شد. بر این اساس، داده‌ها در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی بررسی شدند و خلاصه عوامل خطر،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

محافظتی و پیامدهای روان‌شناختی شناسایی‌شده نیز در (جدول۲) نمایش داده شده است. در سطح فردی، حدود ۱۶ مطالعه (۱۳ مطالعه اختصاصی و ۳ مطالعه دو سطحی) به بررسی عوامل فردی پرداختند. در این مطالعات، متغیرهایی همچون دلبستگی ناایمن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، نشخوار فکری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنی‌سازی ناکارآمد، حرمت خود پایین و باورهای فراشناختی ناسازگار به‌عنوان مهم‌ترین عوامل خطر شناسایی شدند. این عوامل با پیامدهایی چون افسردگی (۲۴،۴۶)، اضطراب (۳۷)، افکار خودکشی (۲۴،۲۵)، اختلالات خوردن (۴۴،۴۸) و رفتارهای اعتیادی (۵۲) ارتباط معنادار داشتند. در مقابل، متغیرهایی چون تاب‌آوری (۲۳)، ذهن‌آگاهی (۴۵)، خوددلسوزی (۳۹) و چشم‌انداز مثبت (۴۹) به‌عنوان مهم‌ترین عوامل محافظتی معرفی شدند که اثرات منفی تجارب ناملایمت دوران کودکی بر سلامت روان را کاهش داده‌اند. در سطح خانوادگی، حدود ۹ مطالعه (۴ مطالعه اختصاصی و ۵ مطالعه دو سطحی) بر سطح خانوادگی متمرکز بودند. سوءاستفاده عاطفی، جسمی و جنسی (۳۵)، غفلت والدینی، خشونت خانوادگی (۵۴) و تعارضات زناشویی (۴۳) به‌عنوان عوامل خطر اصلی گزارش شدند که با پیامدهایی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و پرخاشگری همراه بودند. در مقابل، حمایت والدین (۳۴)، ارتباط والد–کودک مثبت و الگوهای ارتباطی سازنده در خانواده (۳۰،۴۳) اثرات محافظتی معناداری داشتند. شواهدی نیز مبنی بر انتقال بین‌نسلی آسیب‌ها گزارش شد؛ به‌طوری‌که تجارب ناملایمت دوران کودکی والدین با مشکلات هیجانی–رفتاری فرزندان در ارتباط بود (۳۳،۴۰). در سطح اجتماعی، تنها حدود ۴ مطالعه (همگی دو سطحی) به عوامل اجتماعی پرداخته بودند. در این سطح، عواملی چون سوءاستفاده مدرسه‌ای (۵۱)، خشونت بین‌فردی (۳۱)، و مواجهه با خودکشی دوستان (۵۳) به‌عنوان عوامل خطر اصلی گزارش شدند. در مقابل، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۳۰)، پایبندی مذهبی (۳۲) و وضعیت اقتصادی–اجتماعی مطلوب (۴۱) مهم‌ترین عوامل محافظتی بودند که پیامدهایی مانند کاهش اضطراب، کاهش احتمال مصرف سیگار یا تعدیل اثر تجارب ناملایمت دوران کودکی بر گرایش به خودکشی را نشان دادند. با این حال، شواهد در این سطح نسبتاً محدود و پراکنده بود. ۸ مطالعه نیز به‌طور هم‌زمان دو سطح (فردی–خانوادگی یا خانوادگی–اجتماعی) را در نظر گرفته بودند. این مطالعات نشان دادند که هم‌پوشانی عوامل در سطوح مختلف می‌تواند اثرات مضاعف یا تعدیل‌کننده ایجاد کند؛ برای مثال، مشکلات تنظیم هیجان در سطح فردی در تعامل با خشونت خانوادگی یا کیفیت پایین روابط والد–کودک، شدت پیامدهای روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (۳۳،۴۰،۴۳). در مقابل، حمایت اجتماعی در سطح بیرونی می‌تواند اثرات سوءاستفاده خانوادگی بر اضطراب یا افکار خودکشی را تعدیل کند (۳۰). جمع‌بندی شواهد نشان داد که برخی عوامل در مطالعات مختلف به‌طور پایدار تکرار شده‌اند و می‌توان آن‌ها را به‌عنوان الگوهای اصلی خطر و حفاظت در نظر گرفت. در میان عوامل خطر بررسی شده، دلبستگی ناایمن در دو مطالعه با اضطراب بیماری و کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشت (۳۰،۳۷). پس از آن، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و مشکلات تنظیم هیجان در دست‌کم پنج مطالعه با افسردگی، اضطراب و پرخاشگری مرتبط بودند (۴۷، ۴۰-۳۸، ۳۳). هم‌چنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو مطالعه به‌عنوان پیش‌بین اختلالات خوردن و تجارب شبه‌سایکوتیک مطرح شدند (۴۷،۴۸). علاوه بر این، نشخوار فکری (۴۶) و ناگویی هیجانی (۲۴) نیز به‌عنوان عوامل خطر مهم در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی شناسایی شدند. همسو با این یافته‌ها، مجموعه‌ای از عوامل محافظتی نیز گزارش شده‌اند که می‌توانند پیامدهای روانی ناشی از تجارب ناملایمت دوران کودکی را تعدیل کنند. تاب‌آوری در دو مطالعه به‌عنوان عامل کلیدی در کاهش افسردگی و قلدری مطرح شد (۲۳،۳۹). ذهن‌آگاهی در یک مطالعه رابطه میان تجارب ناملایمت دوران کودکی و افسردگی را میانجی‌گری کرد (۴۵). هم‌چنین، خوددلسوزی که در یک مطالعه بررسی شد، در کاهش ارتباط میان تجارب ناملایمت دوران کودکی با رفتارهای قلدری و تکانشگری نقش مؤثر داشت (۳۹). حمایت اجتماعی و حمایت والدین نیز در چند مطالعه به‌عنوان عوامل محافظتی قوی شناسایی شدند (۳۰،۳۴). به طور کلی، یافته‌ها نشان دادند که عوامل مرتبط با تجارب ناملایمات دوران کودکی را می‌توان در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی طبقه‌بندی کرد. این دسته‌بندی بر اساس چارچوب نظری بلسکی (۱۳) انجام شد تا ابعاد درونی، روابط نزدیک و زمینه‌های اجتماعی به‌طور هم‌زمان مد نظر قرار گیرند. چنین رویکردی امکان مقایسه منظم‌تر مطالعات و شناسایی الگوهای مشترک یا متمایز در هر سطح را فراهم کرد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: ویژگی‌های مطالعات واجد شرایط واردشده در این مرور، دسته‌بندی‌شده بر اساس طرح پژوهش

شماره	نویسنده	موضوع	سال	جمعیت و روش نمونه‌گیری	نوع مطالعه و تحلیل آماری	ابزار سنجش	پیامدهای روان‌شناختی	عوامل خطر یا محافظتی	یافته‌های کلیدی
۱	رضایی و همکاران (۳۰)	مدل ساختاری کیفیت زندگی زنان خیانت‌دیده با ناملایمات دوران کودکی و دلبستگی	۱۴۰۴	۲۳۰ زن خیانت‌دیده در تهران، نمونه‌گیری خوشه‌ای	شبه‌آزمای شی، مدل‌سازی معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، دلبستگی، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی	کیفیت زندگی پایین	دلبستگی ناایمن (خطر)، حمایت اجتماعی، دلبستگی ایمن (محافظتی)	ناملایمات دوران کودکی و دلبستگی ناایمن کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد؛ حمایت اجتماعی اثر منفی را تعدیل می‌کند.
۲	دانشور و همکاران (۲۵)	نقش میانجی واکنش‌پذیری عاطفی و پاسخ‌های پاداش‌تأخیر در رابطه ناملایمات دوران کودکی و افکار خودکشی در بیماران افسردگی اساسی	۱۴۰۴	۲۰۱ بیمار بستری افسردگی اساسی در شیراز، نمونه‌گیری در دسترس	مقطعی، مدل‌سازی معادلات ساختاری، همبستگی پیرسون	پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی، مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، آزمون پاسخ‌های پاداش‌تأخیر	افکار خودکشی	واکنش‌پذیری عاطفی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی تأثیر مستقیم و معنادار بر افکار خودکشی دارد ($p<0.001$)؛ واکنش‌پذیری عاطفی و پاسخ‌های پاداش‌تأخیر نقش میانجی دارند.
۳	خراسانی و اسپنسر (۳۱)	رابطه ناملایمات دوران کودکی و قربانی شدن از خشونت شریک صمیمی در زنان ایرانی	۱۴۰۳	۳۰۱ زن از شمال ایران، نمونه‌گیری تصادفی	مقطعی، تحلیل کلاس نهان	پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی، خشونت شریک صمیمی	قربانی شدن از خشونت شریک صمیمی	تجارب بالا، اختلال خانوادگی (خطر)، مهارت‌های مذاکره (محافظتی)	سه کلاس شناسایی شد: تجارب بالا و اختلال خانوادگی با همه انواع خشونت شریک صمیمی مرتبط‌اند؛ کلاس اختلال خانوادگی با آسیب کمتر و مذاکره بیشتر همراه است.
۴	سعیدشیرازی، شمس‌الاحراری (۳۲)	رابطه پایبندی مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان با ناملایمات دوران کودکی	۱۴۰۳	۸۱ زن با ناملایمات دوران کودکی در تهران، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی - همبستگی، همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه	پرسش‌نامه پایبندی مذهبی جان‌بزرگی، راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن	راهبردهای مقابله‌ای (دوری‌گزینی ، خودکنترلی، حل مسئله، بازنگری مثبت)	پایبندی مذهبی (محافظتی)	پایبندی مذهبی پیش‌بینی‌کننده قوی راهبردهای مقابله‌ای مثبت است.($p\leq0.05$)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

۵	اکبری زاده و همکاران (۳۳)	رابطه ناملایمات دوران کودکی مادران و مشکلات روان‌شناختی کودکان	۱۴۰۳	۶۳۲ زن با کودک ۶-۱۲ سال در بوشهر، نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی	همبستگی، مدل‌سازی معادلات ساختاری	فهرست رفتاری کودک، پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی، مقیاس دشواری در تنظیم عاطفی، پرسش‌نامه بازتاب نقش والدینی	مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان	تنظیم عاطفی ضعیف، ظرفیت ذهنی پایین (خطر)	ناملایمات دوران کودکی مادران با مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی کودکان مرتبط است (β=0.363, p<0.001؛ تنظیم عاطفی و ظرفیت ذهنی نقش میانجی دارند.
۶	شهاب و همکاران (۳۴)	اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر پیامدهای روان‌شناختی	۱۴۰۳	۴۸ دانشجوی اردبیل، نمونه‌گیری در دسترس	نیمه‌آزمای شی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی، مقیاس تکانشگری بارت، مقیاس خودسرزنشی، مقیاس احساس گناه و شرم	خودسرزنش ی، احساس گناه، تکانشگری	درمان مبتنی بر شفقت (محافظتی)	درمان مبتنی بر شفقت خودسرزنشی، گناه، و تکانشگری را کاهش می‌دهد.(p<0.01)
۷	خوش‌اخل اق، صداقتی‌فرد (۳۵)	تبیین سلامت روان و رضایت از خود با ناملایمات دوران کودکی	۱۴۰۳	۴۴۰ دانشجوی گرمسار، نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای	توصیفی- همبستگی، تحلیل رگرسیون	پرسش‌نامه سلامت عمومی، رضایت از خود، ترومای کودکی	اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، مشکلات عملکرد اجتماعی	سوءاستفاده عاطفی، غفلت عاطفی، سوءاستفاده جنسی (خطر)	سوءاستفاده عاطفی و غفلت عاطفی ۲۱٪ اضطراب و اختلال خواب، ۱۹٪ اختلال عملکرد اجتماعی، ۱۰٪ علائم جسمانی، و ۷٪ افسردگی را تبیین می‌کند.
۸	جبرائیلی و همکاران (۳۶)	نقش ادغام عاطفی در رابطه ناملایمات دوران کودکی و پرخاشگری	۱۴۰۳	۲۸۸ بزرگسال عمومی، نمونه‌گیری در دسترس	مقطعی، همبستگی پیرسون، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه ترومای کودکی، رفتار پرخطر، ادغام عاطفی	پرخاشگری	کاهش ادغام عاطفی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی پرخاشگری را مستقیم (β=0.42) و غیرمستقیم از طریق کاهش ادغام عاطفی (β=0.12)افزایش می‌دهد.
۹	هاشمی نصرت‌آباد و همکاران (۳۷)	پیش‌بینی اضطراب بیماری‌با ناملایمات	۱۴۰۲	۳۹۵ دانشجوی تبریز،	توصیفی- مقطعی، همبستگی پیرسون،	شاخص وایتلی، باورهای فراشناختی، چک‌لیست	اضطراب بیماری	دلبستگی اضطرابی، باورهای	ناملایمات دوران کودکی، دلبستگی اضطرابی، و باورهای فراشناختی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

		دوران کودکی، دلبستگی، و باورهای فراشناختی		نمونه‌گیری در دسترس	رگرسیون چندگانه	ناملایمات دوران کودکی، دلبستگی	فراشناختی (خطر)	۲۹٪نشانه‌های اضطراب بیماری را پیش‌بینی می‌کنند.
۱۰	شهاب، کیانی (۲۶)	پیش‌بینی اعتیاد، اضطراب، و تکانشگری در دختران نوجوان	۱۴۰۲	۱۶۵ دانش‌آموز دختر در اردبیل، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی	پرسش‌نامه‌های سوءمصرف، ناملایمات دوران کودکی، پرسش‌نامه سلامت روان، ناامیدی، تکانشگری، اضطراب، توجه خانوادگی	اعتیاد، اضطراب، تکانشگری	افسردگی، ناامیدی (خطر)، توجه والدینی (محافظتی)	ناملایمات دوران کودکی، افسردگی، و ناامیدی با اعتیاد، اضطراب، و تکانشگری رابطه مثبت دارند؛ توجه والدینی اثر محافظتی دارد.
۱۱	فرهمند ثابت و همکاران (۳۸)	مدل‌سازی شخصیت ضداجتماعی با ناملایمات دوران کودکی و انعطاف‌ناپذیری	۱۴۰۲	۳۶۱ مراجع روان‌پزشکی در همدان، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌ی ناملایمات دوران کودکی، انعطاف‌ناپذیری ، انحراف هنجاری	شخصیت ضداجتماعی	انعطاف ناپذیری روان‌شناختی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مستقیم (β=0.44)و (β=0.35 و غیرمستقیم (β=0.26)شخصیت ضداجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند.
۱۲	افتخاری و همکاران (۳۹)	مدل ساختاری قلدری در نوجوانان بزهکار	۱۴۰۲	۳۵۰ نوجوان بزهکار ۱۴-۱۸ سال در تهران، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی، تحلیل مسیر	پرسش‌نامه قلدری، کودک‌آزاری، تاب‌آوری، خوددلسوزی، سبک‌های عاطفی	رفتار قلدری	خودتنظیمی هیجانی (خطر)، تاب‌آوری، خوددلسوزی (محافظتی)	خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین تاب‌آوری، خوددلسوزی، و قلدری نقش میانجی دارد (p<0.001).
۱۳	میردریکوند (۴۰)	مدل اختلالات رفتاری و هیجانی در کودکان آزاردیده	۱۴۰۲	۳۰۰ کودک آزاردیده در خرم‌آباد، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی، تحلیل مسیر	پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی، ترومای کودکی، علائم کودک، خودپنداره	اختلالات رفتاری و هیجانی	خودپنداره شخصی (خطر)، انعطاف‌پذیری شناختی (محافظتی)	۸۱.۱٪واریانس اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان توسط ناملایمات دوران کودکی والدین و خودپنداره شخصی تبیین می‌شود.
۱۴	حلوایی‌پور نصرت‌آباد ی (۴۱)	رابطه ناملایمات دوران کودکی	۱۴۰۱	۴۵۰ دانشجوی دانشگاه در	مقطعی، رگرسیون	چک‌لیست ناملایمات دوران کودکی،	سیگار کشیدن	ناملایمات دوران کودکی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی با افزایش احتمال سیگار کشیدن

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

		و سیگار کشیدن در دانشجویان		اصفهان، نمونه‌گیری تصادفی	لجستیک چندمتغیره	پرسش‌نامه سیگار		مرتبط است (OR=3.5 برای ۱-۵ تجربه، OR=6.8برای ۶+ تجربه
۱۵	حلوایی پور، نصرت‌آباد ی (۴۲)	رابطه ناملایمات دوران کودکی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی با ولع سیگار در دانشجویان	۱۴۰۱	۴۵۰ جوان در دانشگاه‌های اصفهان، نمونه‌گیری تصادفی	مقطعی، رگرسیون لجستیک چندمتغیره	چک‌لیست ناملایمات دوران کودکی، پرسش‌نامه ولع سیگار، وضعیت اقتصادی-اجتماعی	ولع سیگار	ناملایمات دوران کودکی (خطر)، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا (محافظتی)	ناملایمات دوران کودکی با ولع سیگار مرتبط است (OR=1.84برای ۱-۵ تجربه، OR=5.37 برای ۶+ تجربه؛ وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا ولع را کاهش می‌دهد (۱۹٪).
۱۶	کیانی و همکاران (۴۳)	مدل پیش‌بینی رضایت زناشویی زنان	۱۴۰۱	۲۵۰ معلم زن در زنجان، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، پرسش‌نامه سلامت روان، رضایت زناشویی، ادراک ازدواج، الگوهای ارتباطی	رضایت زناشویی پایین، افسردگی	مداخله والدینی، افسردگی (خطر)، الگوی ارتباطی سازنده (محافظتی)	مداخله والدینی بیشترین تأثیر مستقیم بر رضایت زناشویی دارد؛ الگوی ارتباطی سازنده اثر مثبت دارد.
۱۷	صالحیان و همکاران (۲۳)	تأثیر ناملایمات دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی بر افسردگی ورزشکاران	۱۴۰۱	۳۸۴ ورزشکار آماتور، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-تحلیلی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های بک، تاب‌آوری، ناملایمات دوران کودکی، پریشانی روان‌شناختی	افسردگی	پریشانی روان‌شناختی (خطر)، تاب‌آوری (محافظتی)	ناملایمات دوران کودکی، پریشانی روان‌شناختی، و تاب‌آوری به ترتیب ۳۸٪، ۲۶.۴٪، و ۳۶٪ افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند.
۱۸	سالاریان کالجی و همکاران (۴۴)	رابطه ناملایمات دوران کودکی با پرخوری با میانجی‌گری شرم و خودانتقادگ ری	۱۴۰۱	۲۸۳ دانشجوی علوم پزشکی تهران، نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی	همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های شرم تصویر بدن، خودانتقادگری، پرخوری، ناملایمات دوران کودکی	نشانه‌های پرخوری	شرم، خودانتقادگری (خطر)	شرم و خودانتقادگری رابطه بین ناملایمات دوران کودکی مرتبط با تصویر بدن و پرخوری را میانجی‌گری می‌کنند (p<0.05).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

۱۹	بابایی و همکاران (۲۴)	پیش‌بینی افسردگی و خودکشی در زنان خیانت‌دیده	۱۴۰۱	۲۲۰ زن خیانت‌دیده در تهران، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-همبستگی، رگرسیون چندگانه	پرسش‌نامه‌های ترومای کودکی، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، افسردگی بک، افکار خودکشی	افسردگی، افکار خودکشی	ذهنی‌سازی ناکارآمد، ناگویی هیجانی (خطر)	۷۶.۹٪ واریانس افسردگی و ۵۵/۲٪ افکار خودکشی توسط ناملایمات دوران کودکی، ذهنی‌سازی ناکارآمد، و ناگویی هیجانی تبیین می‌شود.
۲۰	مانولیان و همکاران (۴۵)	رابطه ناملایمات دوران کودکی و افسردگی با میانجی‌گری ذهن‌آگاهی	۱۴۰۱	۲۸۰ جوان در تهران، نمونه‌گیری در دسترس	همبستگی، مدل‌سازی معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، افسردگی، ذهن‌آگاهی	افسردگی	ذهن‌آگاهی (محافظتی)	ذهن‌آگاهی رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و افسردگی را به‌طور قابل‌توجهی میانجی‌گری می‌کند (RMSEA<0.08).
۲۱	احمدبوکانی و همکاران (۴۶)	نقش نشخوار فکری و تعلق‌پذیری در رابطه ناملایمات دوران کودکی و افسردگی/خودکشی	۱۴۰۰	۶۰۰ دانشجوی اردبیل، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های افسردگی-خودکشی، تعلق‌پذیری، نشخوار فکری، ناملایمات دوران کودکی	افسردگی، گرایش به خودکشی	نشخوار فکری، تعلق‌پذیری خنثی (خطر)	نشخوار فکری و تعلق‌پذیری خنثی رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و افسردگی/خودکشی را میانجی‌گری می‌کنند (p<0.001).
۲۲	نبی‌زاده اصل و همکاران (۴۷)	رابطه‌ناملایمات دوران کودکی و صفات اسکیزوتایپال با میانجی‌گری تجارب تجزیه‌ای	۱۴۰۰	۴۰۰ دانشجوی بیرجند، نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی	توصیفی-همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، تجارب تجزیه‌ای، تحمل‌ناپذیری، اسکیزوتایپال	صفات اسکیزوتایپال	تجارب تجزیه‌ای، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (خطر)	تجارب تجزیه‌ای و تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و صفات اسکیزوتایپال را میانجی‌گری می‌کنند.
۲۳	حاجی‌سید تقیاتقوی و همکاران (۴۸)	نقش ناملایمات دوران کودکی در پیش‌بینی پرخوری با میانجی‌گری طرحواره‌ها	۱۴۰۰	۴۰۹ نفر ۲۳-۶۵ سال در تهران، نمونه‌گیری در دسترس	همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های پرخوری، طرحواره‌های یانگ، ناملایمات دوران کودکی	اختلال پرخوری	طرحواره‌های ناسازگار (خطر)	ناملایمات دوران کودکی مستقیم (β=0.19) و غیرمستقیم (β=0.23) از طریق طرحواره‌های ناسازگار اختلال پرخوری را پیش‌بینی می‌کند.
۲۴	چگینی و همکاران (۷)	آیا تروما/تجارب ناملایمت دوران کودکی	۱۴۰۰	۱۲۳۳ نفر ایرانی ۱۹-۶۵ سال (۵۵.۵٪ زن)،	مقطعی، تحلیل همبستگی،	مقیاس اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی برگن، پرسش‌نامه	اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی	سوءاستفاده جسمی-عاطفی،	شیوع اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی ۲۲/۲٪؛ سوءاستفاده جسمی-عاطفی ۵۹/۳ ٪ و جنسی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

		با اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی ارتباط دارد؟ یک مطالعه مقطعی از ایران		نمونه‌گیری مقطعی	رگرسیون لجستیک	کوتاه ناملایمات دوران کودکی		سوءاستفاده جنسی (خطر)	٪۳۲.۵ گزارش شد؛ تاریخچه ناملایمات دوران کودکی با اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی مرتبط است(OR=1.4) ؛ ٪۱۷/۵ اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی به سوءاستفاده جسمی-عاطفی و ٪ ۹/۷ به جنسی نسبت داده می‌شود؛ اعتیاد به رسانه‌های اجتماعی در مردان و جوان‌ترها شایع‌تر است.
۲۵	دینلی و همکاران (۴۹)	تأثیر ناملایمات دوران کودکی بر چشم‌انداز و سرسختی ورزشکاران	۱۳۹۹	۲۰۲ ورزشکار ۲۸-۲۲ سال در اصفهان، نمونه‌گیری در دسترس	توصیفی-مقطعی، تحلیل مسیر	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، تغییر چشم‌انداز، سرسختی	سرسختی روان‌شناختی	چشم‌انداز منفی (خطر)، چشم‌انداز مثبت (محافظتی)	ناملایمات دوران کودکی بر چشم‌انداز مثبت (p=0.048) و منفی (p=0.002) زندگی تأثیر می‌گذارد؛ چشم‌انداز بر سرسختی اثر دارد.
۲۶	نبی‌زاده اصل و همکاران (۵۰)	رابطه ناملایمات دوران کودکی و تجارب شبه‌سایکوتیک با میانجی‌گری شناختی	۱۳۹۹	۴۰۰ دانشجوی بیرجند، نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی	توصیفی-همبستگی، معادلات ساختاری	پرسش‌نامه‌های ناملایمات دوران کودکی، تنظیم شناختی، سوگیری داووس، طرحواره‌ها، پیش‌مرضی	تجارب شبه سایکوتیک	تنظیم شناختی هیجان، سوگیری‌های شناختی، طرحواره‌های منفی (خطر)	تنظیم شناختی هیجان، سوگیری‌های شناختی، و طرحواره‌های منفی رابطه بین ناملایمات دوران کودکی و تجارب شبه‌سایکوتیک را میانجی‌گری می‌کنند.
۲۷	پورنقاش تهرانی و همکاران (۵۱)	تأثیر ناملایمات دوران کودکی رابطه‌ای بر پیامدهای خودکشی در جوانان	۱۳۹۸	۴۸۷ دانشجوی کارشناسی (٪۵۹.۲ زن)، نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای	مقطعی، آزمون خی‌دو، رگرسیون لجستیک	پرسش‌نامه رفتار خودکشی، پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی رابطه‌ای	رفتارهای خودکشی (اندیشه خودکشی گذشته، از دست دادن معنای زندگی، خطر خودکشی)	سوءاستفاده رابطه‌ای، اختلال خانوادگی، رویدادهای مدرسه، سوءاستفاده جنسی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی با رفتارهای خودکشی (اندیشه خودکشی گذشته: ۳۷/۲٪ از دست دادن معنای زندگی: ۴۴/۶٪، خطر خودکشی: ۳۰/۸٪) مرتبط است؛ زنان بیشتر تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند.
۲۸	حکاک و همکاران (۵۲)	رابطه ناملایمات دوران کودکی و تجارب تجزیه‌ای با	۱۳۹۸	۲۹۵ دانشجوی قزوین، نمونه‌گیری	توصیفی-همبستگی، رگرسیون چندمتغیره	پرسش‌نامه‌های اعتیاد به اینترنت یانگ، تجارب	اعتیاد به اینترنت	ناملایمات دوران کودکی، تجارب تجزیه‌ای (خطر)	ناملایمات دوران کودکی و تجارب تجزیه‌ای واریانس اعتیاد به اینترنت را تبیین می‌کنند؛ در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

		اعتیاد به اینترنت		خوشه‌ای تصادفی		تجزیه‌ای، کودک‌آزاری		پسران فقط ناملایمات دوران کودکی پیش‌بینی‌کننده است.
۲۹	کیانی و همکاران (۵۳)	پیش‌بینی خودکشی و اعتیاد با ناملایمات دوران کودکی و مواجهه با خودکشی	۱۳۹۸	۵۰۰ دانشجوی اردبیل، نمونه‌گیری در دسترس	مقطعی، همبستگی پیرسون، رگرسیون	پرسش‌نامه‌های افسردگی-خودکشی، ناملایمات دوران کودکی، سوءمصرف مواد	خودکشی، اعتیاد (مواد، الکل، سیگار)	ناملایمات دوران کودکی، مواجهه با خودکشی دوستان (خطر)	ناملایمات دوران کودکی با خودکشی (r=0.322)و اعتیاد سیگار r=0.244 ؛ الکل r=0.216 ؛ مواد : (r=0.180) مرتبط است.
۳۰	خدابنده و همکاران (۵۴)	تأثیر ناملایمات دوران کودکی بر پرخاشگری و حرمت خود در مردان قضایی	۱۳۹۷	۳۵۰ مرد قضایی، نمونه‌گیری در دسترس	مقطعی، همبستگی	پرسش‌نامه ناملایمات دوران کودکی (تغییر یافته)، پرسش‌نامه حرمت خود	پرخاشگری، حرمت خود پایین	خشونت خانوادگی (خطر)	ناملایمات دوران کودکی با پرخاشگری رابطه مثبت و با حرمت خود رابطه منفی دارد؛ خشونت خانوادگی شایع‌ترین ناملایمت دوران کودکی است.
۳۱	پورنقاش تهرانی و همکاران (۵۵)	پیش‌بینی واکنش‌های مردان به خشونت همسر با ناملایمات دوران کودکی و باورها	۱۳۸۹	۱۲۰ مرد طلاق‌خواه، نمونه‌گیری تصادفی	مقطعی، رگرسیون	پرسش‌نامه محقق‌ساخته	واکنش‌های رفتاری (قطع رابطه، تلافی، تلاش برای ادامه)	شاهد خشونت، باور به خشونت (خطر)، ظاهر همسر، موفقیت شغلی (محافظتی)	شاهد خشونت در کودکی و باور به اجازه خشونت با قطع رابطه و تلافی مرتبط است؛ ظاهر همسر و موفقیت شغلی واکنش‌ها را تعدیل می‌کند.

جدول ۲: عوامل خطر و محافظتی مرتبط با پیامدهای روان‌شناختی تجارب ناملایمت دوران کودکی، دسته‌بندی‌شده بر اساس چارچوب بلسکی

سطح (بلسکی)	عوامل خطر	عوامل محافظتی	پیامدهای روان‌شناختی
فردی (ویژگی‌های شخصیتی و شناختی)	دلبستگی ناایمن/اضطرابی، واکنش‌پذیری عاطفی بالا، تنظیم عاطفی ضعیف، کاهش ادغام عاطفی، باورهای فراشناختی ناکارآمد، افسردگی و ناامیدی، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، خودتنظیمی هیجانی ضعیف، خودپنداره شخصی منفی، پریشانی روان‌شناختی، شرم و خودانتقادگری، ذهنی‌سازی ناکارآمد، ناگویی هیجانی، نشخوار فکری، تعلق‌پذیری خنثی، تجارب تجزیه‌ای، تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، چشم‌انداز منفی زندگی، تنظیم شناختی هیجان ضعیف، سوگیری‌های شناختی، طرحواره‌های منفی، واکنش‌پذیری به فقدان رابطه، ظرفیت ذهنی پایین، خودسرزنشی و احساس گناه	پایبندی مذهبی، درمان مبتنی بر شفقت، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، چشم‌انداز مثبت زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، خوددلسوزی، مهارت‌های حل مسئله و بازنگری مثبت	افکار خودکشی، پرخاشگری، اضطراب بیماری، شخصیت ضداجتماعی، قلدری، اختلالات رفتاری و هیجانی، افسردگی، پرخوری، صفات اسکیزوتایپال، سرسختی روان‌شناختی کاهش‌یافته، تجارب شبه‌سایکوتیک، اضطراب، تکانشگری، اعتیاد (به مواد، الکل، سیگار)، مشکلات جسمانی و خواب، کیفیت زندگی پایین

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

خانوادگی (روابط مستقیم خانوادگی)	اختلال خانوادگی، سوءاستفاده عاطفی/غفلت/جنسی، سوءاستفاده والدین-کودک/والدین-والدین، مداخله والدینی نامناسب، خشونت خانوادگی، شاهد خشونت در خانواده، انتقال بین‌نسلی تجارب ناملایمت دوران کودکی	دلبستگی ایمن، توجه والدینی، الگوی ارتباطی سازنده، حمایت خانوادگی	مشکلات درونی‌سازی/برونی‌سازی کودکان، رضایت زناشویی پایین، افسردگی خانوادگی، قربانی شدن از خشونت شریک صمیمی، انتقال بین‌نسلی مشکلات روان‌شناختی، مشکلات کارکرد اجتماعی خانوادگی
اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی و فرهنگی)	رویدادهای مدرسه‌ای منفی، مواجهه با خودکشی دوستان، باور به خشونت، فشارهای اجتماعی (طلاق/خیانت)، محله فقیر، عدم حمایت اجتماعی، عوامل فرهنگی منفی (مانند باورهای اجازه‌دهنده خشونت)	حمایت اجتماعی، مهارت‌های مذاکره، وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا، ظاهر همسر/موفقیت شغلی، عوامل فرهنگی مثبت (مانند مذهب و پایبندی دینی)	اعتیاد به اینترنت و رسانه‌های اجتماعی، سیگار کشیدن، ولع سیگار، اعتیاد (مواد، الکل)، رفتارهای خودکشی، پرخاشگری، حرمت خود پایین، اضطراب، اختلال خواب، مشکلات کارکرد اجتماعی، رفتارهای پرخطر در روابط اجتماعی

بحث

پژوهش حاضر با هدف مرور نظام‌مند عوامل خطرآفرین و محافظتی مرتبط با ناملایمات دوران کودکی در ایران انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که علی‌رغم رشد فزاینده توجه به این حوزه در سال‌های اخیر (۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲)، شواهد پژوهشی موجود همچنان محدود و پراکنده است. هم‌چنین با غلبه طرح‌های مقطعی و همبستگی همراه بوده و کمبود مطالعات کیفی و مداخله‌ای، امکان استنتاج علّی و درک عمیق زمینه‌های فرهنگی-اجتماعی این پدیده را محدود ساخته است. تحلیل یافته‌ها حاکی از تعاملی پیچیده میان مؤلفه‌های آسیب‌رسان و منابع حمایتی است. دلبستگی ناایمن (۳۰،۳۷)، نقص در تنظیم هیجان (۳۳،۳۹) و خشونت خانوادگی (۳۱،۵۴) به‌عنوان محوری‌ترین عوامل خطر شناسایی شدند؛ در حالی‌که تاب‌آوری (۲۳،۳۹)، حمایت اجتماعی (۲۹) و خوددلسوزی (۳۴،۳۹) نقش حفاظتی کلیدی ایفا می‌کنند. توزیع مطالعات (۵۲٪ در سطح فردی در مقابل ۲۹٪ سطح خانوادگی و۱۳٪ در سطح اجتماعی) بیانگر شکافی دانشی در تبیین چندسطحی این پدیده در ادبیات علمی ایران است (۲۲). در واکاوی متغیرهای فردی، شواهد بر نقش میانجی واکنش‌پذیری عاطفی و ادغام عاطفی در پیوند میان ناملایمات کودکی با پیامدهایی چون افکار خودکشی، پرخاشگری و کاهش کیفیت زندگی تأکید دارند (۲۵،۳۰،۳۶). در سطح خانوادگی نیز، ظرفیت ذهنی پایین والدین و الگوهای ارتباطی ناکارآمد، نه‌تنها اثرات تجارب آسیب‌زای والدین را تشدید می‌کند، بلکه می‌تواند منجر به شکل‌گیری چرخه‌ای میان‌نسلی از مشکلات روان‌شناختی در فرزندان گردد (۳۱،۳۳،۴۳). در بعد اجتماعی، فقدان شبکه‌های حمایتی و محدودیت در منابع اقتصادی و آموزشی، از مهم‌ترین عوامل تشدیدکننده اضطراب و اختلالات خواب در بزرگسالی گزارش شده‌اند(۳۱،۳۵،۵۱). اگرچه پژوهش‌های داخلی شناخت کلی از عوامل خطر و محافظتی در بافت ایران ارائه کرده‌اند، اما برای فهم عمیق‌تر سازوکارهای روان‌شناختی و آزمون مدل‌های نظری، مقایسه این یافته‌ها با شواهد بین‌المللی ضروری است. این مقایسه می‌تواند نشان دهد کدام الگوها جنبه‌ای همگانی دارند و کدام ابعاد بیشتر ریشه در ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص جامعه ایران دارند. بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که، یافته‌های مرور حاضر با نتایج پژوهش‌های بین‌المللی همخوانی دارد. مرور نظام‌مند فریتز و همکاران (۵۶) نشان داد که منابع فردی نظیر حرمت خود بالا و خودکارآمدی، عوامل خانوادگی مانند انسجام خانواده و فرزندپروری مثبت، و منابع اجتماعی همچون شبکه‌های حمایتی گسترده می‌توانند نقش میانجی یا تعدیل‌کننده در ارتباط بین تجارب ناملایمت دوران کودکی و سلامت روان داشته باشند. پژوهش‌های اخیر نیز این الگو را تأیید کرده‌اند. برای نمونه، لی و همکاران (۵۷) در مطالعه‌ای روی سالمندان نشان دادند که تاب‌آوری نزدیک به یک‌سوم اثرات این تجارب بر افسردگی را تعدیل می‌کند. هم‌چنین، روترز و بوک (۵۸) دریافتند که سبک‌های دلبستگی اضطرابی و ذهن‌آگاهی پایین مسیر میانجی بین تجارب ناملایمت و صفات مرزی را تشکیل می‌دهند. لوو و همکاران (۵۹) نیز نشان دادند که سبک‌های فرزندپروری، به‌ویژه سبک‌های فرزندپروری طردکننده، میانجی رابطه بین تجارب والدین و مشکلات رفتاری کودکان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

هستند. مقایسه این شواهد با یافته‌های ایران نشان می‌دهد که نقش خانواده و روابط والدینی در بستر فرهنگی ایران اهمیت مضاعفی دارد، به‌گونه‌ای که ضعف در تنظیم هیجان والدین یا ناتوانی در فرزندپروری نه‌تنها پیامدهای فردی را تشدید می‌کند بلکه می‌تواند چرخه‌ای میان‌نسلی از آسیب‌ها را شکل دهد. این موضوع بازتابی از ساختار جمع‌گرای خانواده در ایران است که در آن نقش والدین و پیوندهای خانوادگی فراتر از جوامع فردگرای غربی عمل می‌کند. با این‌حال، باید توجه داشت که صرف شباهت الگوهای مشاهده‌شده در ایران و جهان به معنای کفایت شواهد داخلی نیست. تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌توانند موجب شوند برخی از ابعاد تجارب ناملایمت دوران کودکی در ایران به‌درستی شناسایی یا سنجیده نشوند. برای نمونه، تجربه‌های مبتنی بر تبعیض جنسیتی، فشارهای آموزشی یا تنبیه بدنی در بافت ایرانی ممکن است نمود و پیامدهایی متفاوت از جوامع غربی داشته باشند. با توجه به این مسئله، کیفیت ابزارها و طرح‌های پژوهشی اهمیت حیاتی پیدا می‌کند تا بتوان هم‌پوشانی‌ها و تمایزهای فرهنگی را دقیق‌تر تبیین کرد. بنابراین مسئله ابزارهای سنجش ناملایمات دوران کودکی یکی از چالش‌های اساسی شناسایی‌شده در مطالعات داخلی است. بیشتر پژوهش‌ها از پرسش‌نامه‌های ترجمه‌شده غربی استفاده کرده‌اند، در حالی‌که شواهد روان‌سنجی کافی در بافت فرهنگی ایران محدود است. هرچند تلاش‌هایی پراکنده برای اعتبارسنجی انجام شده (۶۰،۶۱)، اما این مطالعات نظام‌مند و فراگیر نبوده و عمدتاً بر گروه‌های خاص متمرکز بوده‌اند. علاوه بر این، برخی از ابعاد تجارب ناملایمت در جامعه ایرانی با جوامع غربی تفاوت دارد؛ برای مثال، غفلت والدینی در بسیاری از خانواده‌های ایرانی پدیده‌ای رایج و تا حدی عادی تلقی می‌شود، در حالی‌که در ابزارهای غربی کمتر به آن پرداخته شده است. در نتیجه، ابزارهای فعلی ممکن است قادر به پوشش کامل تجربه‌های بومی نباشند. به‌طور خلاصه، مرور حاضر چند شکاف اساسی را آشکار کرد. نخست، نبود مطالعات طولی و مداخله‌ای مانع از تبیین روابط علّی و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر شواهد می‌شود. دوم، فقدان پژوهش‌های کیفی سبب شده است که معنای فرهنگی و اجتماعی تجارب ناملایمات دوران کودکی در ایران به‌درستی مشخص نشود. سوم، محدودیت‌های مربوط به ابزارهای سنجش ــ که اغلب ترجمه پرسش‌نامه‌های غربی بدون روان‌سنجی گسترده هستند ــ مقایسه‌پذیری نتایج و قابلیت تعمیم آن‌ها را کاهش می‌دهد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در ایران با بهره‌گیری از طرح‌های طولی، مطالعات مداخله‌ای و روش‌های کیفی، شواهد موجود را غنی‌تر کنند. در نهایت، این بررسی ضمن روشن‌سازی ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی پیامدهای تجارب ناملایمات کودکی، کاستی‌های پژوهشی و کاربردی مهمی را نیز مشخص کرد. توجه به این شکاف‌ها نه‌تنها می‌تواند کیفیت شواهد علمی در کشور را ارتقا بخشد، بلکه در سطح عملی نیز امکان طراحی مداخلات چندسطحی را فراهم می‌کند؛ مداخلاتی که از یک‌سو به توانمندسازی فردی (مانند آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و تاب‌آوری) تمرکز دارند و از سوی دیگر، تقویت حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی را هدف قرار می‌دهند. چنین رویکردی می‌تواند به پیشگیری از انتقال چرخه‌های آسیب میان‌نسلی و ارتقای سلامت روان کودکان و نوجوانان در ایران کمک کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به تحلیل جامع یافته‌ها و شناسایی شکاف‌های پژوهشی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تجارب ناملایمات دوران کودکی در ایران نیز با پیامدهای روان‌شناختی گسترده همراه است و مجموعه‌ای از عوامل خطرآفرین یا محافظت‌کننده در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌توانند در کاهش یا تشدید این پیامدها نقش داشته باشند. نقش خانواده و سبک‌های فرزندپروری در بافت فرهنگی ایران جایگاهی ویژه دارد و می‌تواند تعیین‌کننده مسیر انتقال آسیب به نسل‌های بعدی باشد. از این رو، طراحی مداخلات باید رویکردی چندسطحی داشته باشد؛ به این معنا که حمایت از کودکان صرفاً با تقویت مهارت‌های فردی آنان، مانند تاب‌آوری و تنظیم هیجان کافی نیست، بلکه توجه هم‌زمان به سلامت روان والدین، کیفیت روابط خانوادگی و سیاست‌های پیشگیرانه در سطح جامعه، از جمله آموزش والدین و ارتقای آگاهی عمومی، ضرورت دارد. با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی چون کمبود مطالعات طولی، غلبه طرح‌های مقطعی، فقدان پژوهش‌های کیفی و استفاده از ابزارهای سنجش غیربومی همراه بود که تفسیر نتایج را با احتیاط توأم می‌کند. بر این اساس، پژوهش‌های آینده لازم است با طراحی‌های طولی و مداخله‌ای، انجام مطالعات کیفی عمیق، بهره‌گیری از رویکردهای

CC BY-NC 4.0
[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

ترکیبی و توسعه ابزارهای بومی، شواهد دقیق‌تر و معتبرتری را فراهم کنند تا بتوانند پشتوانه علمی لازم را برای سیاست‌گذاری و مداخلات پیشگیرانه در این حوزه مهیا سازند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله از نوع مروری است که هیچگونه آزمایشی بر روی انسان یا حیوان نداشته است. هیچ کدام از داده‌ها در حمایت از مطالعات نتیجه نهایی پژوهش دستکاری نشده‌اند و به تمامی در دسترس در راستای موضوع پژوهش اشاره شده است.

حامی مالی

ندارد.

تعارض در منافع

وجود ندارد .

مشارکت نویسندگان

در ایده، نگارش، و ویرایش مقاله تمامی نویسندگان مشارکت داشتند . مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، تحلیل رسمی،پژوهش، گردآوری داده‌ها: فرانه طاووسی، عباسعلی حسین‌خانزاده

نوشتن - تهیه پیش‌نویس اصلی، منابع: فرانه طاووسی

نوشتن - بررسی و ویرایش، نظارت، مدیریت پروژه:عباسعلی حسین‌خانزاده

References

1. Küçükardalı-Cansever B, Lamson A, Sira N, Bridgland SA, Eagan S, Roberts E. ***Adverse childhood experiences (ACEs) screening in primary care settings for adults: a systematic review***. J Child Adolesc Trauma. 2025; 18(2): 377-93.

2. Rosenthal A, Meyer MS, Mayo D, Tully LM, Patel P, Ashby S, et al. ***Contributions of childhood trauma and atypical development to increased clinical symptoms and poor functioning in recent onset psychosis***. Early Interv Psychiatry. 2020; 14(6): 755-61.

3. World Health Organization. ***Improving the mental and brain health of children and adolescents***. Geneva: World Health Organization; 2024.

4. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, et al. ***Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity***. BMC Pediatr. 2018; 18(1): 83.

5. Kumar S, Campbell JA, Wang X, et al. ***Trends in prevalence of adverse childhood experiences by sociodemographic factors in the United States: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2009–2022***. BMC Public Health. 2024; 24: 2615.

6. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Rodriguez GR, Sethi D, Passmore J. ***Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis***. Lancet Public Health. 2019; 4(10): e517-28.

7. Chegeni M, Nakhaee N, Shahrbabaki PM, Shahrbabaki ME, Haghdoost A, Parsinejad M. ***Does childhood trauma associate with social media addiction? A cross-sectional study from Iran***. Int J Ment Health Addict. 2023; 21: 2225-37.

8. Hardcastle K, Bellis MA, Sharp CA, Hughes K. ***Exploring the health and service utilisation of general practice patients with a history of adverse childhood experiences (ACEs): An observational study using electronic health records***. BMJ Open. 2020; 10(9): e036239.

9. Centers for Disease Control and Prevention. ***About adverse childhood experiences (ACEs)***. Atlanta: CDC; 2024.

10. Tomlinson CA, Shin SH, Corso C, Ksinan Jiskrova G. ***Patterns of adverse childhood experiences and mental health symptoms among young adults***. Child Youth Serv Rev. 2024; 161: 107680.

11. American Psychiatric Association. ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders***. 5th ed, text rev. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2022.

12. Neves I, Dinis-Oliveira RJ, Magalhães T. ***Epigenomic mediation after adverse childhood experiences: A systematic review and meta-analysis***. Forensic Sci Res. 2019; 6(1): 1-14.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

13. Appleton AA, Kiley K, Holdsworth EA, Schell LM. ***Social support during pregnancy modifies the association between maternal adverse childhood experiences and infant birth size***. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3): 277.e1-277.e9.

14. Belsky J. ***Child maltreatment: An ecological integration***. Am Psychol. 1980; 35(4): 320-35.

15. García-Mollá A, Carbonell A, Navarro-Pérez JJ, Tomás JM. ***Development and Validation of the Adolescent and Children in Risk of Abuse and Maltreatment Protective Factors Scale (ACRAM-PFS)***. Child Adolesc Soc Work J. 2023; 50(4): 456-70.

16. Nurius PS, Green S, Logan-Greene P, Borja S. ***Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis***. Child Abuse Negl. 2015; 45: 143-53.

17. Meller S, Kuperman KL, McCullough C, Shaffer A. ***Adverse effects of childhood emotional maltreatment on child behavioral outcomes***. J Aggress Maltreat Trauma. 2016; 25(2): 127-44.

18. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. ***The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis***. Lancet Public Health. 2017; 2(8): e356-e366.

19. Ye Z, Wei X, Zhang J, Li H, Cao J. ***The impact of adverse childhood experiences on depression: The role of insecure attachment styles and emotion dysregulation strategies***. Curr Psychol. 2023; 42(15): 11265-78.

20. Buchanan M, Newton-Howes G, Cunningham RC, McLeod GFH, Boden JM. ***The role of social support in reducing the long-term burden of cumulative childhood adversity on adulthood internalizing disorder***. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2024; 59: 2165-75.

21. Zhang Y, Li Y, Jiang T, Zhang Q. ***Role of body mass index in the relationship between adverse childhood experiences, resilience, and mental health: a multivariate analysis***. BMC Psychiatry. 2023; 23(1): 460.

22. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Hardcastle KA, Sharp CA, Wood S, et al. ***Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: A retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance***. BMC Public Health. 2018; 18: 792.

23. Salehiyan MH, Makari Saeie S, Dastani S, Kiyomarsi E. ***The impact of adverse childhood experiences, psychological distress, and resilience on depression in amateur athletes***. J Psychol Behav Sci. 2022; 9(2): 106-16.

24. Babaei Sh, Naseri Manesh M, Abouzari F, Karami S. ***The role of traumatic childhood experiences, mentalization and alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal***. Iran J Psychiatr Nurs. 2023; 10(6): 110-22.

25. Daneshvar S, Bytamar JM, Zeraatpisheh Z, Mazloomy Mahmoodabad SS. ***Adverse childhood experiences and suicidal ideation in patients with major depressive disorder: Investigating the mediating role of emotional reactivity and probabilistic and reinforcement learning***. BMC Psychol. 2025; 13: 11.

26. Shahab M, Kiani Chelemardi A. ***Predicting addiction, anxiety, and impulsivity based on adverse childhood experiences, depression, hopelessness, and parental health in adolescent girls***. J Women Soc. 2020; 11(41): 261-78.

27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. ***The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews***. BMJ. 2021; 372: n71.

28. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. ***Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk***. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020.

29. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. ***Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults***. Am J Prev Med. 1998; 14(4): 245-58.

30. Rezaei M, Hashemi Rezini H, Asadpour E. ***Quality of life of betrayed women and childhood adversity: the mediating role of social support***. New Approaches Child Educ. 2025; 7(1).

31. Khorasani E, Spencer C. ***A latent class analysis of the relationship between adverse childhood experiences and intimate partner violence victimization in Northeast Iran***. Adv Res Sci. 2024.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

32. Sayadshirazi M, Shamsolahrari M. ***Relationship between religious adherence and coping strategies of women with adverse childhood experiences***. J Spiritual Health. 2024; 2(4): 254-62.

33. Akbarizadeh F, Soleimani A, Kachooei M, Farahani H. ***Relationship between mothers' adverse childhood experiences and children's psychological problems, mediated by mothers' emotional dysregulation and mental capacity***. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2024; 30: E4825.1.

34. Shahab M, Taklavi S, Pour Mohseni Klouri F. ***The effectiveness of compassion-based therapy on self-blame, guilt, and impulsive behaviors in adolescents with adverse childhood experiences***. Rooyesh-e-Ravanshenasi J. 2024; 13(7): 171-80.

35. Khoshakhlaq S, Sedaghatifard S. ***Explaining and predicting mental health and self-satisfaction based on childhood trauma***. Fam Health. 2024; 14(1).

36. Jabraili H, Sadfi A, Rafiei S. ***Examining the mediating role of emotional integration in the relationship between adverse childhood experiences and adult aggressive behaviors***. J Fundam Ment Health. 2024; 26(5): 291-7.

37. Hashemi-Nosratabad T, Mahmoud Alilou M, Yosefi Kaleh Khane Z. ***The role of childhood adverse experiences, attachment style, and metacognitive beliefs in predicting illness anxiety disorder symptoms in Tabriz University students: A cross-sectional study***. Health Scope. 2023; 14(2): 209-21.

38. Farhamand Sabet M, Moradi A, Yazdanbakhsh K. ***Structural equation modeling of antisocial personality traits based on adverse childhood experiences and psychological inflexibility***. J New Adv Cogn Sci. 2023; 25(1): 15-29.

39. Eftekhari M, Hashemi Rezini H, Jafari A. ***Developing a structural model of bullying based on unpleasant childhood experiences, resilience, and self-compassion with the mediating role of emotional self-regulation in delinquent adolescents***. New Approaches Child Educ. 2023; 5(3): 185-90.

40. Mirdarikvand F. ***Evaluation of the structural model explaining behavioral and emotional disorders in abused children based on cognitive flexibility and parents' adverse childhood experiences with the mediation of self-concept***. J Psychol Achiev. 2023; 30(1): 240-60.

41. Halvaiepour Z, Nosratabadi M. ***Investigating the relationship between adverse childhood experiences and cigarette smoking in university students in Isfahan, Iran***. J Child Adolesc Trauma. 2022; 15: 319-25.

42. Halvaiepour Z, Nosratabadi M. ***Explaining the craving for cigarette smoking based on adverse childhood experiences and subjective socioeconomic status among university students in Isfahan, Iran***. Subst Use Misuse. 2022; 57(6): 940-7.

43. Kiani AR, Shahbazi N, Jahanbakhshi Z, Ahmadbokani S. ***Modeling the prediction of women's marital satisfaction based on parental intervention, perception of the family of origin, parents' marriage, adverse childhood experiences, depression, and communication patterns***. Fam Res. 2022; 18(2): 265-85.

44. Salarian Kalji Z, Poursharifi H, Dolatshahi B, Momeni F. ***The relationship between early adverse experiences and binge eating symptoms: The mediation of shame and self-criticism***. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2022; 28(1): 48-61.

45. Manoolian AC, Azadiekta M. ***The relationship between adverse childhood experiences and depression: The mediating role of mindfulness***. J Psychol Mod Sci. 2022; 13(50): 107-18.

46. Ahmadbokani S, Gomari Givi H, Kiani AR, Rezaei Sharif A. ***Childhood experiences and depression-suicide tendency: The mediating role of rumination and neutral belonging***. Mil Med. 2021; 11(1): 0-0.

47. Nabizadeh Asl D, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. ***The relationship between traumatic childhood experiences and schizotypal personality symptoms: The mediating role of dissociative experiences and intolerance of uncertainty***. J Psychol Sci. 2021; 9(4): 24-36.

48. Haji-Seyd Taqi Etqavi ZS, Poursharifi H, Maschi F, Hasan-Abadi HR, Rezaei M. ***The role of childhood adverse experiences in predicting binge eating disorder with the mediation of early maladaptive schemas***. Iran J Nutr Sci Food Technol. 2021; 16(2): 131-40.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0

49. Dinli S, Badami R, Meshkati Z, Faghi S. ***The effect of adverse childhood experiences on change of perspective and hardiness in professional athletes: A descriptive-cross-sectional study***. Rehabil Sci Res. 2020; 16: 208-15.

50. Nabizadeh Asl D, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. ***The mediating role of cognitive emotion regulation, cognitive biases, and negative schemas in the relationship between childhood adverse experiences and psychotic-like experiences***. Behav Sci Res. 2020; 18(3): 320-35.

51. Pournaghash-Tehrani SS, Zamanian H, Amini-Tehrani M. ***The impact of relational adverse childhood experiences on suicide outcomes during early and young adulthood***. J Interpers Violence. 2021; 36(17-18): 8627-51.

52. Hakkak SM, Kazemi S, Kakavand A. ***The relationship between childhood trauma and dissociative experiences with internet addiction in university students***. J Psychol Stud. 2019; 15(1): 23-39.

53. Kiani A, Ramezani S, Atadokht A. ***Predicting suicidality and addictions among university students based on adverse childhood experiences and exposure to family members' and friends' suicide***. Pract Clin Psychol. 2019; 7(2): 125-36.

54. Khodabandeh F, Khalilzadeh M, Hemati Z. ***The impact of adverse childhood experiences on adulthood aggression and self-esteem—A study on male forensic clients***. Nov Biomed. 2018; 6(2): 85-91.

55. Pournaghash-Tehrani S. ***The role of beliefs, attitudes and adverse childhood experiences in predicting men's reactions towards their spouses' violence***. J Fam Violence. 2011; 26: 93-9.

56. Fritz J, de Graaff AM, Caisley H, van Harmelen A-L, Wilkinson PO. ***A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people***. Front Psychiatry. 2018; 9: 230.

57. Li S, Yin Y, Cui G, Zhang C, Zhu H, Yao Y. ***The mediating and moderating effects of resilience between childhood trauma and geriatric depressive symptoms among Chinese community-dwelling older adults***. Front Public Health. 2023; 11: 1137600.

58. Roters J, Book A. ***Attachment and mindfulness as mediators in the relationship between childhood adversity and personality outcomes***. J Child Adolesc Trauma. 2023; 16(4): 933-43.

59. Luo S, Chen D, Li C, Zhong L, Liu X, Zhao S, et al. ***Maternal adverse childhood experiences, and behavioral problems in preschool offspring: The mediation role of parenting styles***. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2023; 17: 95.

60. Chegeni M, Haghdoost A, Shahrbabaki ME, Shahrbabaki PM, Nakhaee N. ***Validity and reliability of the Persian version of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form***. J Educ Health Promot. 2020; 9(1): 140.

61. Amini-Tehrani M, Nasiri M, Jalali T, Sadeghi R, Gholami A, Hassanzadeh R. ***Relational adverse childhood experiences questionnaire: Development and retrospective validation among young Iranian people***. Curr Psychol. 2023; 42: 5306-21.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/ssu.v34i6.22666]

CC BY-NC 4.0