

رابطه ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در زنان ۲۰-۴۰ سال شاغل در
ادارات دولتی شهر خرم آباد

**The relationship between childhood trauma or self-pity and depression in
women aged 20-40 working in government offices in Khoramabad city**

Sarvi Saba

Master of Education, University of Tehran, Iran.

Sarvi644@gmail.com

Moradi Pour Mehrab

Bachelor's degree in Psychology, Lorestan
University, Iran.

pormoradimehrab@gmail.com

Hojjatollah Pourmoradi

Iran Qom, of University Science, of Master

Fatemeh93hs@gmail.com

صبا سروی^۱

کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه تهران، ایران.

محراب پورمرادی

دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه لرستان، ایران.

حجت الله پورمرادی

استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی،

سنندج، ایران.

Abstract

The present study aimed to investigate the relationship between childhood trauma, self-compassion and depression in women aged 20 to 40 working in government offices in Khorramabad. Traumatic childhood experiences are considered to be factors affecting the mental health of working women and can lead to a decrease in self-compassion and an increase in depression. This study was conducted using a descriptive-correlation method and stratified random sampling. Out of 300 people in the statistical population, 120 people were selected based on the Cochran formula. The data collection tools included the Bernstein Traumatic Childhood Experiences Questionnaire, the Neff Self-Compassion Scale, and the Beck Depression Inventory. The data were analyzed using SPSS version 26 software using descriptive statistics (mean, standard deviation) and stepwise multivariate regression. The results showed that there is a

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شاغل در ادارات دولتی شهر خرم آباد انجام شد. تجارب آسیب‌زای کودکی از عوامل مؤثر بر سلامت روان زنان شاغل به شمار می‌آیند و می‌توانند به کاهش خودشفقتی و افزایش افسردگی منجر شوند. این مطالعه به روش توصیفی-همبستگی و با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام گرفت. از میان ۳۰۰ نفر جامعه آماری، ۱۲۰ نفر بر اساس فرمول کوکران انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه استاندارد تجارب آسیب‌زای کودکی برنستاین، مقیاس خودشفقتی نف و پرسش‌نامه افسردگی بک بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام تحلیل شد. نتایج نشان داد بین ترومای کودکی و افسردگی رابطه مثبت معنادار ($p < 0.01$) و بین ترومای کودکی و خودشفقتی رابطه منفی معنادار ($p < 0.01$) وجود دارد. یافته‌ها بر ضرورت شناسایی

^۱ نویسنده مسئول: *Email: Sarvi644@gmail.com*

significant positive relationship between childhood trauma and depression ($p < 0.01$) and a significant negative relationship between childhood trauma and self-compassion ($p < 0.01$). The findings emphasize the need for early identification and intervention of childhood trauma to prevent mental disorders in working women.

و مداخله زودهنگام آسیب‌های کودکی جهت پیشگیری و مدیریت اختلالات روانی در زنان شاغل تأکید دارند.

واژه‌های کلیدی: ترومای کودکی، افسردگی، خودشفقتی، سلامت روان، زنان شاغل.

Keywords: Childhood trauma, depression, Self-compassion, mental health, working women.

نوع مقاله: پژوهشی دریافت: اردیبهشت ۱۴۰۴ پذیرش: تیر ۱۴۰۴

مقدمه

تجارب اولیه زندگی، به ویژه در سال‌های حساس رشد روانی-عاطفی، نقش بنیادینی در شکل‌گیری ساختارهای شخصیتی، هیجانی و شناختی فرد ایفا می‌کنند. در این میان، ترومای کودکی یکی از عوامل کلیدی در پیش‌بینی مشکلات روانی در زنان شاغل به شمار می‌آید. ترومای کودکی شامل تجربی‌مانند سوءاستفاده جسمی، عاطفی یا جنسی و همچنین غفلت از نیازهای هیجانی یا جسمی کودک است که می‌تواند آثار بلند مدتی بر سلامت روانی فرد بر جای بگذارد (فلیتی و همکاران، ۱۹۹۸). ترومای کودکی به ویژه سوءاستفاده و غفلت، از گذشته تاکنون همواره در جامعه رایج بوده است. همچنین، ترومای کودکی به عنوان منشاء آسیب‌های روانی در نظر گرفته شده است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که ترومای کودکی با مشکلاتی از قبیل اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال جسمی، اختلالات خوردن و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مرتبط است. اخیراً پژوهش‌ها بر شکل‌گیری پریشانی روان-شناختی (مانند علائم افسردگی و اضطراب) در زنان شاغل پس از تجربه ترومای کودکی، تأکید نموده‌اند. طبق تئوری فروید، یک رویداد ثانویه در زندگی بیمار می‌تواند باعث فعال‌سازی آسیب‌های اولیه وی شود و یک تعارض یا مسئله حل نشده را دوباره بیدار کند. مفهوم عمل معوق فروید، به شیوه‌ای اشاره دارد که در آن یک رویداد ثانویه، ترومای اولیه را که از حافظه سرکوب شده است، دوباره فعال می‌نماید، ترومای اولیه دوباره قابل دسترس می‌شود و می‌تواند پس از این نقش تأخیری محافظتی دوباره در ذهن بازنگری و منسجم گردد. بر طبق این تئوری، آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند به نوعی از طریق رویدادهای بعدی زندگی فعال شود (به نقل از حامد شماعی و همکاران، ۱۴۰۳).

تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به مجموعه‌ای از رویدادهای استرس‌زا و آسیب‌زننده اطلاق می‌شود که در سال‌های اولیه زندگی فرد رخ می‌دهند. این تجارب می‌توانند شامل سوءرفتارهای جسمی، عاطفی و جنسی، غفلت، فقر شدید، مصرف مواد والدین، جدایی یا طلاق، بیماری روانی در خانواده، یا خشونت خانگی باشند (فلیتی و همکاران، ۱۹۹۸). سازمان بهداشت جهانی (WHO) ACE را یکی از مهم‌ترین تهدیدات علیه سلامت روانی-جسمی انسان‌ها در طول عمر معرفی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲).

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱ میلیارد کودک در سطح جهانی سالانه در معرض نوعی خشونت جسمی، جنسی یا عاطفی قرار می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). در مطالعه ملی انجام شده در ایالات متحده، بیش از دو سوم زنان شاغل گزارش دادند که حداقل یک نوع ACE را تجربه کرده‌اند، و بیش از ۲۰٪ از آن‌ها سه یا بیشتر تجربه ACE را پشت

سر گذاشته‌اند (آندا^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعه دیگری در انگلستان نیز نشان داد که ۴۷٪ از زنان شاغل حداقل یکی از این تجارب را در دوران کودکی تجربه کرده‌اند (گیلبرت^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). افسردگی شایع‌ترین و مخرب‌ترین اختلال روانی است که حدود ۳۸ درصد از جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷ پیش بینی کرد که افسردگی تا سال ۲۰۳۰ عامل اصلی اختلالات روانی در سراسر جهان خواهد بود.

در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، شیوع ترومای کودکی حتی بیشتر است و به دلیل ضعف در نظام‌های حمایتی، پیامدهای روانی آن‌ها شدیدتر نمود پیدا می‌کند (دانیز و مک ایون، ۲۰۱۲). متأسفانه در ایران نیز شرایط به گونه‌ای است که بخش قابل توجهی از کودکان در معرض این تجارب قرار دارند. بر اساس مرور نظام مند انجام شده توسط افشار و همکاران (۲۰۱۵) شیوع سوءاستفاده عاطفی در کودکان ایرانی بین ۱۷٪ تا ۹۱٪ گزارش شده است، که نشان‌دهنده وسعت نگرانی در سطح کشور است. پیامدهای ACE تنها به دوران کودکی محدود نمی‌شود، بلکه به شکل گسترده‌ای سلامت روانی و جسمی فرد را در زنان شاغل نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. ترومای کودکی با طیفی از اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی، اختلالات مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ارتباط دارد (کسلر^۳، ۲۰۰۵). این اختلالات به ویژه در میان زنان شاغل که هم‌زمان نقش‌های چندگانه شغلی، خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارند، می‌تواند شدت بیشتری بیابد (شونکوف^۴، ۲۰۱۲).

اختلال استرس پس از سانحه یکی از شایع‌ترین پیامدهای روانی ACE به شمار می‌رود. این اختلال معمولاً با تجربه مجدد رویداد، اجتناب از محرک‌های مرتبط، تغییرات شناختی-عاطفی منفی و واکنش‌های بیش برانگیختگی همراه است (تیچر و سامسون، ۲۰۱۶) پژوهش زارعی و همکاران (۲۰۲۴) درباره شیوع PTSD در ایران نشان داد که حدود ۳۱.۸۷٪ از جمعیت ایرانی دارای علائم PTSD هستند که رقم قابل توجهی محسوب می‌شود.

همچنین، شواهد نوروبیولوژیک نشان می‌دهند که ACE می‌تواند به تغییرات ساختاری و عملکردی در مغز منجر شود. مناطقی مانند هیپوکامپ، آمیگدال و قشر جلوی پیشانی در کودکانی که در معرض تروما بوده‌اند، آسیب‌پذیرتر هستند و این موضوع می‌تواند منجر به نارسایی در تنظیم احساسات، حافظه و تصمیم‌گیری شود (تیچر و سامسون، ۲۰۱۶). از نظر فیزیولوژیک، تروماهای مزمن باعث افزایش سطح کورتیزول و فعال‌سازی مزمن محور HPA (هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) می‌شوند که این امر به نوبه خود، عملکرد ایمنی بدن را کاهش داده و زمینه را برای ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، چاقی، و حتی سرطان فراهم می‌کند (دانیز و مک ایون^۵، ۲۰۱۲).

براساس نظریه دلبستگی بالبی (بالبی^۶، ۱۹۸۸)، روابط اولیه کودک با مراقبان اصلی، پایه‌گذار مدل‌های ذهنی درونی درباره خود، دیگران و روابط اجتماعی است. تجربه‌های مکرر بی‌پاسخی، سوءرفتار یا طرد شدن از سوی والدین، می‌تواند منجر به ایجاد احساس بی‌ارزشی، ناامنی و بی‌اعتمادی شود؛ عواملی که زنان شاغل را در معرض اختلالات خلقی قرار می‌دهند. یافته‌های پژوهشی در دهه‌های اخیر نیز نشان داده‌اند که کودکان آسیب‌دیده در سال‌های نخست زندگی، در زنان شاغل بیش از سایرین دچار علائم افسردگی، پرخاشگری، مشکلات هویتی و نارضایتی از زندگی می‌شوند (چپمن^۷، ۲۰۰۴).

¹ -Anda

² - Gilbert

³ - Kessler

⁴ -Shonkoff

⁵ - Danese & McEwen

⁶ - Bowlby

⁷ - Chapman

یکی دیگر از پیامدهای ACE، کاهش خودشفقتی در زنان شاغل است. خودشفقتی به معنای مهربانی با خود، درک تجربه‌های دردناک انسانی و داشتن ذهن‌آگاهی در برابر ناراحتی‌ها است (برک هریس^۱، ۲۰۱۸). تجربه ترومای کودکی می‌تواند منجر به خود انتقادی مفرط، احساس بی‌ارزشی، و ناتوانی در آرام‌سازی خود در شرایط بحرانی شود (کوهن^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این ویژگی‌ها مستقیماً با کاهش سلامت روان و افزایش افسردگی مرتبط هستند. در همین زمینه، مفهوم خودشفقتی که توسط کریستن نف معرفی شده، به عنوان عاملی محافظت‌کننده در برابر پیامدهای منفی ترومای روانی شناخته می‌شود (نف^۳، ۲۰۰۳). خودشفقتی به معنای مهربانی با خود، درک این حقیقت که رنج بخشی طبیعی از تجربه انسانی است، و توانایی حفظ آگاهی متعادل نسبت به هیجانات منفی در لحظه‌ی حال است. برخلاف خود انتقادی که یکی از عوامل خطر ابتلا به افسردگی است، خود شفقتی افراد را به سمت پذیرش، همدلی با خود، و کاهش سرزنش‌گری سوق می‌دهد (نف و مک گی^۴، ۲۰۱۰).

خود شفقتی به معنای فکرکردن به عواطف و رفتارها و افکار خویشتن است و همین، افراد را به سمتی می‌برد که کاملاً با خودشان مهربانانه رفتار کنند. خودشفقتی سه مؤلفه اصلی دارد: مهربانی با خویش در برابر قضاوت از خویشتن؛ انسانیت در برابر منزوی کردن، مهربانی با خویش در برابر قضاوت از خویشتن به این معنا است که باید با ناامیدی‌ها و ناراحتی‌های خود با عواطف گرم روبه رو شد و نه با انتقاد. اگر فردی بر این باور است که اجتناب از درد و رنج در زندگی ممکن نیست او در زمان برخورد با این مسئله با آغوش باز جلو نمی‌رود و از این رو وی احساس استرس و سردرگمی می‌کند. انسان‌گرایی در برابر منزوی کردن یعنی فرد متوجه است که همه انسان‌ها در زندگی زجر می‌کشند و درد فقط برای یک نفر نیست؛ بلکه بخشی از ماهیت انسانی ما بوده که همه را به هم مرتبط می‌کند. آگاهی در برابر هویت غیرواقعی بدین معنا است که فرد باید به رنج خود و دیگران آگاهی داشته باشد و آن را درک کند و با عواطف خویشتن رو راست باشد. (به نقل از شمس و همکاران، ۱۳۹۹).

خودشفقتی می‌تواند فرآیند درونی‌سازی آسیب‌های گذشته را تعدیل کرده و پاسخ‌های هیجانی سالم‌تری در برابر خاطرات یا موقعیت‌های تحریک‌کننده‌ی روانی فراهم آورد. افسردگی با خلق و خوی ضعیف طولانی مدت، کاهش علاقه و کاهش انرژی مشخص می‌شود و می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس، مشکلات خواب، کاهش اشتها و حتی رفتار خودکشی شود. با توجه به شیوع و تأثیر علائم افسردگی، درک فرآیندها و مکانیسم‌هایی که در شروع یا تشدید علائم افسردگی در زنان شاغل نقش دارند، ضروری است. یکی از عواملی که بر افسردگی بزرگسالان تأثیر می‌گذارد، تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی است. ترومای کودکی، آسیب روان شناختی است و زمانی ایجاد می‌شود که یک فرد در دوران کودکی یا توجوانی تحت رفتار نامناسبی قرار می‌گیرد و خارج از توانایی مقابله‌ای فرد با این رفتارهاست، از جمله این رفتارها شامل آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ترومای کودکی می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی را چهار برابر افزایش دهد. در واقع ترومای کودکی می‌تواند به عنوان یک عامل خطر اساسی برای افسردگی عمل کند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، سابقه تجربه ترومای کودکی را گزارش کرده اند و علائم افسردگی شدیدتری را نشان می‌دهند. طبق یک فرضیه، ترومای کودکی حساسیت شدیدی نسبت به رویدادهای نامطلوب آینده ایجاد می‌کند، به طوری که حتی رویدادهای جزئی ممکن است واکنش ژنتیکی افسردگی را برانگیزد. در همین حال، افرادی که ترومای کودکی را تجربه می‌کنند، زودتر علائم افسردگی را بروز می‌دهند و درمان آن چالش برانگیزتر است. ترومای کودکی تأثیر طولانی مدتی بر خطر ابتلا به علائم افسردگی در افراد، حتی تا اواخر عمر دارد. اگرچه تحقیقات قبلی ارتباط بین علائم افسردگی و ترومای کودکی را نشان داده اند، اما عوامل تأثیرگذار بالقوه در پشت این ارتباط نسبتاً نامشخص باقی مانده است (به نقل از شاه محمدی و همکاران، ۱۴۰۳).

¹ - Burke Harris

² - Cohen

³ - Neff

⁴ - Neff & McGehee

از منظر عصب‌روانشناسی نیز، ترومای کودکی با تغییر در ساختارهایی مانند آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی مرتبط است؛ این تغییرات می‌توانند ظرفیت تنظیم هیجان را مختل کنند و فرد را نسبت به اختلالات خلقی مستعد سازند (تیچر و همکاران^۱، ۲۰۰۳) در همین راستا، خودشفقتی از طریق فعال‌سازی شبکه‌های عصبی مرتبط با امنیت، دلسوزی و آرامش، می‌تواند بر کاهش پاسخ‌های استرسی مغز اثرگذار باشد (لونز و همکاران^۲، ۲۰۱۰). در جوامع شرقی مانند ایران، مفهوم خودشفقتی هنوز به اندازه کافی شناخته‌شده نیست و در بسیاری از مواقع با خودمحوری یا ضعف اشتباه گرفته می‌شود. این مسئله ممکن است به دلیل الگوهای تربیتی سخت‌گیرانه، تأکید بر کمال‌گرایی، و باورهای فرهنگی درباره ارزش‌های جمع‌گرایانه باشد. با این حال، مطالعاتی در فرهنگ‌های آسیایی نیز انجام شده که نشان می‌دهند خودشفقتی با بهزیستی روانی بالا، رضایت از زندگی، و کاهش استرس تحصیلی مرتبط است. (نف و همکاران، ۲۰۰۸).

از منظر کاربردی، تقویت خودشفقتی می‌تواند به عنوان بخشی از مداخلات روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد. رویکردهایی مانند درمان متمرکز بر دلسوز یا خودشفقتی ذهن‌آگاهانه بر افزایش پذیرش خود، کاهش خودانتقادی، و تقویت تنظیم هیجان تأکید دارند (گیلبرت^۳، ۲۰۰۹، نف و جرمر، ۲۰۱۳). این مداخلات، به‌ویژه برای افرادی با سابقه‌ی ترومای روانی، مؤثر واقع شده‌اند و در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و شرم تأثیرگذار بوده‌اند. از نظر پژوهشی، بررسی رابطه بین ترومای کودکی، خودشفقتی و افسردگی، با استفاده از ابزارهای معتبر سنجش، می‌تواند درک بهتری از فرآیندهای روان‌شناختی پیچیده مرتبط با آسیب و بهبودی فراهم آورد. ابزارهایی چون پرسشنامه ترومای کودک (برنشتاین^۴، ۱۹۹۴) مقیاس خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳)؛ پرسشنامه افسردگی بک (بک، ۱۹۹۶) اعتبار علمی بالایی دارند و در پژوهش‌های داخلی و خارجی به‌کار رفته‌اند. بررسی ترکیبی این سه متغیر، می‌تواند مبنایی برای تدوین برنامه‌های پیشگیری و مداخله روان‌شناختی در جمعیت‌های در معرض خطر فراهم آورد. شناخت عوامل محافظت‌کننده‌ای مانند خودشفقتی، می‌تواند مسیر درمانی نوینی برای افرادی که تجربه ترومای کودکی داشته‌اند، ایجاد کند و از بروز یا شدت افسردگی در آنان بکاهد.

در مواجهه با این پیامدها، ضرورت مداخلات درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) مطرح می‌شود. این روش درمانی به شکل مؤثری در کودکان، نوجوانان و زنان شاغل که تجربه ACE داشته‌اند، به کاهش علائم PTSD، افسردگی و اضطراب کمک کرده است (شبکه ملی استرس آسیب‌زای کودکان، ۲۰۲۰).

با وجود اثربخشی درمان‌ها، پیشگیری همچنان مهم‌ترین رویکرد در حوزه سلامت روان کودک محسوب می‌شود. آموزش والدین، حمایت اجتماعی، کاهش فقر و آگاهی‌رسانی عمومی می‌تواند تا حد زیادی از بروز تروماهای کودکی جلوگیری کند.

به‌طور خاص، پژوهش حاضر بر روی زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد تمرکز دارد. این گروه از جمعیت با توجه به فشارهای چندجانبه شغلی و اجتماعی، بیش از سایرین در معرض پیامدهای منفی ACE هستند. بررسی رابطه میان ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در این گروه می‌تواند به تدوین مداخلات هدفمندتر روان‌درمانی و آموزشی منجر شود. مطالعات فراوانی در زمینه تأثیرات ترومای کودکی و خودشفقتی بر سلامت روان انجام شده، اما بررسی رابطه‌ی همزمان این سه متغیر (ترومای کودکی، خودشفقتی و افسردگی) در زمینه فرهنگی و بومی ایران، به ویژه در شهر خرم‌آباد که دارای بافت فرهنگی خاص و نیز آسیب‌پذیری‌های اجتماعی خاص خود است، کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. بررسی این رابطه می‌تواند به درک عمیق‌تری از نیازهای روانی-اجتماعی زنان شاغل این منطقه کمک کرده و مبنایی برای مداخلات روانشناختی اثربخش‌تر فراهم سازد. سوال اساسی در این پژوهش این است که آیا بین ترومای کودکی، خودشفقتی و افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد رابطه معناداری وجود دارد؟

1- Teicher

2- Longe

3- Gilbert

4- Bernstein

پیشینه پژوهش

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که سطوح بالای خودشفقتی با کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس همراه است (مونتر و مارین^۱، ۲۰۱۸). این یافته‌ها به ویژه در کسانی که سابقه‌ی ترومای کودکی داشته‌اند، معنادارتر است، چرا که خودشفقتی نقش نوعی واسطه‌گر یا حتی تعدیل‌کننده‌ی قوی را ایفا می‌کند (پیپینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که خودشفقتی بالا با کاهش علائم افسردگی و اضطراب همراه است و می‌تواند اثرات منفی ترومای کودکی را تا حد زیادی تعدیل کند (خاتیوا و سرزو^۳، ۲۰۱۴). به طور خاص، پژوهشی توسط وتسه^۴ و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد افرادی که در کودکی ترومای عاطفی تجربه کرده‌اند اما دارای سطوح بالایی از خودشفقتی هستند، کمتر به اختلالات افسردگی و اضطرابی دچار شده‌اند. این یافته با مدل‌های نظری که خودشفقتی را یک مکانیسم تنظیم هیجان مثبت در نظر می‌گیرند، هم‌راستا است. بر اساس یافته‌های حاصل از تصویر برداری، ترومای کودکی با تغییراتی در ساختار و عملکرد مغز، به‌ویژه در نواحی مرتبط با پردازش هیجان مانند آمیگدال و هیپوکامپ، همراه است که خود می‌تواند باعث آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به افسردگی شود (دانلوفسکی^۵، ۲۰۱۲). علاوه بر این، یافته‌های پژوهشی حمایت می‌کنند که ترومای کودکی اثرات بلندمدتی بر عملکرد شناختی و عاطفی زنان شاغل دارد. در مطالعه‌ای گسترده دریافتند که سابقه‌ی سوءاستفاده یا غفلت در کودکی به طور قابل توجهی با شیوع بالاتر افسردگی در زنان شاغل مرتبط است (چپمن^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). در بررسی‌های اخیر نیز نقش واسطه‌ای خودشفقتی در رابطه بین آسیب‌های اولیه و سلامت روانی مورد توجه قرار گرفته است. مکبث و گاملی^۷ ۲۰۱۲ در یک فراتحلیل به این نتیجه رسیدند که پایین بودن خودشفقتی به طور قابل توجهی با افزایش علائم افسردگی مرتبط است، که این رابطه در افرادی که سابقه‌ی آسیب‌های روانی در کودکی داشته‌اند قوی‌تر می‌شود.

در تحقیقی که توسط (اسکوگیلو^۸، ۲۰۱۸) انجام شد، مشخص گردید که تجربیات آسیب‌زای اولیه با کاهش خودشفقتی در زنان شاغل مرتبط است، و این کاهش خودشفقتی به نوبه خود با شدت بیشتر علائم افسردگی ارتباط دارد. زنان نسبت به مردان در معرض ابتلای بیشتری به افسردگی هستند که بخشی از آن به عوامل اجتماعی، زیستی و شناختی بازمی‌گردد (نولن-هوکسما^۹، ۲۰۰۱) در محیط‌های کاری، زنان اغلب با چالش‌های مضاعفی از جمله تبعیض، فشار نقش‌های چندگانه (کار، خانه‌داری، مادری) و کمبود حمایت اجتماعی مواجه‌اند. این چالش‌ها می‌توانند پیامدهای ترومای کودکی را تشدید کرده و به بروز افسردگی دامن بزنند.

در مطالعه‌ای توسط کیم^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۱) بر روی زنان شاغل کره‌ای، مشخص شد که میزان بالای ترومای کودکی و پایین بودن خودشفقتی به طور همزمان پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی افسردگی است. همچنین نقش خودشفقتی به عنوان تعدیل‌گر در این رابطه تأیید شد.

نتایج فراتحلیل‌ها و مطالعات تجربی، نشان داده‌اند که خودشفقتی رابطه‌ی منفی معناداری با افسردگی، اضطراب، شرم و افکار منفی دارد (مکبث و گاملی^{۱۱}، ۲۰۱۲). همچنین، افرادی که سطوح بالاتری از خودشفقتی دارند، معمولاً از استراتژی‌های

¹ -Montero-Marin

² - Pepping

³ -Játiva & Cerezo

⁴ - Vettese

⁵ -Dannlowski

⁶ - Chapman

⁷ -MacBeth & Gumley

⁸ - scoglio

⁹ - Nolen-Hoeksema

¹⁰ -kim

¹¹ - MacBeth & Gumley

سازگارانۀ تری برای مقابله با استرس استفاده می‌کنند و توانایی بیشتری در تنظیم هیجانی دارند (نف و جرمر^۱، ۲۰۱۳). در واقع، خودشفقتی می‌تواند به عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان عمل کرده و از شدت تأثیر عوامل استرس‌زا بر روان فرد بکاهد. از سوی دیگر، افسردگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در جهان محسوب می‌شود. براساس داده‌های سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۲۶۴ میلیون نفر در سراسر جهان از افسردگی رنج می‌برند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). افسردگی با علائمی همچون خلق پایین، احساس بی‌ارزشی، کاهش انرژی، کاهش تمرکز، اختلالات خواب و افکار خودکشی همراه است (بک^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). پیش‌بینی‌کننده‌های متعددی برای افسردگی شناسایی شده‌اند، از جمله سابقه خانوادگی، سطح حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی و تجارب آسیب‌زای اولیه. از سوی دیگر، افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی ناشی از ACE است که به‌ویژه در زنان شاغل با شدت بالاتری بروز می‌کند. زنان شاغل در ادارات دولتی معمولاً با چالش‌های متعددی از جمله تبعیض شغلی، مسئولیت مضاعف خانوادگی و فشارهای اجتماعی مواجه‌اند، و در صورت سابقه تروما، ممکن است دچار مشکلات عمیق‌تری شوند (اندا و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعات متعددی به بررسی نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌گرانه‌ی خودشفقتی در رابطه بین ترومای کودکی و افسردگی پرداخته‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که خودشفقتی می‌تواند این رابطه را تضعیف کند؛ به این معنا که افرادی که علیرغم داشتن سابقه‌ی ترومای کودکی، سطح بالایی از خودشفقتی دارند، کمتر در معرض افسردگی قرار می‌گیرند (تاناکا و همکاران، ۲۰۱۱).

روش شناسی

با استفاده از آمار توصیفی - همبستگی به توصیف میانگین و انحراف استاندارد داده‌های حاصل پرداخته شد؛ سپس با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش ورود گام به گام داده‌ها توان پیش‌بینی‌کنندگی ترومای کودکی و شفقت با خود در پیش‌بینی افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد پرداخته شد. جامعه آماری مورد بررسی ۳۰۰ نفر از زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد است. نمونه مورد بررسی در این پژوهش با استفاده از فرمول کوکران ۱۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه ترومای کودکی

این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش ضربه و ترومای کودکی در ابعاد مختلف تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۵ مولفه‌ی (سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی) می‌باشد و براساس طیف لیکرت (از هرگز تا همیشه) نمره گذاری شده است. پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۱، ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می‌کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه‌ها جای نمی‌گیرند. همان‌طور که بیان شد، نمره گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می‌شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۸۱/۰ تا ۹۵/۰ گزارش کرده‌اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از

¹ - Neff & Germer

² - Beck

رابطه ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در زنان ۴۰-۲۰ سال شاغل در ادارات دولتی شهر خرم آباد

میزان تروماهای کودکی در دامنه ۵۹/۰ تا ۷۸/۰ به دست آورده‌اند. در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام در نمونه ای از ۱۸۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم به دلیل خودکشی، برای برآورد پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند و نتایج ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه و زیر مقیاس‌های آن بین ۸۱/۰ تا ۹۷/۰ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد.

پرسشنامه خود شفقتی

این پرسشنامه توسط تف و همکاران در سال ۲۰۰۳ ساخته شد. که شامل ۲۶ گویه و ۶ مولفه مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌گردد. گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می‌باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم: این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰-۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانگر افسردگی شدید می‌باشد. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۰/۹۱) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همپلتون برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می‌باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود. در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است. برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۰۸ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

یافته‌ها

در ابتدا با استفاده از روش آمار توصیفی به توصیف میانگین و انحراف استاندارد داده‌های حاصل پرداخته شد؛ سپس با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش ورود گام به گام داده‌ها توان پیش‌بینی‌کنندگی ترومای کودکی و شفقت با خود در پیش‌بینی افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد پرداخته شد. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۲۰	۱۳/۵۱	۷/۱۷
سوءاستفاده عاطفی	۱۲۰	۱۴/۹۰	۴/۹۰
سوءاستفاده فیزیکی	۱۲۰	۱۴/۲۸	۵/۲۵
سوءاستفاده جنسی	۱۲۰	۱۴/۴۲	۴/۸۱
غفلت عاطفی	۱۲۰	۱۴/۲۴	۴/۸۲

۴/۸۹	۱۴/۳۰	۱۲۰	غفلت جسمی
۲۳/۷۸	۱۵/۷۲	۱۲۰	ترومای کودکی
۱/۶۹	۶/۰۲	۱۲۰	مهربانی با خود
۱/۵۴	۵/۸۱	۱۲۰	قضاوت کردن خود
۱/۵۹	۶/۰۸	۱۲۰	تجارب مشترک انسانی
۱/۵۶	۶/۲۲	۱۲۰	انزوا
۱/۶۸	۶/۵۲	۱۲۰	ذهن آگاهی
۱/۵۸	۶/۱۶	۱۲۰	همانند سازی افراطی
۸/۱۳	۳۶/۸۶	۱۲۰	شفقت با خود

در جدول بالا میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شدند، در ادامه قبل از تحلیل استنباطی داده‌ها روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش از طریق ارزیابی ماتریس همبستگی بررسی شد که نتایج آن در قالب جدول شماره ۲ ارائه شده‌است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی روابط بین ترومای کودکی و افسردگی

ردیف	متغیر	۱	۲	۳
۱	افسردگی	۱		
۲	ترومای کودکی	۰/۸۹**	۱	
۳	شفقت با خود	-۰/۷۶***	۰/۸۶**	۱

سطح معناداری $P < 0/001$ ***

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌کنید بین ترومای کودکی و افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. به این معنی که با بالا رفتن نمرات تروما کودکی نمرات افسردگی افزایش می‌یابد و بالعکس. و همچنین بین نمرات شفقت با خود و افسردگی رابطه منفی و معناداری وجود دارد به این معنا که با افزایش نمرات شفقت با خود افسردگی کاهش می‌یابد و بالعکس. در ادامه به منظور بررسی نقش مولفه‌های ترومای کودکی در پیش‌بینی افسردگی از روش تحلیل رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در قالب جدول شماره ۳ ارائه می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون متغیر ترومای کودکی در پیش‌بینی افسردگی

متغیر پیش بین	خطای استاندارد	B	Beta	t	p
سوءاستفاده عاطفی	۱۰/۱۱	۴/۲۴	۱/۳۲	۴/۹۲	۰/۰۰۱
سوء استفاده جنسی	۱/۸۶	۳/۹۸	۳/۷۶	۴/۳۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، ترومای کودکی (خرده مولفه‌های سوءاستفاده عاطفی و جنسی) پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و معنادار افسردگی در زنان شاغل هستند. بنابراین با توجه به نتایج جدول بالا می‌توان نتیجه گرفت که افرادی که نمرات آن‌ها در متغیر ترومای کودکی بیشتر است، در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم‌آباد افسردگی بیشتری تجربه می‌کنند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام پیش‌بینی افسردگی بر اساس شفقت با خود در قالب جدول شماره ۴ ارائه می‌شود.

رابطه ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در زنان ۴۰-۲۰ سال شاغل در ادارات دولتی شهر خرم آباد

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون متغیرشفقت با خود در پیش بینی افسردگی

متغیر پیش بین	خطای استاندارد	B	Beta	t	p
قضاوت کردن خود	۰/۷۲	-۳/۲۶	-۰/۷۰	-۴/۴۸	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	۰/۵۹	۳/۰۲	۰/۷۱	۵/۰۸	۰/۰۰۱
هماندسازی افراطی	۰/۷۰	-۲/۲۷	-۰/۵۰	۳/۲۲	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، شفقت با خود (خرده مولفه های قضاوت کردن خود، ذهن آگاهی، همانند سازی افراطی) پیش بینی کننده های معنادار افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم آباد هستند.

نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی یکی از عوامل مهم در شکل گیری علائم افسردگی در زنان شاغل ۲۰ تا ۴۰ سال در ادارات دولتی شهر خرم آباد است. تجارب آسیب زای اولیه، به ویژه در محیط های خانوادگی یا تربیتی، می تواند به عنوان زمینه ساز اختلالات روان شناختی در زنان شاغل عمل کنند و بر کارکرد فردی و شغلی این گروه از زنان تأثیرگذار باشند. در این میان، خودشفقتی به عنوان یک سازه محافظتی روان شناختی، نقش مهمی در کاهش شدت علائم افسردگی ایفا می کند. نتایج این مطالعه نشان می دهد زنانی که دارای سطح بالاتری از خودشفقتی هستند، علیرغم تجربه ترومای کودکی، از سلامت روانی بهتری برخوردارند و در مقابله با استرس ها و فشارهای شغلی عملکرد مطلوب تری دارند. بر این اساس، تقویت مؤلفه های خودشفقتی در قالب برنامه های آموزشی، مداخلات روان درمانی و اقدامات پیشگیرانه می تواند نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان زنان شاغل ایفا کند. به ویژه در محیط های دولتی که گاهی با فشارهای ساختاری و اداری همراه اند، توجه به سلامت روان کارکنان زن از طریق افزایش خودشفقتی می تواند منجر به کاهش پیامدهای منفی ناشی از تجارب آسیب زای گذشته شود. در نهایت، مداخله بر پایه ارتقاء خودشفقتی گامی مؤثر در پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان در محیط های کاری رسمی به شمار می رود.

محدودیت های پژوهش

- ۱- نبود اطلاعات دقیق درباره شدت و نوع ترومای تجربه شده در دوران کودکی شرکت کنندگان بود که می توانست بر تحلیل نتایج تأثیرگذار باشد.
- ۲- ماهیت حساس و شخصی سؤالات مطرح شده در پرسش نامه ها ممکن است باعث بروز سوگیری در پاسخ دهی برخی شرکت کنندگان شده باشد.
- ۳- محدود بودن سنجش خودشفقتی و افسردگی به ابزارهای روان سنجی خاص، در حالی که استفاده همزمان از ارزیابی های بالینی می توانست تصویر کامل تری ارائه دهد، یکی دیگر از چالش های پژوهش حاضر بود.
- ۴- تفاوت های فردی در شرایط شغلی، سطح استرس شغلی و حمایت سازمانی، در این پژوهش مورد توجه قرار نگرفته است، در حالی که این عوامل می توانند بر متغیرهای روان شناختی مؤثر باشند.
- ۵- با توجه به مقطعی بودن طراحی پژوهش، امکان بررسی اثرات طولی و پویای ترومای کودکی بر سلامت روان فراهم نبوده است و نمی توان درباره علیت روابط نتیجه گیری قطعی داشت.

پیشنهادهای پژوهش

- ۱- بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در ارتباط میان ترومای کودکی و افسردگی در زنان شاغل می‌تواند به درک دقیق‌تری از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط کمک کند.
- ۲- مطالعه رابطه بین سبک‌های دلبستگی و میزان خودشفقتی در زنانی که تجربه‌های تلخ دوران کودکی داشته‌اند، می‌تواند به تبیین الگوهای هیجانی پایدار در زنان شاغل بینجامد.
- ۳- تحلیل اثرات تجربیات عاطفی مثبت در زنان شاغل (نظیر روابط حمایتی یا موفقیت‌های شخصی) در کاهش علائم افسردگی ناشی از ترومای کودکی نیز از ارزش پژوهشی بالایی برخوردار است.
- ۴- مقایسه ویژگی‌های شخصیتی زنان دارای ترومای کودکی با سطوح متفاوت خودشفقتی می‌تواند به شناخت عوامل فردی مؤثر در سازگاری روانی کمک کند.
- ۵- ارزیابی نقش معنا در زندگی به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده اثرات منفی ترومای کودکی بر سلامت روان، زمینه را برای مداخلات روان‌شناختی مؤثر فراهم می‌سازد.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانم از همکاران قلمی این اثر پژوهشی، جناب آقای حجت‌الله پورمرادی و جناب آقای محراب پورمرادی، که با همراهی صمیمانه و همکاری مؤثر خود در تهیه و تدوین این پژوهش، نقش شایسته‌ای ایفا کردند، صمیمانه قدردانی نمایم. بی‌تردید، دستیابی به نتایج این پژوهش بدون یاری و حمایت این همکاران ممکن نبود.

منابع

- [۱] حامد شمعی، نجمه سادات، حسن نژاد، زهرا، حسن زاده طباطبایی، مریم، حاجی باقری، سارا. (۱۴۰۳). روابط ساختاری ترومای کودکی با حافظه مثبت و علائم افسردگی در بزرگسالان: نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی مثبت. نشریه روان پرستاری، دوره ۱۲، شماره ۲.
- [۲] خسروی، صدرالله، صادقی، مجید، یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. (SCS) فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، سال سوم، شماره ۱۳، پاییز ۱۳۹۲، صص ۴۷-۵۹.
- [۳] شاه محمدی، زهرا، حسن نژاد، زهرا، ملکی، سمانه، حسن زاده طباطبایی، مریم. (۱۴۰۳). روابط ساختاری بین تجربه ترومای کودکی با علائم افسردگی در بزرگسالان: نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای و سبک‌های دلبستگی، دوره ۱۲، شماره ۲.
- [۴] شمس، زهره، مشکاتی، زهره، مدنیان، لطیفه السادات. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش یوگا و خودشفقتی بر پرخاشگری مادران کودکان دارای اختلال جسمی-حرکت. مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۱۰، شماره ۱۱۰.
- [5] Afshar, H., et al. (۲۰۱۵). Iranian Journal of Psychiatry, ۱۰ (۴), ۲۳۷-۲۴۵.
- [6] Anda, R. F., et al. (۲۰۰۶). European Archives of Psychiatry, ۲۵۶ (۳), ۱۷۴-۱۸۶.
- [7] Burke Harris, N. (۲۰۱۸). The Deepest Well. Houghton Mifflin Harcourt.
- [8] Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
- [9] Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. American Journal of Psychiatry, 151(8), 1132-1136.
- [10] Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic Books.
- [11] Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (۲۰۱۷). Treating Trauma. Guilford Publications.
- [12] Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. Journal of Affective Disorders, 82(2), 217-225.
- [13] Danese, A., & McEwen, B. S. (۲۰۱۲). Physiology & Behavior, ۱۰۶ (۱), ۲۹-۳۹.
- [14] Dannlowski, U., Stuhrmann, A., Beutelmann, V., Zwanzger, P., Lenzen, T., Grotegerd, D., ... & Kugel, H. (۲۰۱۲). Limbic scars: Long-term consequences of childhood maltreatment revealed by functional and structural magnetic resonance imaging. Biological Psychiatry, ۷۱(۴), ۲۸۶-۲۹۳. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.10.021>.
- [15] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245-258.
- [16] Gilbert, P. (2009). The compassionate mind. New Harbinger Publications.
- [17] Nolen-Hoeksema, S. (۲۰۰۱). Gender differences in depression. Current Directions in Psychological Science, ۱۰ (۵), ۱۷۳-۱۷۶.

- [18] Játiva, R., & Cerezo, M. Á. (۲۰۱۴). The protective role of self-compassion in the relationship between victimization and psychological maladjustment in a sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, ۳۸ (۷), ۱۱۸۰–۱۱۹۰.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.005>
- [19] Kim, J., Park, H., & Kim, K. (۲۰۲۱). Childhood trauma, self-compassion, and depression among working women: A moderated mediation model. *BMC Women's Health*, ۲۱ (۱), ۱–۹.
- [20] Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849–1856.
- [21] MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552.
- [22] Montero-Marin, J., Kuyken, W., Crane, C., Gu, J., Baer, R., Schulte-Frith, J., & García-Campayo, J. (۲۰۱۸). Self-compassion and responses to self-related negative thinking: The mediating role of mindfulness and reappraisal. *Mindfulness*, ۹ (۳), ۷۶۷–۷۷۷.
- [23] National Child Traumatic Stress Network. (۲۰۲۰). Trauma-Focused CBT.
- [24] Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- [25] Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- [26] Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240.
- [27] Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. P. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39(3), 267–285.
- [28] Pepping, C. A., Davis, P. J., O'Donovan, A., & Pal, J. (2015). Individual differences in self-compassion: The role of attachment and experiences of parenting in childhood. *Self and Identity*, 14(1), 104–117. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.955050>
- [29] Scoglio, A. A. J., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2018). Systematic review of interventions for posttraumatic stress disorder symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(5), 625–641. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1477210>
- [30] Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., & MAP Research Team. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887–898.
- [31] Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2003). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(4), 903–908.
- [32] Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 480–491.
- [33] World Health Organization (WHO). (2020). Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

رابطه ترومای کودکی با خودشفقتی و افسردگی در زنان ۴۰-۲۰ سال شاغل در ادارات دولتی شهر خرم آباد

[34] World Health Organization. (۲۰۲۲). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ).

[35] Zarei, S., et al. (۲۰۲۴). Iranian Journal of Psychiatry, ۱۹ (۱), ۴۵-۵۶.