Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article

July-August 2026, Volume 14, Issue 3 10.22034/ijpn.14.3.67

Structural Modeling of Adolescent High-Risk Behaviors Based on Childhood Trauma: The Mediating Role of Mindfulness and Difficulty in Emotion Regulation in Adolescents in Tabriz

Elahe Khodadadi[1*], Ali Asgharzadeh[2]

1- Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Corresponding author: Elahe Khodadadi, Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
Email: Elahekhodadadi12@gmail.com

Received: 2026/07/22 Accepted: 2026/09/12

Abstract

Introduction: High-risk behaviors in adolescence are considered one of the most important public health challenges, and childhood trauma is one of the strongest predictors of these behaviors. However, the psychological mechanisms mediating this relationship are not fully understood. The present study aimed to structurally model adolescent risk behaviors based on childhood trauma by examining the mediating role of mindfulness and difficulty in emotion regulation.

Methods: This was a cross-sectional correlational study using structural equation modeling. The statistical population included all adolescents aged 12 to 18 in Tabriz in 2024, from whom 384 were selected using convenience sampling. The research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire, the Adolescent Risky Behavior Checklist, the Difficulty in Emotion Regulation Scale, and the Child and Adolescent Mindfulness Questionnaire. Data were analyzed using the partial least squares (PLS-SEM) method in SmartPLS software.

Results: The results showed that childhood trauma has a positive and significant direct effect on risky behaviors (β=0.316, P<0.01). Also, mindfulness played a negative and significant mediating role (β=-0.178, P<0.01), and difficulty in emotion regulation played a positive and significant mediating role (β=0.131, P<0.01) in the relationship between childhood trauma and risky behaviors. The final model was able to explain 63.4% of the variance in risky behaviors (R^2=0.634). The model fit indices, including (SRMR=0.051) and (NFI=0.947) indicated the optimal fit of the model. Also, the predictive power of the model (Q^2=0.445) indicated the high predictive power of the model.

Conclusion: The findings show that childhood trauma has a direct and positive significant relationship with risky behaviors in adolescents. The results also indicate that childhood trauma is correlated with risky behaviors through the mediating role of mindfulness (negative relationship) and difficulty in emotion regulation (positive relationship). Based on these findings, designing preventive and therapeutic interventions aimed at strengthening mindfulness and emotion regulation skills in adolescents with a history of childhood trauma can play an effective role in reducing risky behaviors and promoting their mental health.

Keywords: Childhood trauma, Risky behaviors, Mindfulness, Difficulty in emotion regulation, Adolescents.

نشریه روان پرستاری
مقاله پژوهشی
مرداد و شهریور ۱۴۰۵، دوره ۱۴، شماره ۳
10.22034/ijpn.14.3.67

مدل‌یابی ساختاری رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ترومای دوران کودکی: نقش میانجی ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان نوجوانان شهر تبریز

الهه خدادادی[1*]، علی اصغرزاده[2]

۱-کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: الهه خدادادی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
ایمیل: Elahekhodadadi12@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۳۱ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۵/۶/۲۱

چکیده

مقدمه: رفتارهای پرخطر در نوجوانی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی محسوب می‌شوند و ترومای دوران کودکی یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های این رفتارهاست. با این حال، سازوکارهای روان‌شناختی میانجی این رابطه به‌طور کامل شناخته نشده است. پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ترومای دوران کودکی با بررسی نقش میانجی ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بود که از میان آن‌ها ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ترومای دوران کودکی، چک‌لیست رفتارهای پرخطر نوجوانان، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان بودند. داده‌ها با استفاده از روش حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) در نرم‌افزار SmartPLS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ترومای کودکی بر رفتارهای پرخطر اثر مستقیم مثبت و معناداری دارد (β=۰/۳۱۶، P<۰/۰۱). همچنین، ذهن‌آگاهی نقش میانجی منفی و معنادار (β=-۰/۱۷۸، P<۰/۰۱)، و دشواری در تنظیم هیجان نقش میانجی مثبت و معنادار (β=۰/۱۳۱، P<۰/۰۱)، در رابطه بین ترومای کودکی و رفتارهای پرخطر ایفا کردند. مدل نهایی توانست ۶۳/۴ درصد از واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین کند (R^2=۰/۶۳۴). شاخص‌های برازش مدل شامل (SRMR=۰/۰۵۱) و (NFI=۰/۹۴۷) نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل بود. همچنین، قدرت پیش‌بینی مدل (Q^2=۰/۴۴۵) حاکی از توان پیش‌بینی بالای مدل بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی با رفتارهای پرخطر در نوجوانان رابطه مستقیم و مثبت معناداری دارد. همچنین، نتایج حاکی از آن است که ترومای دوران کودکی از طریق نقش میانجی ذهن‌آگاهی (رابطه منفی) و دشواری در تنظیم هیجان (رابطه مثبت)، با رفتارهای پرخطر همبستگی دارد. بر اساس این یافته‌ها، طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی با هدف تقویت ذهن‌آگاهی و مهارت‌های تنظیم هیجان در نوجوانان دارای سابقه ترومای کودکی، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش رفتارهای پرخطر و ارتقای سلامت روان آنان داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: ترومای دوران کودکی، رفتارهای پرخطر، ذهن‌آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، نوجوانان.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای بحرانی از تحولات زیستی، شناختی و هیجانی است که الگوهای رفتاری فرد را در بزرگسالی شکل می‌دهد (۱). با توجه به افزایش جهانی اختلالات روانی در این بازه سنی، سلامت روان نوجوانان به یکی از اولویت‌های اصلی نظام‌های سلامت تبدیل شده است (۲). یکی از پیامدهای نگران‌کننده این بحران، بروز رفتارهای پرخطر نظیر خودآسیبی، مصرف مواد و خشونت است که سهم قابل‌توجهی در بار بیماری‌ها و مرگ‌ومیر این گروه سنی دارند (۳، ۴). با توجه به پیچیدگی این رفتارها، شناسایی عوامل پیش‌بین و سازوکارهای میانجی در پیشگیری از آن‌ها ضرورت دارد (۵).

در میان انبوه عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح‌شده برای تبیین رفتارهای پرخطر نوجوانان، ترومای دوران کودکی (Childhood trauma) به‌عنوان یکی از عوامل خطر مهم و پایدار در تبیین طیف وسیعی از پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری شناخته شده است (۵). تجارب آسیب‌زای اولیه، شامل سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی و هیجانی و همچنین غفلت عاطفی و جسمی، نه‌تنها در دوران کودکی بلکه در سراسر زندگی، زخم‌های عمیقی بر سلامت روان و رفتار فرد بر جای می‌گذارند. شواهد حاصل از مطالعات طولی، مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها به‌طور مداوم نشان داده‌اند که مواجهه با این تجارب، خطر بروز طیف گسترده‌ای از رفتارهای ناسازگار از جمله مصرف مواد، رفتارهای خشونت‌آمیز، خودآسیب‌رسانی و سایر رفتارهای پرخطر را در نوجوانی و بزرگسالی به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (۶–۸). برای نمونه، اوزدمیر بیشکین (۵) با بررسی ۳۰۳ دانش‌آموز دبیرستانی نشان داد که بدرفتاری دوران کودکی از طریق افزایش تعارض والد–نوجوان و گرایش به خشونت، رفتارهای پرخطر را در نوجوانان تشدید می‌کند. روش و همکاران (۷) نیز در مطالعه‌ای بر روی ۴۱۴ دانشجوی جوان، رابطه مستقیم و معناداری بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای مسئله‌ساز را تأیید کردند. با این وجود، آنچه این ادبیات پژوهشی را با پرسشی اساسی مواجه می‌سازد، ناهمگونی قابل‌توجه در پیامدهای رفتاری نوجوانان دارای سابقه تروماست؛ به‌گونه‌ای که همه آنان رفتارهای پرخطر از خود نشان نمی‌دهند و شدت و الگوی این پیامدها در بین افراد تفاوت‌های بارزی دارد (۹). این واقعیت، پژوهشگران را به این پرسش رهنمون ساخته است که چه سازوکارهای روان‌شناختی‌ای مسئول انتقال و یا تعدیل اثرات مخرب ترومای کودکی بر رفتارهای پرخطر نوجوانان هستند.

در تبیین مسیر از تروما تا پیامدهای رفتاری، دو سازوکار خودتنظیمی در ادبیات پژوهشی از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند که از مجاری متمایزی عمل می‌کنند. نخستین سازوکار، ذهن‌آگاهی است؛ سازه‌ای که به آگاهی غیرقضاوتی از تجارب درونی و بیرونی اشاره دارد و به‌عنوان عاملی محافظتی، نقشی کلیدی در کاهش پیامدهای منفی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ایفا می‌کند (۱، ۱۰). شواهد نشان می‌دهد ترومای دوران کودکی با کاهش سطوح ذهن‌آگاهی همراه است که خود زمینه‌ساز افزایش رفتارهای تکانشی، اجتنابی و پرخطر می‌گردد (۷، ۱۱). در همین راستا، یافته‌های «روش و همکاران» (۷) تأیید می‌کند که دو مؤلفه «عمل همراه با آگاهی» و «قضاوت نکردن»، رابطه بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای مسئله‌ساز را میانجی‌گری می‌کنند. وارنر و همکاران (۱۱) نیز نشان دادند که مؤلفه‌های مختلف ذهن‌آگاهی می‌توانند بخشی از آثار منفی تجربه محیط‌های هیجان‌ستیز دوران کودکی بر تنظیم هیجان را کاهش دهند. این یافته‌ها ذهن‌آگاهی را به‌عنوان یک مسیر شناختی–توجهی کلیدی معرفی می‌کنند که از طریق آن، پیامدهای منفی مرتبط با تروما می‌تواند تبیین یا کاهش یابد.

دومین سازوکار، دشواری در تنظیم هیجان (Difficulty regulating emotions) است که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مسیرهای آسیب‌شناختی در انتقال اثرات ترومای کودکی به پیامدهای رفتاری نوجوانان شناسایی شده است. تنظیم هیجان، به مجموعه فرایندهای درون‌فردی و بین‌فردی اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن‌ها هیجان‌های خود را پایش، ارزیابی و تعدیل می‌کنند و دشواری در این توانایی، یکی از عوامل اصلی آسیب‌شناسی روانی محسوب می‌شود (۱۲). شواهد گسترده‌ای نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی، به‌ویژه سوءاستفاده هیجانی و غفلت عاطفی، با اختلال در رشد ظرفیت‌های تنظیم هیجان همراه است (۱۳). جنیسن و همکاران (۱۴) در مدل‌یابی معادلات ساختاری بر روی ۷۰۱ بزرگسال نشان دادند که بدتنظیمی هیجانی، حتی پس از کنترل اثر عاطفه منفی، رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و آسیب‌شناسی روانی را به‌طور معناداری میانجی‌گری می‌کند. در مطالعه شارما و همکاران (۸) بر روی ۱۸۲ نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز سلامت روان،

دشـواری در تنظیـم هیجـان به‌عنـوان میانجی‌گـر رابطـه بیـن آسـیب‌های دوران کودکـی و رفتارهـای برونی‌سـازی (از جملـه رفتارهـای پرخطـر) شناسـایی شـد. اندرسـون و همـکاران (۱۵) نیـز بـا نمونـه‌ای متشـکل از ۳۱۶۹ دانش‌آمـوز دبیرسـتانی دریافتند کـه دشـواری‌های تنظیـم هیجـان و نشـانه‌های آسـیب روانـی، هـر دو رابطـه بیـن سوءاسـتفاده دوران کودکـی و خودآسیب‌رسـانی غیرخودکشـی‌گرا را در نوجوانـان میانجی‌گـری می‌کننـد. بنابرایـن، دشـواری در تنظیـم هیجـان را می‌تـوان یـک مسـیر هیجانـی–خودتنظیمـی دانسـت کـه از طریـق آن، تجـارب نامطلـوب کودکی بـه رفتارهـای پرخطـر در نوجوانـی منجـر می‌شـود.

آنچـه از مـرور ایـن شـواهد به‌دسـت می‌آیـد، آن اسـت کـه ذهن‌آگاهـی و دشـواری در تنظیـم هیجـان، هرکـدام به‌طـور جداگانـه به‌عنـوان متغیرهـای میانجـی در رابطـه بیـن ترومـای کودکـی و پیامدهـای مختلـف روان‌شـناختی و رفتـاری شناسـایی شـده‌اند. بـا ایـن حـال، ایـن دو سـازوکار از مسـیرهای نسـبتاً متمایـزی عمـل می‌کننـد؛ ذهن‌آگاهـی عمدتـاً یـک مسـیر شـناختی–توجهی را منعکـس می‌کنـد کـه در آن، فـرد بـا آگاهـی غیرقضاوتـی از تجـارب درونـی، از واکنش‌هـای خـودکار و تکانشـی پرهیـز می‌کنـد، در حالـی کـه دشـواری در تنظیـم هیجـان، یـک مسـیر هیجانی–خودتنظیمـی را نشـان می‌دهـد کـه در آن، فـرد در مدیریـت و تعدیـل پاسـخ‌های هیجانـی خـود بـا دشـواری مواجـه اسـت (۷، ۱۴). بـا وجـود ماهیـت چندبعـدی خودتنظیمـی، پژوهش‌هـای پیشـین عمدتـاً بـر ذهن‌آگاهـی یـا دشـواری در تنظیـم هیجـان به‌صـورت مجـزا تمرکـز کرده‌انـد و نقـش هم‌زمـان ایـن دو سـازوکار را در رابطـه میـان ترومـای کودکـی و رفتارهـای پرخطـر نوجوانـان در یـک چارچـوب علّـی مشـترک بررسـی نکرده‌انـد (۱۶، ۱۷). از ایـن رو، تبییـن نقـش میانجی‌گـر مـوازی ایـن دو متغیـر در ایـن رابطـه، همچنـان یکـی از پرسـش‌های بی‌پاسـخ در ادبیـات پژوهشـی اسـت.

در سـال‌های اخیـر، حرکـت پژوهش‌هـا بـه سـمت مدل‌هـای پیچیده‌تـر علّـی در جمعیـت نوجوانـان، گام‌هـای مهمـی در جهـت پـر کـردن ایـن خـلأ برداشـته اسـت. اوزدمیـر بیشـکین (۵) بـا نمونـه‌ای از نوجوانـان، نقـش میانجـی تعـارض والـد–نوجـوان و گرایـش بـه خشـونت را در رابطـه بدرفتـاری کودکـی و رفتارهـای پرخطـر تأییـد کـرد. شـارما و همـکاران (۸) در نمونـه‌ای از نوجوانـان مراجعه‌کننـده بـه مراکـز سـلامت روان، مـدل میانجی‌گـری دشـواری تنظیـم هیجـان در رابطـه تروما و رفتارهـای برونی‌سـازی را آزمودنـد. اندرسـون و همـکاران (۱۵) نیـز در نمونـه‌ای بـزرگ از نوجوانـان، مـدل میانجی‌گـری دشـواری‌های تنظیـم هیجـان در رابطـه سوءاسـتفاده دوران کودکـی و خودآسیب‌رسـانی را تأییـد کردنـد. بـا ایـن حـال، حتـی ایـن مطالعـات جدیـد نیـز بـه بررسـی هم‌زمـان هـر دو سـازوکار ذهن‌آگاهـی و دشـواری در تنظیـم هیجـان در یـک مـدل واحـد نپرداخته‌انـد و عمدتـاً بـر یکـی از ایـن دو مسـیر متمرکـز بوده‌انـد. ایـن وضعیـت، نشـان‌دهنده یـک شـکاف پژوهشـی قابل‌توجـه در ادبیـات موجـود اسـت کـه ضـرورت انجـام مطالعـه‌ای بـا رویکـرد مدل‌یابـی معـادلات سـاختاری را بـرای آزمـون هم‌زمـان هـر دو مسـیر میانجـی مـوازی، آشـکار می‌سـازد.

مطالعـات داخلـی، اگرچـه بـه بررسـی ابعـاد گوناگـون رفتارهـای پرخطـر و متغیرهـای مرتبـط نظیـر ترومـای کودکـی، ذهن‌آگاهـی و تنظیـم هیجـان پرداخته‌انـد (۱۸–۲۱)، امـا فاقـد یـک مـدل سـاختاری یکپارچـه بـرای تبییـن هم‌زمـان ایـن روابـط هسـتند. بـرای نمونـه، پژوهش‌هـا نقـش میانجـی ذهن‌آگاهـی، ذهنی‌سـازی و نشـخوار فکـری را در پیونـد تروما بـا پیامدهایـی نظیـر اعتیـاد بـه فضـای مجـازی، خودآسـیبی و افـکار خودکشـی تأییـد کرده‌انـد (۱۸–۲۰) و اثربخشـی ذهن‌آگاهـی بـر بهبـود تنظیـم هیجـان را نشـان داده‌انـد (۲۱). بـا وجـود ایـن پیشـینه‌ها، هنـوز الگویـی جامـع کـه هم‌زمـان بـه نقـش میانجی‌گـر «ذهن‌آگاهـی» و «دشـواری در تنظیـم هیجـان» در رابطـه بیـن «ترومـای کودکـی» و «رفتارهـای پرخطـر» در نوجوانـان ایرانـی بپـردازد، مـورد آزمـون قـرار نگرفتـه اسـت.

بـر اسـاس مـرور انتقـادی ادبیـات پژوهشـی، سـه خـلأ اساسـی در حـوزه مـورد مطالعـه قابل‌شناسـایی اسـت. نخسـت، اکثـر پژوهش‌هـای پیشـین تنهـا بـه بررسـی نقـش مجـزای یکـی از دو سـازوکار میانجـی پرداخته‌انـد و مدلـی کـه نقـش هم‌زمـان دو مسـیر ذهن‌آگاهـی و دشـواری در تنظیـم هیجـان را به‌عنـوان میانجی‌هـای مـوازی در تبییـن رفتارهـای پرخطـر نوجوانـان بررسـی کنـد، به‌نـدرت وجـود دارد. دوم، بخـش عمـده شـواهد موجـود بـر روی جمعیت‌هـای بزرگسـال، دانشـجویان یـا گروه‌هـای بالینـی خـاص متمرکـز بـوده و جامعـه عمومـی نوجوانـان کـه در معـرض بالاتریـن میـزان رفتارهـای پرخطـر هسـتند، کمتـر مـورد مطالعـه قـرار گرفته‌انـد. سـوم، بـا وجـود تفاوت‌هـای فرهنگـی در تجربـه، ادراک و پیامدهـای ترومـای دوران کودکـی، شـواهد مبتنـی بـر مدل‌هـای سـاختاری در بافـت ایرانـی، به‌ویـژه در میـان نوجوانـان شـهر تبریـز، بسـیار انـدک اسـت. ایـن خلأهـا، ضـرورت انجـام پژوهشـی را کـه بـا روش مدل‌یابـی معـادلات سـاختاری بـه آزمـون بـرازش و قـدرت تبیین‌کنندگـی یـک مـدل جامـع بپـردازد، به‌وضـوح آشـکار

می‌سازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ترومای دوران کودکی با بررسی نقش میانجی ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان در میان نوجوانان شهر تبریز انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. به‌منظور بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش و آزمون نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای پرخطر نوجوانان، از روش تحلیل مسیر در چارچوب مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ بود. با توجه به گستردگی جامعه آماری و بر اساس جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، حجم نمونه مورد نیاز ۳۸۴ نفر تعیین شد. همچنین، با توجه به احتمال حذف برخی پرسشنامه‌ها به دلیل ناقص بودن پاسخ‌ها، پاسخ‌دهی نامعتبر یا عدم برخورداری از ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۴۳۰ پرسشنامه توزیع گردید که پس از بررسی و حذف موارد ناقص و مخدوش، در نهایت ۳۸۴ پرسشنامه کامل و قابل تحلیل در دسترس قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی در دسترس انجام شد. بدین منظور، پژوهشگر با مراجعه به پارک‌ها، بوستان‌ها، فرهنگسراها، مراکز ورزشی و سایر اماکن عمومی شهر تبریز نسبت به شناسایی نوجوانان واجد شرایط اقدام کرد. به‌منظور افزایش تنوع نمونه و کاهش سوگیری ناشی از نمونه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها از مناطق مختلف شهر و در زمان‌های متفاوت انجام شد. همچنین، تلاش شد نمونه شامل نوجوانان دختر و پسر باشد تا امکان بررسی دیدگاه‌های هر دو گروه فراهم شود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۱۲ تا ۱۸ سال، سکونت در شهر تبریز، توانایی خواندن و نوشتن، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل کامل پرسشنامه‌ها بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، ارائه پاسخ‌های نامعتبر یا الگوی پاسخ‌دهی غیرواقعی و انصراف از ادامه مشارکت در نظر گرفته شد.

پس از شناسایی افراد واجد شرایط، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش، اهمیت مشارکت، محرمانه بودن اطلاعات و استفاده صرفاً پژوهشی از داده‌ها ارائه شد و پس از کسب رضایت آگاهانه از والدین و شرکت‌کنندگان، همه پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پرسشنامه‌ها به‌صورت فردی و در محیطی مناسب برای حفظ تمرکز و آرامش شرکت‌کنندگان تکمیل شدند. زمان تقریبی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها حدود ۲۰ تا ۲۵ دقیقه در نظر گرفته شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تمامی موارد از نظر کامل بودن پاسخ‌ها بررسی و داده‌های نهایی برای تحلیل آماده شد. جهت جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنشتاین و همکاران (۲۲) در قالب نسخه ۲۸ آیتمی تدوین شد. پاسخ‌های این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و پنج مؤلفه آزار هیجانی، آزار جنسی، آزار جسمی، غفلت هیجانی و غفلت جسمی را ارزیابی می‌کند. به‌گونه‌ای که آزار هیجانی با گویه‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با گویه‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار جسمی با گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت هیجانی با گویه‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ و غفلت جسمی با گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ سنجیده می‌شود. همچنین، گویه‌های ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها محاسبه نمی‌شوند و صرفاً برای بررسی کم‌برآوردی یا انکار تجارب آسیب‌زا در نظر گرفته شده‌اند. برنشتاین و همکاران (۲۱) ضرایب پایایی این ابزار را با استفاده از روش‌های آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ و روایی همزمان آن با مقیاس درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای دوران کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آمد. در ایران نیز، گروسی و نخعی (۲۳) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را بررسی کردند و ضریب پایایی آن را به روش آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۹۰ و میانگین ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را ۰/۷۹ گزارش کردند.

پرسشنامه رفتارهای پرخطر نوجوانان (Checklist of Risk Behaviours for Youth; CORBY): چک‌لیست رفتارهای پرخطر نوجوانان توسط آرمسترانگ (۲۴) طراحی شده و شامل ۱۵ گویه در سه سطح رفتارهای پرخطر است. در این ابزار، برای پاسخ «خیر» به هر گویه نمره صفر و برای پاسخ «بله» بسته به سطح رفتار پرخطر، نمره ۱، ۲ یا ۳ اختصاص می‌یابد. به‌گونه‌ای که گویه‌های ۱، ۳، ۵، ۸ و ۱۴

مربوط به رفتارهای پرخطر سطح اول (نمره ۱)، گویه‌های ۲، ۴، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به رفتارهای پرخطر سطح دوم (نمره ۲) و گویه‌های ۶، ۷، ۱۱، ۱۳ و ۱۵ مربوط به رفتارهای پرخطر سطح سوم (نمره ۳) هستند. بنابراین، دامنه نمرات این چک‌لیست از ۰ تا ۳۰ بوده و نمرات بالاتر بیانگر میزان بیشتر رفتارهای پرخطر در نوجوانان است. این ابزار یک نمره کلی از رفتارهای پرخطر ارائه می‌دهد. آرمسترانگ (۲۴) ضریب همسانی درونی این چک‌لیست را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۶ گزارش کرد. در ایران، سیدعلی‌تبار و همکاران (۲۵) ضرایب آلفای کرونباخ را برای سطوح اول، دوم و سوم به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۶۹ و ۰/۷۵ و ضرایب پایایی بازآزمایی را به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین، به‌منظور بررسی روایی واگرا، همبستگی مثبت و معناداری بین نمرات این چک‌لیست و مقیاس افسردگی (r=۰/۳۴) و همبستگی منفی و معناداری بین این چک‌لیست و مقیاس شادکامی آکسفورد (r=۰/۲۰) مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS): برای سنجش دشواری در تنظیم هیجان از پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان که توسط گراتز و روئمر (۲۶) تدوین شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه و شش خرده‌مقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی است. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «تقریباً هرگز» (۱) تا «تقریباً همیشه» (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۶ تا ۱۸۰ است؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان هستند. همچنین، این پرسشنامه با پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ) همبستگی معناداری دارد که بیانگر روایی همگرای مطلوب آن است (۲۶). گراتز و روئمر (۲۶) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۳ و ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و فقدان شفافیت هیجانی را به‌ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که شش عامل استخراج‌شده ۶۸/۵۵ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. در ایران، بشارت (۲۷) پایایی بازآزمایی این مقیاس را با فاصله زمانی ۴ تا ۶ هفته بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه ذهن‌آگاهی (Child and Adolescent Mindfulness Measure; CAMM): پرسشنامه ذهن‌آگاهی کودک و نوجوان توسط گرکو و همکاران (۲۸) تدوین شد. این ابزار یک پرسشنامه خودگزارشی شامل ۱۰ گویه است که به‌منظور سنجش میزان ذهن‌آگاهی در کودکان و نوجوانان طراحی شده است. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز در مورد من درست نیست» (۰) تا «همیشه در مورد من درست است» (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۶ و ۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه یک نمره کلی ارائه می‌دهد که دامنه آن از ۰ تا ۴۰ متغیر است؛ به‌گونه‌ای که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر ذهن‌آگاهی و پذیرش و نمرات پایین‌تر بیانگر سطح پایین‌تر این ویژگی‌ها هستند. گرکو و همکاران (۲۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کردند که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار است. همچنین، روایی همزمان این پرسشنامه از طریق همبستگی با خرده‌مقیاس مشکلات توجه در سیاهه رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا برابر با ۰/۵۹ گزارش شد که نشان‌دهنده روایی مناسب این ابزار است. در ایران، حیدری‌نسب (۲۹) ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۳ گزارش کرد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۳۸۴ نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله شهر تبریز مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی کل نمونه ۱۴/۳ سال با انحراف استاندارد ۲/۱ بود. از نظر توزیع جنسیتی، ۲۰۴ نفر (۵۳/۱ درصد) دختر و ۱۸۰ نفر (۴۶/۹ درصد) پسر بودند. در توزیع سنی، ۱۲۸ نفر (۳۳/۳ درصد) ۱۳ ساله، ۱۳۶ نفر (۳۵/۴ درصد) ۱۴ ساله، ۹۸ نفر (۲۵/۵ درصد) ۱۵ ساله و ۲۲ نفر (۵/۷ درصد) ۱۶ ساله بودند.

جدول ۱. همبستگی، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	٤
۱. ترومای کودکی	۱			
۲. ذهن‌آگاهی	-۰/۳۶۲	۱		
۳. دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۶۶	-۰/۱۹۸	۱	
۴. رفتارهای پرخطر	۰/۶۲۵	-۰/۶۷۸	۰/۵۷۱	۱
میانگین	۴۳/۲۱	۳۶/۷۶	۸۶/۷۶	۳۵/۴۵
انحراف معیار	۱۲/۳۰	۸/۳۸	۱۹/۷۱	۱۲/۴۳
چولگی	-۰/۱۶	۰/۰۸	-۰/۲۲	-۰/۱۷
کشیدگی	-۰/۳۲	-۰/۵۶	-۰/۱۰	-۰/۲۱

جدول ۲. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱٤	۱٥
۱. ترومای کودکی	۱														
۲. آزار هیجانی	۰/۷۵۱	۱													
۳. آزار جسمی	۰/۷۵۰	۰/۴۴۴	۱												
۴. آزار جنسی	۰/۷۵۷	۰/۵۰۷	۰/۴۹۵	۱											
۵. غفلت هیجانی	۰/۷۶۴	۰/۳۷۴	۰/۴۸۵	۰/۵۱۷	۱										
۶. غفلت جسمی	۰/۷۲۳	۰/۴۵۱	۰/۴۲۴	۰/۴۶۷	۰/۳۸۶	۱									
۷. دشواری تنظیم هیجان	۰/۳۶۶	۰/۳۳۰	۰/۲۹۱	۰/۳۲۰	۰/۱۹۵	۰/۲۶۳	۱								
۸. عدم پذیرش	۰/۲۴۹	۰/۲۱۳	۰/۱۷۰	۰/۲۱۰	۰/۱۵۸	۰/۱۹۳	۰/۶۰۲	۱							
۹. دشواری اهداف	۰/۲۷۶	۰/۱۹۴	۰/۲۵۵	۰/۲۴۲	۰/۱۵۸	۰/۲۱۱	۰/۶۲۴	۰/۳۰۱	۱						
۱۰. کنترل تکانه	۰/۲۰۲	۰/۲۲۴	۰/۱۶۳	۰/۱۵۴	۰/۰۷۴	۰/۱۵۲	۰/۶۵۳	۰/۲۵۶	۰/۲۹۹	۱					
۱۱. آگاهی هیجانی	۰/۲۴۹	۰/۲۴۸	۰/۲۰۵	۰/۲۱۵	۰/۱۵۰	۰/۱۲۷	۰/۶۸۰	۰/۲۹۷	۰/۲۹۲	۰/۳۴۸	۱				
۱۲. راهبردها	۰/۱۸۷	۰/۱۸۵	۰/۱۶۰	۰/۱۸۷	۰/۰۵۹	۰/۱۳۸	۰/۶۶۰	۰/۲۰۷	۰/۲۷۱	۰/۲۸۶	۰/۳۲۲	۱			
۱۳. شفافیت	۰/۲۸۳	۰/۲۲۵	۰/۱۸۴	۰/۲۵۱	۰/۱۹۳	۰/۲۲۳	۰/۶۴۲	۰/۳۲۸	۰/۳۵۳	۰/۳۱۴	۰/۴۰۱	۰/۲۳۶	۱		
۱۴. ذهن‌آگاهی	-۰/۳۶۲	-۰/۲۷۸	-۰/۲۷۲	-۰/۲۵۷	-۰/۲۶۶	-۰/۲۷۸	-۰/۱۹۸	-۰/۱۳۴	-۰/۱۳۸	-۰/۱۴۳	-۰/۰۹۵	-۰/۱۱۸	-۰/۱۴۲	۱	
۱۵. رفتارهای پرخطر	۰/۶۲۵	۰/۴۸۴	۰/۴۵۹	۰/۵۱۲	۰/۴۳۳	۰/۴۷۳	۰/۵۷۱	۰/۳۹۱	۰/۳۹۳	۰/۳۹۴	۰/۳۳۶	۰/۳۱۷	۰/۴۰۱	-۰/۶۷۸	۱

مطابق با نتایج جدول ۱، بین متغیرهای پژوهش روابط معنادار و همسو با چارچوب نظری مدل مشاهده شد. به‌طور مشخص، بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای پرخطر نوجوانان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱ ، r=۰/۶۲۵)، به این معنا که با افزایش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، رفتارهای پرخطر در نوجوانان افزایش می‌یابد. همچنین، بین ترومای کودکی و دشواری در تنظیم هیجان رابطه مثبت و معنادار به‌دست آمد (P<۰/۰۱ ،r=۰/۳۶۶)، در حالی‌که ترومای کودکی با ذهن‌آگاهی رابطه منفی و معناداری نشان داد (r=۰/۳۶۲، P<۰/۰۱)، از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی با رفتارهای پرخطر رابطه منفی و معنادار دارد (P<۰/۰۱ ، r=-۰/۶۷۸)، که بیانگر نقش محافظتی ذهن‌آگاهی در کاهش رفتارهای پرخطر است. در مقابل، دشواری در تنظیم هیجان با رفتارهای پرخطر رابطه مثبت و معناداری نشان داد (r=۰/۵۷۱، P<۰/۰۱)، که حاکی از نقش تشدیدکننده این سازوکار در بروز رفتارهای پرخطر است. همچنین، رابطه منفی و معنادار بین ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان مشاهده شد (r=-۰/۱۹۸، P<۰/۰۱)، که نشان‌دهنده ارتباط معکوس این دو ساز وکار خودتنظیمی است.

شاخص‌های توصیفی متغیرها نشان داد میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دامنه قابل‌قبول قرار دارند. مقادیر چولگی (بین ۰/۰۸- تا ۰/۲۲-) و کشیدگی (بین ۰/۱۰- تا ۰/۵۶-) همگی در بازه ±۲ قرار گرفته‌اند که

بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. در مجموع، نتایج جدول حاضر تأیید می‌کند که داده‌ها از مفروضه‌های لازم برای اجرای مدل‌یابی معادلات ساختاری برخوردار هستند.

جدول ۳. ضرایب پایایی، روایی همگرا و ماتریس فورنل-لارکر

متغیرها	ترومای کودکی	ذهن‌آگاهی	دشواری در تنظیم هیجان	رفتارهای پرخطر	روایی همگرا (AVE)	پایایی ترکیبی (C.R)	آلفای کرونباخ
۱. ترومای کودکی	۰/۸۵۶				۰/۷۳۲	۰/۹۳۲	۰/۹۰۳
۲. ذهن‌آگاهی	-۰/۳۶۲	۰/۸۶۰			۰/۷۴۰	۰/۹۳۴	۰/۹۰۸
۳. دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۶۶	-۰/۱۹۸	۰/۸۲۳		۰/۶۷۷	۰/۹۲۶	۰/۸۹۷
۴. رفتارهای پرخطر	۰/۶۲۵	-۰/۶۷۸	۰/۵۷۱	۰/۸۴۴	۰/۷۱۲	۰/۹۲۴	۰/۸۹۴

با توجه به نتایج جدول ۳، مشاهده می‌شود که ضرایب پایایی ترکیبی (CR) و آلفای کرونباخ برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۷۰ و ضرایب روایی همگرا (AVE) نیز بیش‌تر از ۰/۵۰ هستند. علاوه بر این، ضرایب موجود بر روی قطر اصلی ماتریس فورنل و لارکر (جذر AVE) از سایر مقادیر در سطر و ستون مربوطه بیشتر است؛ بنابراین، روایی همگرا، روایی واگرا و پایایی مدل مورد تأیید قرار می‌گیرد. جدول ۴ ضرایب مسیر مستقیم، ضرایب معناداری و آماره t را نشان می‌دهد.

جدول ٤. ضریب مسیر متغیرها

مسیر	ضریب همبستگی مسیر	سطح معناداری	آماره T
ترومای کودکی ⟵ ذهن‌آگاهی	-۰/۳۶۲	۰/۰۰۰	۸/۴۲۹
ترومای کودکی ⟵ دشواری در تنظیم هیجان	۰/۳۶۶	۰/۰۰۰	۸/۲۴۳
ترومای کودکی ⟵ رفتارهای پرخطر	۰/۳۱۶	۰/۰۰۰	۱۰/۳۸۷
ذهن‌آگاهی ⟵ رفتارهای پرخطر	-۰/۴۹۳	۰/۰۰۰	۱۷/۳۱۵
دشواری در تنظیم هیجان ⟵ رفتارهای پرخطر	۰/۳۵۷	۰/۰۰۰	۱۳/۵۱۰

با توجه به یافته‌های جدول ۴، اثر مستقیم ترومای کودکی بر ذهن‌آگاهی منفی و معنادار است (-۰/۳۶۲، ۸/۴۲۹، P<۰/۰۰۱)، به این معنا که با افزایش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، سطوح ذهن‌آگاهی در نوجوانان کاهش می‌یابد. همچنین، اثر مستقیم ترومای کودکی بر دشواری در تنظیم هیجان مثبت و معنادار به‌دست آمد (۰/۳۶۶، ۸/۲۴۳، P<۰/۰۰۱)، که بیانگر آن است که ترومای کودکی با افزایش دشواری در تنظیم هیجان همراه است. نتایج نشان داد اثر مستقیم ترومای کودکی بر رفتارهای پرخطر مثبت و معنادار است (۰/۳۱۶، ۱۰/۳۸۷، P<۰/۰۰۱)، یعنی ترومای کودکی به‌طور مستقیم رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی اثر مستقیم منفی و معناداری بر رفتارهای پرخطر دارد (-۰/۴۹۳، ۱۷/۳۱۵، P<۰/۰۰۱)، در حالی‌که دشواری در تنظیم هیجان اثر مستقیم مثبت و معناداری بر رفتارهای پرخطر نشان داد (۰/۳۵۷، ۱۳/۵۱۰، P<۰/۰۰۱). جدول ۵ اثرات غیرمستقیم (میانجی) مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۵. اثرات غیرمستقیم (میانجی) مدل

مسیر غیرمستقیم	ضریب همبستگی مسیر	سطح معناداری	آماره T
ترومای کودکی ⟵ ذهن آگاهی ⟵ رفتارهای پرخطر	-۰/۱۷۸	۰/۰۰۰	۷/۹۰۱
ترومای کودکی ⟵ دشواری در تنظیم هیجان ⟵ رفتارهای پرخطر	۰/۱۳۱	۰/۰۰۰	۶/۹۷۰

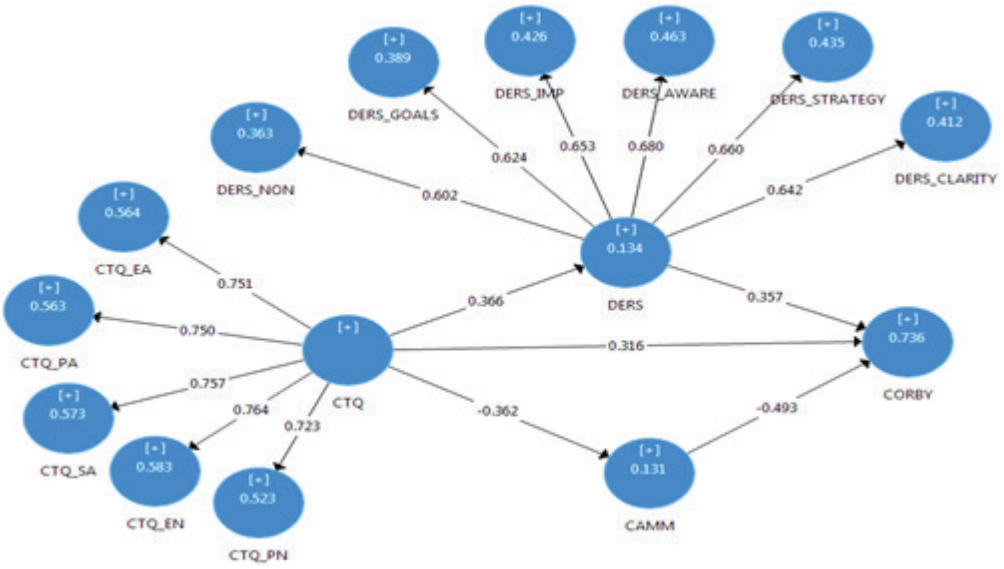
نتایج مربوط به اثرات غیرمستقیم حاکی از آن است که ترومای کودکی از طریق ذهن‌آگاهی اثر غیرمستقیم منفی و معناداری بر رفتارهای پرخطر دارد (-۰/۱۷۸، ۷/۹۰۱، P<۰/۰۰۱) و همچنین اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر رفتارهای پرخطر از مسیر دشواری در تنظیم هیجان مثبت و معنادار گزارش شد (۰/۱۳۱، ۶/۹۷۰، P<۰/۰۰۱). این یافته‌ها

نشـان می‌دهـد کـه ذهن‌آگاهـی و دشـواری در تنظیـم هیجـان هـر دو نقـش میانجـی معنـاداری در رابطـه بیـن ترومـای کودکـی و رفتارهـای پرخطـر ایفـا می‌کننـد.

جدول ۵. شاخص‌های ارزیابی اعتبار مدل ساختاری (PLS-SEM)

SRMR	NFI	GOF	R^2 (ذهن‌آگاهی)	R^2 (دشواری تنظیم هیجان)	R^2 (رفتارهای پرخطر)	Q^2 (ذهن‌آگاهی)	Q^2 (دشواری تنظیم هیجان)	Q^2 (رفتارهای پرخطر)	f^2 (ذهن‌آگاهی)	f^2 (دشواری تنظیم هیجان)
۰/۰۵۱	۰/۹۴۷	۰/۷۹۹	۰/۱۳۱	۰/۱۳۴	۰/۶۳۴	۰/۰۹۵	۰/۰۹۰	۰/۴۴۵	۰/۲۹۶	۰/۱۴۹

همان‌گونـه کـه در جـدول ۵ مشـاهده می‌شـود، شـاخص‌های ارزیابـی اعتبـار مـدل سـاختاری در چارچـوب PLS-SEM نشـان‌دهنده بـرازش مطلـوب و قابل‌قبـول مـدل هسـتند. مقادیـر انـدازه اثـر (f^2) بـرای ذهن‌آگاهـی (۰/۲۹۶) و دشـواری در تنظیـم هیجـان (۰/۱۴۹) بـر رفتارهـای پرخطـر در حـد متوسـط گـزارش شـده اسـت کـه بیانگـر نقـش اثرگـذار متغیرهـای میانجـی در مـدل اسـت. همچنیـن، مقادیـر قـدرت پیش‌بینـی (Q^2) بـرای رفتارهـای پرخطـر (۰/۴۴۵) بالاتـر از آسـتانه ۰/۳۵ بـوده و حاکـی از تـوان پیش‌بینـی بـالای مـدل اسـت. از سـوی دیگـر، ضرایـب تعییـن (R^2) بـرای رفتارهـای پرخطـر (۰/۶۳۴) نشـان می‌دهـد کـه مـدل قـادر بـه تبییـن ۶۳/۴ درصـد از واریانـس رفتارهـای پرخطـر اسـت. افـزون بـر ایـن، شـاخص‌های بـرازش کلـی مـدل شـامل ریشـه میانگیـن مجـذور باقیمانده‌هـای استانداردشـده (SRMR=۰/۰۵۱) و شـاخص برازندگـی هنجارشـده (NFI=۰/۹۴۷) همگـی بیانگـر بـرازش بسـیار مناسـب مـدل بـا داده‌هـای پژوهـش هسـتند. در مجمـوع، ایـن یافته‌هـا تأییـد می‌کننـد کـه مـدل سـاختاری پژوهـش از اعتبـار، قـدرت تبییـن و تـوان پیش‌بینـی مطلوبـی برخـوردار اسـت.



شکل ۱: مدل برازش یافته (ضرایب استاندارد)

همان‌طـور کـه در شـکل ۱ مشـاهده می‌شـود، تمـام مسـیرهای ترسیم‌شـده از لحـاظ آمـاری معنـادار هسـتند و ضرایـب مسـیر در جهت‌هـای پیش‌بینی‌شـده قـرار دارنـد. بـر اسـاس مـدل نهایـی، ترومـای کودکـی هـم به‌طـور مسـتقیم (β = ۰/۳۱۶) و هـم به‌طـور غیرمسـتقیم از طریـق کاهـش ذهن‌آگاهـی (β = −۰/۱۷۸) و افزایـش دشـواری در تنظیـم هیجان (β= ۰/۱۳۱) بـر رفتارهـای پرخطـر تأثیـر می‌گـذارد. قـدرت بالاتـر ضریـب مسـیر ذهن‌آگاهـی (−۰/۴۹۳) در مقایسـه بـا دشـواری در تنظیـم هیجـان (β = ۰/۳۵۷) در پیش‌بینـی رفتارهـای پرخطـر، حاکـی از نقـش برجسـته‌تر ذهن‌آگاهـی به‌عنـوان یـک عامـل محافظتـی اسـت. به‌منظـور وضـوح بیشـتر مـدل، گویه‌هـای پرسشـنامه‌ها در شـکل مخفـی شـده‌اند. بـا توجـه بـه مطالـب ارائـه شـده در جـداول ۱ تـا ۵ و شـکل ۱، بـرازش مـدل بـا داده‌هـای پژوهـش تأییـد می‌شـود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری رفتارهای پرخطر نوجوانان بر اساس ترومای دوران کودکی و با بررسی نقش میانجی ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که ترومای دوران کودکی، اثر مستقیم و مثبت معناداری بر رفتارهای پرخطر نوجوانان دارد. این همسویی با پژوهش‌های اوزدمیر بیشکین (۵)، هیوز و همکاران (۶)، روش و همکاران (۷)، شارما و همکاران (۸)، عباسی و همکاران (۱۸) و فرجامی و همکاران (۱۹)، مؤید آن است که ترومای دوران کودکی بسترساز رفتارهای پرخطر و آسیب‌زا در نوجوانان است. در واقع، چه در مطالعات بین‌المللی و چه در نمونه‌های داخلی (مانند اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی یا رفتارهای خودآسیبی)، همگی بر این امر توافق دارند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، پیش‌بینی‌کننده مهم رفتارهای پرخطر هستند.

با این حال، برخی مطالعات به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند که نشان‌دهنده پیچیدگی این رابطه است. برای نمونه، ژانگ و همکاران (۳۰) و هاتکویچ و همکاران (۱۳) معتقدند تأثیر ترومای کودکی به «نوع» آن (به‌ویژه سوءاستفاده هیجانی) وابسته است؛ در حالی‌که پژوهش حاضر با استفاده از نمره کل ترومای کودکی، رابطه معناداری را بین تمامی انواع ترومای و رفتارهای پرخطر یافت. این تفاوت می‌تواند ناشی از ماهیت پیامدهای بررسی‌شده (برونی‌سازی در مقابل درونی‌سازی) و تفاوت جمعیت‌شناختی باشد. رفتارهای پرخطر به‌عنوان پیامدهای برونی‌سازی‌شده، ممکن است نسبت به مشکلات درونی‌سازی‌شده (مانند اضطراب یا افکار خودکشی)، با طیف گسترده‌تری از ترومای کودکی مرتبط باشند. علاوه بر این، در نمونه‌های غیربالینی (مانند مطالعه حاضر)، انواع ترومای احتمالاً اثرات تجمعی و هم‌زمان بر رفتارهای پرخطر می‌گذارند، در حالی‌که در نمونه‌های بالینی، ممکن است تأثیر برخی انواع ترومای کودکی تحت تأثیر متغیرهای مداخله‌گر قرار گیرد.

از سوی دیگر، یافته‌ها نشان داد که ذهن‌آگاهی در رابطه بین ترومای کودکی و رفتارهای پرخطر نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند. این نتیجه با طیف گسترده‌ای از پژوهش‌های پیشین (۱، ۷، ۱۱، ۲۳، ۳۱، ۳۲، ۳۳) و همچنین مطالعات داخلی (۱۸، ۲۱) همسو است. شواهد پژوهشی تأکید دارند که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، به‌ویژه «عمل همراه با آگاهی» و «نگرش غیرقضاوت‌گرانه»، به‌عنوان سازوکارهای محافظتی، اثرات مخرب ترومای را تعدیل کرده و با بهبود ظرفیت‌های تنظیم هیجان، گرایش به رفتارهای پرخطر را به‌طور معناداری کاهش می‌دهند (۷، ۱۱، ۱۸، ۲۱، ۳۱).

البته در تبیین این نقش میانجی، پیچیدگی‌های نظری نیز وجود دارد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که تنظیم هیجان می‌تواند خود واسطه‌ای در رابطه ذهن‌آگاهی و تکانشگری باشد (۳۳)، یا اینکه ذهن‌آگاهی از طریق فرآیندهای خاصی نظیر «بازارزیابی شناختی» بر پیامدهای روان‌شناختی اثر می‌گذارد (۳۴). اگرچه در پژوهش حاضر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک میانجی مستقل در کنار دشواری در تنظیم هیجان لحاظ شد، اما این تفاوت در مدل مفهومی و سطح تحلیل، نشان‌دهنده چندوجهی بودن مکانیسم‌های اثرگذاری ذهن‌آگاهی است. در مجموع، این نتایج مؤید آن است که ذهن‌آگاهی با اصلاح فرآیندهای شناختی و توجهی، نوجوانان را در برابر عوارض رفتاری ناشی از ترومای دوران کودکی محافظت می‌کند.

در تبیین نقش میانجی ذهن‌آگاهی، می‌توان گفت ترومای کودکی با ایجاد محیط‌های هیجان‌ستیز، مانع یادگیری «آگاهی غیرقضاوتی» از تجارب درونی شده و کودک را به سمت الگوهای دفاعی مانند اجتناب یا واکنش‌های تکانشی سوق می‌دهد (۲۳). این نقیصه در نوجوانی – که زمان حساس مدیریت تکانه‌ها و تصمیم‌گیری است – آسیب‌پذیری در برابر رفتارهای پرخطر را دوچندان می‌کند. در فضای اجتماعی ایران، که نوجوانان با فشارهای تحصیلی و بحران هویت دست‌به‌گریبان‌اند، ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی از تجارب درونی و کاهش واکنش‌های خودکار، نقش یک عامل محافظتی را ایفا می‌کند (۱). نتایج جولیان و همکاران (۳۲) نیز تأکید دارد که ذهن‌آگاهی به‌ویژه در ترکیب با تنظیم هیجان، قدرت تبیین بالایی برای کاهش پیامدهای منفی بدرفتاری‌های دوران کودکی دارد. با توجه به این یافته‌ها، ارزیابی سطوح ذهن‌آگاهی در کنار تاریخچه ترومای نوجوانان، ضرورتی برای غربالگری‌های سلامت روان است.

همچنین یافته پژوهش حاضر مبنی بر نقش میانجی «دشواری در تنظیم هیجان» با پیشینه گسترده داخلی و خارجی همخوانی دارد (۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۳۰). ادبیات تحقیق به‌ویژه تأکید دارد که بدتنظیمی هیجانی، به‌ویژه در مؤلفه «دسترسی به راهبردهای مؤثر»، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده آسیب‌شناسی روانی پس از تجربه تروماست

(۱۴). پژوهش‌های دیگر نیز این الگو را در نوجوانان، چه در رفتارهای برونی‌سازی‌شده (۸) و چه در خودآسیبی (۱۵)، تأیید کرده‌اند. در سطح داخلی نیز، فرجامی (۱۹) و ارسلان‌ده (۲۰) نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجانی نه تنها با افکار خودکشی مرتبط است، بلکه از طریق سازوکارهایی نظیر نشخوار فکری، اثر تروما را بر سلامت روان تشدید می‌کند. در مجموع، این نتایج نشان می‌دهد که تروما با مختل کردن ظرفیت‌های تنظیم هیجان، نوجوان را به سمت راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد.

با این وجود، پیچیدگی رابطه تنظیم هیجان و تروما قابل‌توجه است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای اختصاصی مانند «نشخوار فکری» یا «فاجعه‌سازی» می‌توانند نقش‌های متفاوتی در انتقال اثرات انواع مختلف تروما به پیامدهای روان‌شناختی ایفا کنند (۳۰). پژوهش حاضر با بررسی دشواری در تنظیم هیجان به‌عنوان یک سازه کلی، گام مهمی در تبیین مسیرهای انتقال تروما برداشت، هرچند تحلیل خرده‌مقیاس‌های آن در مطالعات آتی می‌تواند جزئیات دقیق‌تری را آشکار سازد. همچنین، فراتحلیل‌های اخیر بر اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در بهبود تنظیم هیجان صحه گذاشته‌اند، اگرچه ناهمگنی نتایج در مطالعات پیشین، ضرورت انجام پژوهش‌های گسترده‌تر با گروه‌های سنی متنوع‌تر را یادآور می‌شود (۱۶). علاوه بر متغیرهای فردی، عوامل محیطی نیز نقش تعدیل‌گری دارند؛ چنان‌که دلبستگی ایمن به والدین، به‌ویژه پدر، می‌تواند آثار منفی تروما و دشواری در تنظیم هیجان بر اضطراب را تعدیل کند (۹).

در تبیین نظری، دشواری در تنظیم هیجان با مسدود کردن پردازش آگاهانه، فرد را از مدیریت مؤثر هیجانات ناتوان می‌سازد. یافته‌های گروهن و کامپاس (۱۷) نیز مؤید این است که تروما با افزایش راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب و سرکوب هیجانی همراه است. این آسیب‌پذیری در نوجوانان به دلیل رشد ناتمام مهارت‌های کنترل عاطفی (۱۲) مضاعف می‌شود؛ به‌طوری که تروما، ظرفیت طبیعی تنظیم هیجان در این دوران را مختل کرده و نوجوان را در مواجهه با فشارهای نوجوانی، به سمت رفتارهای پرخطر سوق می‌دهد (۱۳). در نهایت، این پژوهش نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان، یکی از مسیرهای اصلی انتقال اثرات تروما به رفتارهای ناسازگارانه است. بنابراین، مداخلات پیشگیرانه و بالینی مبتنی بر درمان‌های موج سوم که بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و آگاهی هیجانی تمرکز دارند، می‌توانند نقش حیاتی در جبران این آسیب‌ها و کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان ایفا کنند.

در خصوص ساختار مدل، یافته‌های پژوهش حاضر از نقش میانجی موازی برای ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان حمایت کرد. این یافته تا حدی با الگوی زنجیره‌ای جولیان و همکاران (۳۲) متمایز است؛ چرا که آن‌ها ذهن‌آگاهی را میانجیِ بهبود تنظیم هیجان دانسته‌اند. به نظر می‌رسد این تفاوت در مدل‌سازی، ناشی از ماهیت متغیرهای وابسته باشد؛ به‌گونه‌ای که برای پیامدهای مثبت (مانند بهزیستی)، مسیر زنجیره‌ای (ذهن‌آگاهی از طریق تنظیم هیجان) نقش غالب دارد، حال آنکه در تبیین رفتارهای پرخطر، این دو سازوکار به شکل مستقل و موازی در انتقال اثر تروما عمل می‌کنند. تلفیق این نتایج با یافته‌های تنر و فرانسیس (۹) که نقش تعدیل‌گر دلبستگی را نیز به این فرایند افزوده‌اند، نشان می‌دهد که در نظر گرفتن هم‌زمان سازوکارهای خودتنظیمی در کنار عوامل محیطی، برای دستیابی به درکی جامع از ریشه‌های رفتارهای پرخطر ضروری است و نقشه راه دقیق‌تری برای طراحی مداخلات چندوجهی در اختیار متخصصان قرار می‌دهد.

نتیجه گیری

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تروما دوران کودکی می‌تواند از طریق میانجی‌گری ذهن‌آگاهی و دشواری در تنظیم هیجان به‌طور معناداری با بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان ارتباط داشته باشد. این یافته‌ها ضمن تأیید بخش قابل‌توجهی از پیشینه پژوهشی، نشان می‌دهد که هر دو سازوکار شناختی–توجهی (ذهن‌آگاهی) و هیجانی–خودتنظیمی (دشواری در تنظیم هیجان) به‌عنوان مسیرهای موازی، اثرات منفی تروما‌ی کودکی را به رفتارهای پرخطر منتقل می‌کنند. با این حال، ناهماهنگی‌های موجود در ادبیات پژوهشی، به‌ویژه در مورد نقش انواع مختلف تروما‌ی کودکی و نیز رابطه زنجیره‌ای یا موازی ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان، نشان می‌دهد که این حوزه همچنان نیازمند پژوهش‌های بیشتر با روش‌شناسی دقیق‌تر و نمونه‌های بزرگ‌تر است. بر اساس یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود در طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه و درمانی مؤثر مرتبط با رفتارهای پرخطر نوجوانان، و نیز در تدوین پروتکل‌های آموزشی و روان‌درمانی، از الگوی استخراج‌شده

از نتایج این مطالعه بهره گرفته شود. تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان در نوجوانان، به‌ویژه آن‌هایی که سابقه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی دارند، می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مؤثر در کاهش رفتارهای پرخطر و ارتقای سلامت روان آنان مورد استفاده قرار گیرد.

با این حال، مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. از جمله آنکه ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بوده‌اند، که این امر احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان را افزایش می‌دهد. همچنین، طرح پژوهش از نوع همبستگی بوده و در نتیجه، امکان استنباط روابط علّی میان متغیرها را فراهم نمی‌کند. علاوه بر این، نمونه‌گیری به روش غیرتصادفی در دسترس انجام شده است که قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌سازد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های این پژوهش می‌تواند تلویحات مهمی برای متخصصان حوزه سلامت روان نوجوانان، مشاوران مدارس و طراحان برنامه‌های پیشگیرانه داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش تعدیل‌گر عواملی مانند جنسیت، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و کیفیت دلبستگی در این مدل بررسی شود تا درک جامع‌تری از سازوکارهای زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر نوجوانان به دست آید.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در اجرای این پژوهش مشارکت و همکاری لازم را داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافعی را گزارش نکرده اند.

Reference

1. Broderick PC, Jennings PA. Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. New directions for youth development. 2012 Dec;2012(136):111-26. https://doi.org/10.1002/yd.20042
2. World Health Organization. Compendium of WHO and other UN guidance in health and environment, 2024 update. World Health Organization; 2024.
3. World Health Organization. United Nations Children's Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. 2021;37.
4. World Health Organization 2. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV): orientations provisoires, 25 janvier 2020. World Health Organization; 2020 Mar 30.
5. Özdemir Bişkin S. Childhood Maltreatment and Adolescent Risky Behavior: Mediating the Effect of Parent-Adolescent Conflict and Violent Tendencies. Behavioral Sciences. 2024;14(11):1058. https://www.mdpi.com/2076-328X/14/11/1058# https://doi.org/10.3390/bs14111058
6. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet public health, 2(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4
7. Roche AI, Kroska EB, Miller ML, Kroska SK, O'Hara MW. Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. Journal of American college health. 2019;67(1):17-26. https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1455689
8. Sharma P, Sen MS, Sinha U, Kumar D. Unveiling Adolescent Struggles: Exploring the Interplay of Childhood Trauma, Emotional Regulation, and Externalizing Symptoms. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health. 2025;21(1):39-47. https://doi.org/10.1177/09731342241286273
9. Tanner MA, Francis SE. Protective factors for adverse childhood experiences: The role of emotion regulation and attachment. Journal of Child and Family Studies. 2025;34(1):25-40. https://doi.org/10.1007/s10826-024-02989-7
10. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and

mindfulness. Journal of affective disorders. 2018;225:326-36. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.039
11. Warner EA, Hernandez T, Veilleux JC. Examining facets of mindfulness in the relationship between invalidating childhood environments and emotion regulation. Psychological reports. 2021;124(3):1134-49. https://doi.org/10.1177/0033294120933151
12. Schweizer S, Gotlib IH, Blakemore SJ. The role of affective control in emotion regulation during adolescence. Emotion. 2020;20(1):80. https://doi.org/10.1037/emo0000695
13. Hatkevich C, Sumlin E, Sharp C. Examining associations between child abuse and neglect experiences with emotion regulation difficulties indicative of adolescent suicidal ideation risk. Frontiers in psychiatry. 2021;12:630697. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.630697
14. Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. Child abuse & neglect. 2016;62:51-62. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.015
15. Andersson H, Aspeqvist E, Dahlström Ö, Svedin CG, Jonsson LS, Landberg Å, Zetterqvist M. Emotional dysregulation and trauma symptoms mediate the relationship between childhood abuse and nonsuicidal self-injury in adolescents. Frontiers in psychiatry. 2022;13:897081. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.897081
16. Moltrecht B, Deighton J, Patalay P, Edbrooke-Childs J. Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. European child & adolescent psychiatry. 2021;30(6):829-48. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32108914/ https://doi.org/10.1007/s00787-020-01498-4
17. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. Child abuse & neglect. 2020;103:104446. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446
18. Abasi M, Ghadampour E, Bahrami E, Musaei MA. (2024). Investigating the moderating role of mindfulness in the relationship between childhood trauma and addiction to mobile-based social networks in the high school students. Journal of Psychological Science. 2024;23(138): 261-278.
19. Farjami M, Farjami Z, Shakibaeinezhad A, Paeezy L. Formulation The Model of Self-Injurious Behaviors Based on The Experience of Childhood Trauma and Alexithymia With The Mediation Of Mentalization In Adolescents. IJPN. 2024; 12 (1) :50-63.
20. Arsalandeh F, Iliyaifar G, Shakibaeinezhad A, Ghanbari E. The Effect of Childhood Trauma and Emotional Dysregulation on Suicidal Thoughts With The Mediation of Rumination in Nurses With Depressive Symptoms. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023; 12 (3) :90-104. http://ijnv.ir/article-1-1064-fa.html
21. Sharei A, Kasaeei Esfahani A, Salmani A. The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study. JRUMS. 2025; 23 (9) :812-827. https://doi.org/10.61186/jrums.23.9.812
22. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect. 2003;27(2):169-90. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0
23. Garrusi, B., Nakhaee, N. Validity and reliability of a Persian version of the childhood trauma questionnaire. Psychological Reports. 2009;104(2):509-16. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19610481/ https://doi.org/10.2466/PR0.104.2.509-516
24. Armstrong LL. Initial development and validation of the checklist of risk behaviours for youth (CORBY). Psychology, health & medicine. 2012;17(1):116-24. https://doi.org/10.1080/13548506.2011.592842
25. SayedAlitabar, SH, Sarvestani A, Habibi M, Ghaderi K, Falahatpisheh M. Factor Structure, Validity, and Reliability of the Checklist of Risk Behaviours for Youth (CORBY) . J. Ilam Uni. Med. Sci. 2018; 25 (6) :86-96 https://doi.org/10.29252/sjimu.25.6.86
26. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and

behavioral assessment. 2004;26(1):41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

27. Besharat MA. Difficulties in Emotion Regulation Scale. Journal of Applied Psychology (Andisheh Va Raftar). 2018; 12(47): 89-92. https://sid.ir/paper/515178/fa
28. Greco LA, Baer RA, Smith GT. Assessing mindfulness in children and adolescents: development and validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). Psychological assessment. 2011;23(3):606. https://doi.org/10.1037/a0022819
29. Heydari Nasab L. Psychometric properties of the Child and Adolescent Mindfulness Questionnaire in Iran. J Res Psychol Health. 2019;13(2):45-60.
30. Zhang Y, Xu W, McDonnell D, Wang JL. The relationship between childhood maltreatment subtypes and adolescent internalizing problems: the mediating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Child Abuse & Neglect. 2024;152:106796. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106796
31. Williams MA, Eadeh HM, Markon K, Adamowicz JL, Thomas EB. Examining associations of mindfulness with early-life trauma and risky health behaviors using a network analysis approach in a sample of US college students. Journal of contextual behavioral science. 2025;37:100917. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100917
32. Julian K, Allbaugh LJ, Selvey-Bouyack AM, Lutz-Zois C. Self-compassion, mindfulness, and emotion regulation: Understanding the relationship between childhood maltreatment and wellbeing. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 2025;34(2):222-41. https://doi.org/10.1080/10926771.2025.2452921
33. Lokita KE, Siahaan FM, Widyasari P. The mediating effect of emotion regulation on the mindfulness and impulsivity of high school students. Psikohumaniora: Jurnal Penelitian Psikologi. 2021;6(2):199-214. https://doi.org/10.21580/pjpp.v6i2.8953
34. Scafuto F, Quinto RM, Ghiroldi S, Montecucco NF, Presaghi F, Iani L, De Vincenzo F. The mediation role of emotion regulation strategies on the relationship between mindfulness effects, psychological well-being and distress among youths: Findings from a randomized controlled trial. Current Psychology. 2024;43(29):24295-307. https://doi.org/10.1007/s12144-024-06081-7