

Research Paper



Construction and Evaluation of Psychometric Properties of Psychosocial Vulnerability Scale to Persistent Depression in Women of Tabriz



Latifeh Nezami¹, Marziyeh Alivandi Vafa^{2*}, Ali Khademi³, Jalil Babapour Kheiroddin⁴

- 1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
- 2. Associate Professor, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
- 3. Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
- 4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.55180.5411](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.55180.5411)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18236.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Psychosocial
Vulnerability,
Persistent Depression,
Factor analysis,
Women

Received: 2023/02/05
Accepted: 2023/02/21
Available: 2024/07/04

Measuring variables related to mental health is a complex matter, especially in the context of cultural differences. The main purpose of this study was to construct and evaluate the psychometric properties of the Persistent Depression Vulnerability Scale in women. This study was a validation method and the statistical population included married women aged 21-50 years in Tabriz in 2021. From this population, a sample of 380 people was selected by purposive sampling method and answered on a scale of psychosocial vulnerability to persistent depression, which it was based on a three-factor model based on the underlying theory of qualitative research and scale Depression Beck. The results of confirmatory factor analysis confirmed the three-factor model for the above questionnaire and considering the sum of the calculated fit indices, the suitability of the factor model was confirmed. The reliability of the questionnaire by Cronbach's alpha method for the component of undesirable individual and interpersonal action was 0.928, the component of the history of traumatic psychological experiences was 0.82, the component of dealing with non-psychological problems was 0.69 and for the whole scale was 0.94. It was found that the reliability of the questionnaire is desirable. The convergence validity of the questionnaire was also desirable. Based on the results, this scale has sufficient reliability and validity to assess vulnerability to persistent depression in Iranian women.



* Corresponding Author: Marziyeh Alivandi Vafa
E-mail: m.alivand@iaut.ac.ir

مقاله پژوهشی



ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان شهر تبریز



لطیفه نظامی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، علی خادمی^۳، جلیل باباپور خیرالدین^۴

۱. دانشجوی دکترا روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.55180.5411](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.55180.5411)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18236.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی، افسردگی مداوم، تحلیل عاملی، زنان

اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به سلامت روان به ویژه در بافت تفاوت‌های فرهنگی امری پیچیده است هدف از این پژوهش، ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس آسیب‌پذیری به افسردگی مداوم در زنان بود. این پژوهش به روش اعتباریابی بوده و جامعه آماری شامل زنان ۵۰-۲۱ ساله متاهل شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بود. از این جامعه، نمونه‌ای به تعداد ۳۸۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و به مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم که بر اساس الگوی سه عاملی حاصل از نظریه زمینه‌ای پژوهش کیفی تدوین شده بود و نیز مقیاس افسردگی بک پاسخ دادند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی، الگوی سه عاملی را برای پرسشنامه فوق تایید کرد و با در نظر گرفتن مجموع شاخص‌های برازش محاسبه شده، برازنده بودن مدل عاملی مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه، به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌ی کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب برابر ۰/۹۲۸، مولفه سابقه تجارب روانشناختی آسیب‌رسان ۰/۸۲، مولفه‌ی مواجهه بودن با مشکلات غیرروانشناختی ۰/۶۹ و برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ بدست آمد که نشان‌دهنده مطلوب بودن پایایی پرسشنامه می‌باشد. روایی همگرایی پرسشنامه نیز مطلوب بود.

بر اساس نتایج این پژوهش، این مقیاس از پایایی و روایی کافی برای سنجش آسیب‌پذیری به افسردگی مداوم در زنان ایرانی برخوردار است.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۱۲/۰۲

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

* نویسنده مسئول: مرضیه علیوندی وفا
رایانامه: m.alivand@iaut.ac.ir

مقدمه

از نظر روانی-اجتماعی این امکان وجود دارد که رویدادهای شدید در دوران کودکی و رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند از دست دادن یک فرد عزیز یا بیماری جدی، افراد را مستعد افسرده‌خویی کند (وو، وانگ، وی، ژانگ و همکاران^۱، ۲۰۱۳؛ بک، اپستین و هاریسون، ۱۹۸۳ به نقل از فارنام و سوامی^{۱۱}، ۲۰۱۹). طبق نظر جریمنوس، کتاو، رایز و ارمیل^{۱۲}، (۲۰۱۶) پس از آنکه یک فرد در معرض یک تجربه ی سخت روانی قرار گرفت، آسیب‌پذیری شناختی قبلی یک واکنش ناسازگار را شکل می‌دهد که احتمال وقوع یک اختلال روانی را افزایش می‌دهد. ادراک زنان از استرس و پاسخ او به این ارزیابی، از عوامل مهم در رابطه بین استرس و افسردگی هستند (رانا، گلاتی و وادوا^{۱۳}، ۲۰۱۹). عامل استرس مزمن، خود متأثر از سایر حوادث مهم استرس‌زای زندگی، ویژگی‌های شخصیتی و سبک روابط بین‌فردی و شناختی بر ایجاد افسردگی مزمن اثر مستقیم دارد (هامن^{۱۴}، ۱۹۹۱).

ادامه آسیب‌پذیری ناشی از سابقه تجارب آسیب‌رسان روان‌شناختی، هماهنگ با مفاهیم نظریه زیرسیستم‌های شناختی متعامل تیزدل و برنارد^{۱۵} (۲۰۱۴) می‌باشد که بیان می‌کند که ادامه افسردگی بدون محرک‌های خارجی، به فعالیت زیر سیستم ضمنی و کدگذاری آن مربوط است که در موقعیت‌های قبلی استخراج شده است (تیزدل و برنارد، ۲۰۱۴). از طرفی وضعیت اجتماعی-اقتصادی (داز و مک اون^{۱۶}، ۲۰۱۲)، و نیز ادراک حمایت اجتماعی، شیوه زندگی و موقعیت‌های بین‌فردی به وضوح با آسیب‌پذیری فشار روانی یا استرس مرتبط است (گاتلیب و هامن^{۱۷}، ۲۰۱۰). لوینسون، زایس و دونکن^{۱۸} (۱۹۸۹) نیز بر ارتباط کارکردی میان افسردگی و وقایع زندگی روزمره تاکید دارند. درگیری‌های والدین ممکن است نقش مهمی در شکل‌گیری آسیب‌پذیری‌های شناختی در دوران کودکی داشته باشد، در حالیکه تجارب با همسالان می‌تواند به شدت به تغییرات این آسیب‌پذیری‌ها در دوران نوجوانی کمک کند (استنبرگ و موریس^{۱۹}، ۲۰۰۱). مطالعات کندلر، تورنتون و پراسکات^{۲۰} (۲۰۱۰) نیز نشان می‌دهد که آسیب تجربه‌شده (مانند طلاق) می‌تواند با توجه به جنس، سن و وضعیت تاهل تاثیرهای متفاوتی بر افراد بجا بگذارد. به‌عنوان مثال، کندلر و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند که افسردگی مردان بعد از طلاق در حوزه فعالیت‌های کاری است؛ در حالی که زنان بعد از طلاق، بیشتر در اثر تجربه‌ی آسیب در روابط بین‌فردی به افسردگی دچار می‌شوند. موقعیت‌های منفی بین‌فردی، مانند خشونت شریک زندگی و ادراک حمایت اجتماعی پایین، آسیب‌پذیری بیشتری را برای استرس و افسردگی در زنان ایجاد می‌کند (دورایز، مک، باچوس و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۳).

در روانشناسی امروز، مبحث زنان بنا به نقش پررنگ آن‌ها در خانواده، از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. خطر پذیری زنان در برابر مسائل بهداشت جسمانی و روانی تحت تأثیر عوامل پیچیده‌ی زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد؛ و به دلیل تعامل و کنش متقابل و نامشخص این عوامل، بهداشت روانی زنان به لحاظ شیوع در اختلال‌هایی چون افسردگی، اضطراب و استرس و نیز سیر و شروع مشکلات، متفاوت از مردان است (سهرابی، دارینی و داودی، ۱۳۹۰). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که زنان دو برابر بیشتر از مردان، افسردگی و انواع مختلف آن‌را تجربه می‌کنند (بارلو، دوراند، هافمن، لالومر^۱، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی مداوم یا پایدار^۲ تحکیم افسردگی اساسی مزمن و اختلال افسرده خویی است (انجمن روانپزشکی امریکا^۳، ۱۳۹۴). روند تشخیص افسرده خویی ساده نمی‌باشد؛ در این اختلال، درماندگی (سلیگمن^۴، ۱۳۹۳) و ناامیدی (آبرامسون، الوی و متالسکی^۵، ۱۹۸۹)، شرایطی را بوجود می‌آورد که برای بسیاری از افراد، یک مبارزه دائمی با افسردگی خفیف، خلق پایین و کمبود هیجان به یک شیوه زندگی تبدیل می‌شود که در نهایت ممکن است ارزیابی کافی از افسرده خویی را سخت‌تر سازد (ملرز^۶، ۲۰۱۷). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در ایران طیف اختلالات مربوط به افسردگی بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده؛ و یکی از شایعترین اختلالات به شمار می‌رود (زمانی، خدابخش، زمانی و همکاران، ۱۳۹۵) یزدانی و اسماعیلی (۱۳۹۸) شیوع افسردگی را در پسران ۱۹/۸ و در دختران ۲۴/۲ و در مجموع ۲۲ درصد گزارش کردند.

اینگرام و میراندا (۱۹۹۸)، به نقل از هایدن، الینو و مکمل و همکاران^۷ (۲۰۱۳) استدلال کرده اند که تحقیق در مورد آسیب‌پذیری به عنوان نقطه مرکزی در تلاش برای درک، درمان و جلوگیری از اختلالات عاطفی خواهد بود. آسیب‌پذیری‌های مربوط به عوامل روانی-اجتماعی نقش بسزایی در آمادگی فرد برای تجربه‌ی افسردگی را به عهده دارد (راجرز، ۱۹۹۷ به نقل از کلارک و پرتو^۸، ۲۰۱۸). یک مدل از فرآیندهای شناختی که باعث آسیب‌پذیری افسردگی می‌شود، تئوری دلبستگی می‌باشد. این تئوری، که بر پایه‌ی دیدگاه کلی بالبی شکل گرفته است، عواملی را نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تشکیل روابط احساسی معنی دار با دیگران در طول زندگی را نمایان می‌سازد. بر این اساس، با توجه به اهمیت روابط بین‌فردی برای محافظت در برابر تجربه‌ی فشارهای زندگی و دریافت حمایت؛ متخصصان امر بر روابط ناکارآمد، که ناشی از پردازش‌های شناختی ناسازگار است، در آسیب‌پذیری افسردگی تاکید دارند (بالبی، ۱۹۸۸ به نقل از اینگرام^۹، ۲۰۰۳).

12. Jeronimus, Kotov, Riese, Ormel
13. Rana, Gulati, Wadhwa
14. Hammen
15. Teasdale, Barnard
16. Danese, McEwen
17. Gotlib, Hammen
18. Lewinsohn, Zeiss, Duncan
19. Steinberg, & Morris
20. Kendler, Thornton, Prescott
21. Devries, Mak, Bacchus, Child Falder, Petzold

1. Barlow, Durand, Hoffman, Lalumiere
2. Persistent Depression disorder
3. American Psychiatric Association
4. Seligman
5. Abramson, Alloy, MetaLasky
6. Melrose
7. Hayden, Olino, Mackrell
8. Clark, Preto
9. Ingram
10. Wu, Wang, Wei, Zhang
11. Furnham, Swami

روش

هدف این پژوهش، ساخت و بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس آسیب‌پذیری به افسردگی مداوم در زنان بود. طراحی این پرسشنامه از آن جهت اهمیت دارد که هنجاریابی پرسشنامه‌های موجود برای سنجش اختلال افسردگی مداوم، در جامعه ایرانی صورت نگرفته است و بنابر این طراحی این پرسشنامه می‌تواند کمک شایانی در تشخیص آسیب‌پذیری به افسردگی مداوم در زنان بنماید. این پژوهش به روش اعتباریابی صورت گرفته است. جامعه آماری این پژوهش کلیه‌ی زنان ۵۰-۲۱ ساله متاهل (شاغل و غیرشاغل) شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بودند. با توجه به اینکه، در مطالعات تحلیل عاملی اختلافات زیادی بر سر حجم نمونه وجود دارد، طبق نظر گارساچ^۱، (۱۹۸۳) که توصیه می‌کند برای تحلیل عاملی، از نسبت نمونه به آیتم برای تعیین حجم نمونه بر اساس تعداد آیتم‌های پرسشنامه استفاده شود و نسبت نباید کمتر از ۵ به ۱ باشد و از طرفی بارت و کلاین^۲ (۱۹۸۱) استدلال کردند که نسبت نمونه به آیتم ارتباط چندانی با ثبات عامل ندارد. به همین سبب، در این مطالعه با در نظر گرفتن توصیه فوق و نیز با توجه به تعداد ۵۶ آیتم در پرسشنامه، حداقل حجم نمونه ۲۸۰ نفر در نظر گرفته شد؛ و لیکن در نهایت ۳۸۰ نفر از بین مراجعین به مراکز مشاوره و درمانی انتخاب و بعد از جلب رضایت و توضیح در مورد تحقیق در این تحقیق شرکت نمودند.

معیارهای ورود به مطالعه: الف) سن بین ۵۰-۲۱ سال؛ ب) رضایت از شرکت در انجام تحقیق؛ ج) تاهل؛ و د) عدم استفاده از داروهای روانپزشکی.

معیارهای خروج شامل الف) تمایل به ترک مطالعه؛ ب) تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها؛ و ج) تکمیل ناقص ابزارهای مطالعه.

ابزارهای پژوهش

مقیاس افسردگی بک: جهت تعیین اعتبار ملاکی پرسشنامه تدوین شده، از مقیاس افسردگی بک (۱۳ سوالی) استفاده گردید. در پژوهش رجبی (۱۳۸۴) پایایی پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سوالی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و به روش تنصیف ۰/۸۲ بدست آمد. رینولدز و گولد^۳ (۱۹۸۱) جهت تعیین روایی (اعتبار) فرم کوتاه ۱۳ سوالی، همبستگی بین فرم اصلی و فرم کوتاه را ۰/۹۳ گزارش کردند و نشان دادند که فرم کوتاه ۱۳ سوالی جانشین قابل قبولی برای فرم بلند است. پایایی پرسشنامه بک (فرم کوتاه) در پژوهش حاضر ۰/۹۲ بدست آمد.

مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم: بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش کیفی نظامی و همکاران (۱۴۰۰)، سه عامل "بد کنشی فردی و بین‌فردی"، "تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" و "مواجهه با مشکلات غیر روانشناختی" حاصل آمده بود که سوالات تحقیق حاضر بر اساس این عوامل طراحی گردیده و در نهایت پرسشنامه ۵۶ سوالی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم بر اساس مقوله‌های بدست آمده در زیر مجموعه ۳ مولفه اصلی، تدوین شد و اعتبار صوری و محتوایی آن توسط اساتید روانشناسی بالینی تایید گردید. لازم به ذکر است که نمره گذاری این آزمون

از طرفی، اندازه‌گیری متغیرهای مربوط به سلامت روان به ویژه در بافت تفاوت‌های فرهنگی امری پیچیده است و با چالش‌های عدیده‌ای روبه‌رو است. با توجه بیشتر به سازه‌های مربوط به سلامت روان، تفاوت‌های فرهنگی و تعامل آن‌ها با یکدیگر در فرآیند سنجش و مداخله؛ نیاز به ابزارهای قوی و فرهنگ مدار بسیار حس می‌شود؛ چراکه دخیل دانستن فرهنگ و عوامل فرهنگی در امر سنجش، ارزیابی و مداخلات روانشناختی در دنیای جدید روانشناسی بسیار مورد تاکید می‌باشد (زرانی، بهزادپور و بابایی، ۱۳۹۶).

مقیاس رتبه‌بندی دیستیمیا کرنل^۱، که اولین بار توسط میسون و همکارانش در سال ۱۹۹۳ ایجاد شد، یک پرسشنامه ساده است که همه اعضای تیم‌های مراقبت بهداشتی می‌توانند به راحتی آن را با افراد تحت مراقبت خود اجرا کنند مقیاس ۲۰ ماده‌ای است که به طور خاص برای ارزیابی فراوانی و شدت علائم افسرده‌خویی در هفته گذشته ایجاد شده است (میسون، کوسیس، لئون و همکاران، ۱۹۹۳ به نقل از ملرز، ۲۰۱۷).

بررسی مطالعاتی که در زمینه سنجش و تشخیص افسردگی مداوم در ایران صورت گرفته است نشان می‌دهد که هنجاریابی پرسشنامه‌های موجود، از جمله پرسشنامه کرنل، در جامعه ایرانی صورت نگرفته است. و از طرفی این مقیاس به علائم فعلی و اخیر به جای دوره‌های پیش می‌پردازد، بنابراین آن را برای ارزیابی علائم مزمن و عودکننده افسرده‌خویی مناسب می‌کند (کوهن، ۱۹۹۷ به نقل از ملرز، ۲۰۱۷).

فلاذا، نیاز به تدوین پرسشنامه بومی در راستای فرهنگ بومی جامعه ایرانی که به عوامل زمینه ساز و همچنین عوامل تداوم بخش نیز پرداخته باشد، مشهود می‌باشد. این مطالعه با هدف ساخت و اعتباریابی مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی زنان به افسردگی مداوم صورت گرفت. با توجه به این امر که الگوی بومی پژوهش‌مدار و تجربی در خصوص آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی زنان به افسردگی مداوم در دسترس نبود؛ لذا ساخت و تدوین سوالات پرسشنامه بر اساس مطالعه‌ی الگوی بومی بدست آمده از نتایج پژوهش کیفی به روش زمینه‌ای که قسمت اول مطالعه‌ی نویسندگان مقاله حاضر بود، انجام گرفت. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه‌ی کیفی، ۳ نوع تجربه‌ی کلی در قالب شرایط سبب ساز / زمینه ساز و شرایط مداخله‌گر در بروز و تداوم علائم افسردگی مداوم دخیل می‌باشند که عبارتند از "سابقه‌ی تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" و "مواجهه بودن با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی نامناسب"؛ شرایطی که در نهایت قادر است بر "سیستم کنشی درون فردی و بین‌فردی" تاثیر گذارد و به تداوم افسردگی بیانجامد (نظامی، علیوندی، خادمی و باباپور، ۱۴۰۰). بر اساس نتایج پژوهش کیفی نظامی و همکاران (۱۴۰۰)، سوالات پرسشنامه‌ی حاضر بر اساس ۳ عامل عمده و ۱۱ مقوله زیر مجموعه آن‌ها تدوین شد. بر اساس آنچه مطح شد، سوالی که پیش می‌آید این است که آیا ابزار تدوین شده‌ی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم در جامعه‌ی زنان از ویژگی‌های روانسنجی (روایی و پایایی) قابل قبول برخوردار خواهد بود؟

1. Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS)
2. Gorsuch

3. Barrett, Kline
4. Reynolds, Gould

و روایی همگرا (ملاک نمرات پرسشنامه بک) و جهت بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد.

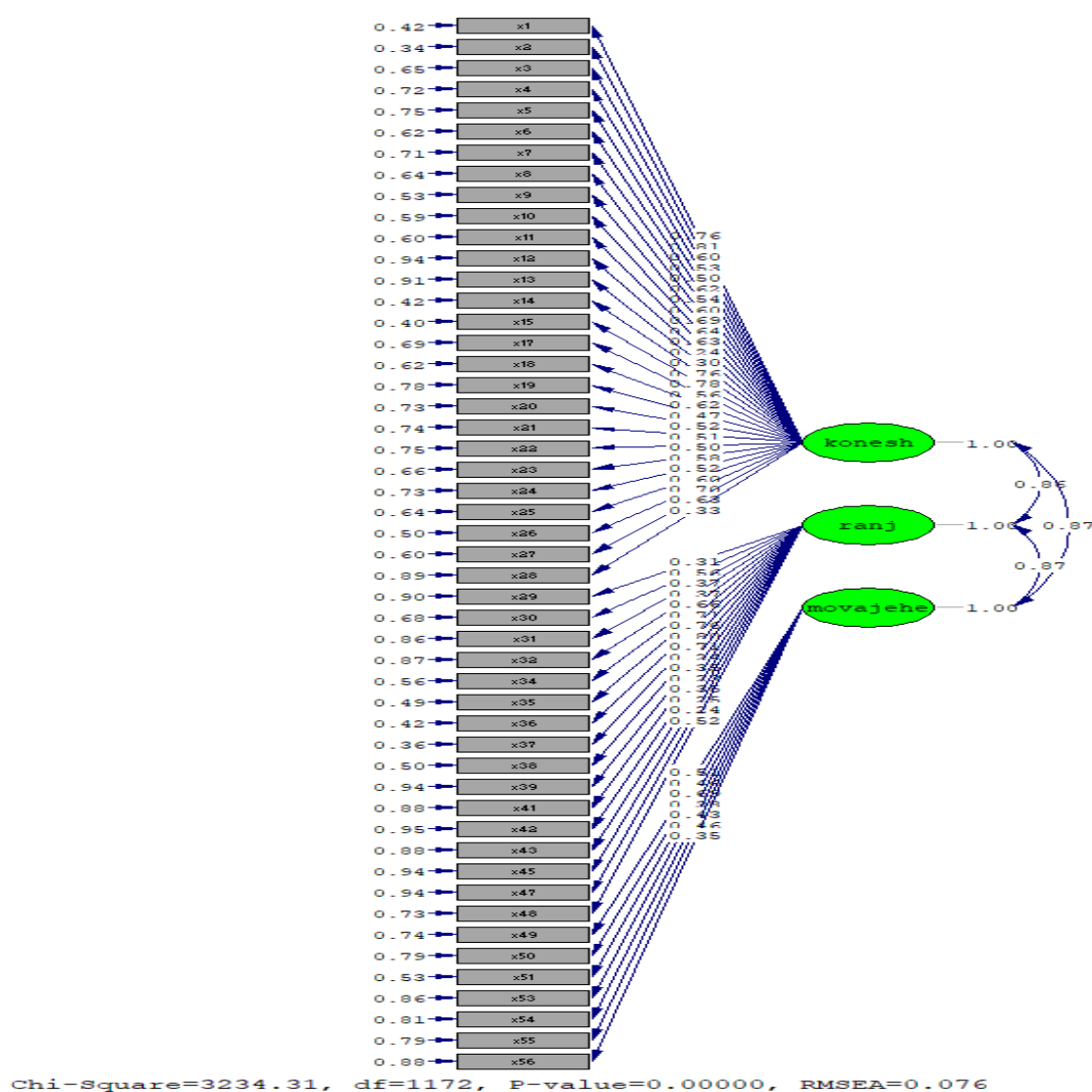
با توجه به کنار گذاشتن ۱۵ نفر بدلیل مخدوش بودن پرسشنامه، مشخصات جمعیت شناختی ۳۶۵ نفر باقیمانده بشرح زیر می‌باشد: حداقل سن افراد نمونه ۲۱، و حداکثر ۵۰ سال با میانگین ۳۶/۳۹ با انحراف معیار ۸/۰۵۷ بود. ۴/۹ درصد افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم؛ ۱۷/۳ درصد دیپلم؛ ۴/۹ درصد فوق دیپلم؛ ۵۲/۹ لیسانس و ۲۰ درصد افراد دارای تحصیلات فوق لیسانس و دکترا بوده، همچنین ۴۶/۶ درصد افراد شاغل و ۵۳/۴ غیر شاغل بودند.

به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم، از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. در ذیل، به طور اجمالی به این یافته‌ها پرداخت می‌شود:

بصورت مقیاس طیف لیکرت بود و افراد می‌توانستند یکی از ۵ گزینه را انتخاب نموده و نمره ای بین صفر تا ۴ بدست آورند.

یافته‌ها

پس از بیان اهداف پژوهش و نحوه اجرای آن، و جلب رضایت افراد نمونه، پرسشنامه‌ها توسط ۳۸۰ نفر پاسخ داده شد. ۱۵ پرسشنامه بدلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شد و داده‌های بدست آمده از نتایج ۳۶۵ پرسشنامه توسط نرم افزار "بسته آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌های علوم اجتماعی" (SPSS) نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت پاسخگویی به سوال پژوهش و بررسی شواهد مربوط به روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی



شکل ۱: مدل تحلیل عاملی تأییدی در حالت ضرایب استاندارد

مقدار پارامتر اندازه گیری شده برای هر یک از متغیرها نشان دهنده قدرت بار عاملی هر متغیر بر روی عامل مربوط با آن است.

با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی" (مشکلات غیر روانشناختی)، قرار گرفته است. شایان ذکر است که نامگذاری عامل‌ها در مطالعه‌ی قبلی نظامی و همکاران (۱۴۰۰) گزارش شده است. در زیر، مشخصات آماری پرسشنامه محقق ساخته پس از حذف سوالات نامناسب آرایه شده است.

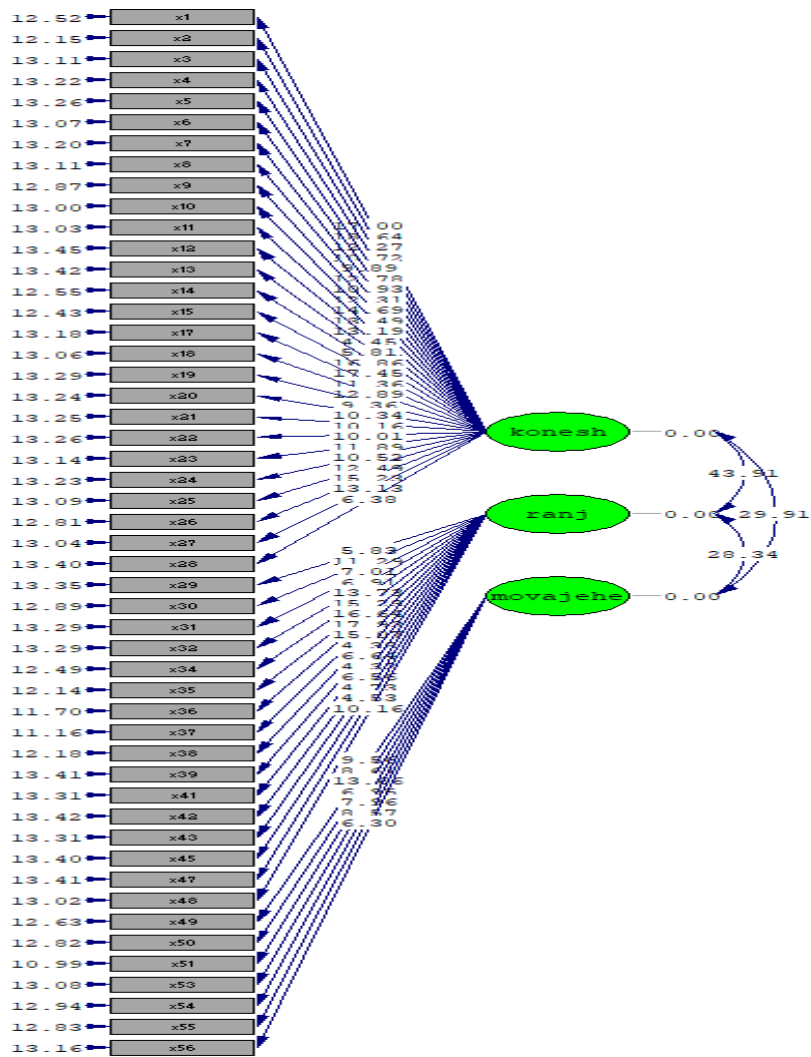
در این قسمت، لازم به ذکر است که در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها، ۶ سوال با بار عاملی ضعیف، حذف گردیده و در نهایت مقیاس با ۵۰ ماده تأیید گردید. ۲۷ سوال در عامل "کنش فردی و بین فردی نامطلوب"، ۱۷ سوال در عامل "تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" و ۶ سوال در عامل "مواجهه

جدول ۱: مشخصات آماری پرسشنامه محقق ساخته پس از حذف سوالات نامناسب (سوالات ۱۶-۳۳-۴۰-۴۴-۴۶-۵۲)

متغیر	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد
مولفه بد کنشی درون فردی / بین فردی	۳	۹۶	۳۱/۷۲	۱۶/۶۱۸
مولفه رنج بردن از سابقه روانشناختی آسیب‌رسان	۰	۴۲	۱۳/۴۲	۸/۱۶۴
مولفه مواجهه بودن با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی	۰	۲۴	۸/۲۳	۴/۸۶۷
نمره کل پرسشنامه	۶	۱۵۸	۵۳/۳۷	۲۶/۶۸۰

فردی و بین فردی"، سوالات ۲۹ تا ۴۸ در عامل "تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" و سوالات ۴۹ تا ۵۶ در عامل "مواجهه با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی" قرار گرفته بود که در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها تعداد ۶ سوال حذف گردید.

بر اساس نتایج جدول (۱)، میانگین نمره مولفه بدکنشی فردی / بین فردی برابر ۳۱/۷۲؛ میانگین نمره مولفه‌ی تجربیات روانشناختی آسیب‌رسان برابر ۱۳/۴۲؛ میانگین نمره مولفه‌ی مواجهه بودن با مشکلات غیر روانشناختی برابر ۸/۲۳ می‌باشد. همچنین، میانگین نمره کل پرسشنامه (فرم نهایی) ۵۳/۳۷ می‌باشد. در کل، لازم به ذکر است که سوالات ۱ تا ۲۸ در عامل "بدکنشی



شکل ۲: مدل تحلیل عاملی تأییدی در حالت ضرایب معنی‌داری

اعداد موجود بر روی مسیرها نشانگر مقدار t-value برای هر مسیر می‌باشد. برای معنادار بودن بارهای عاملی لازم است تا مقدار t هر مسیر بالاتر از ۱/۹۶ شود. براساس نتایج بدست آمده، کلیه‌ی مقادیر t مربوط به پارامترهای مدل بزرگتر از ۱/۹۶ و معنی‌دار می‌باشند.

جدول ۲: بارهای عاملی سوالات در تحلیل عاملی تاییدی

مولفه	سوال	ضریب استاندارد	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
	۱	۰/۷۶	۱۷	۰/۰۱
	۲	۰/۸۱	۱۸/۶۴	۰/۰۱
	۳	۰/۶۰	۱۲/۲۷	۰/۰۱
	۴	۰/۵۳	۱۰/۷۲	۰/۰۱
	۵	۰/۵۰	۹/۸۹	۰/۰۱
	۶	۰/۶۲	۱۲/۷۸	۰/۰۱
	۷	۰/۵۴	۱۰/۹۳	۰/۰۱
	۸	۰/۶۰	۱۲/۳۱	۰/۰۱
	۹	۰/۶۹	۱۴/۶۹	۰/۰۱
	۱۰	۰/۶۴	۱۳/۴۹	۰/۰۱
	۱۱	۰/۶۳	۱۳/۱۹	۰/۰۱
	۱۲	۰/۲۴	۴/۴۵	۰/۰۱
	۱۳	۰/۳۰	۵/۸۱	۰/۰۱
کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب	۱۴	۰/۷۶	۱۶/۸۶	۰/۰۱
	۱۵	۰/۷۸	۱۷/۴۵	۰/۰۱
	۱۷	۰/۵۶	۱۱/۳۶	۰/۰۱
	۱۸	۰/۶۲	۱۲/۸۹	۰/۰۱
	۱۹	۰/۴۷	۹/۳۶	۰/۰۱
	۲۰	۰/۵۲	۱۰/۳۴	۰/۰۱
	۲۱	۰/۵۱	۱۰/۱۶	۰/۰۱
	۲۲	۰/۵۰	۱۰/۰۱	۰/۰۱
	۲۳	۰/۵۸	۱۱/۸۹	۰/۰۱
	۲۴	۰/۵۲	۱۰/۵۲	۰/۰۱
	۲۵	۰/۶۰	۱۲/۴۰	۰/۰۱
	۲۶	۰/۷۰	۱۵/۲۳	۰/۰۱
	۲۷	۰/۶۳	۱۳/۱۳	۰/۰۱
	۲۸	۰/۳۳	۶/۳۸	۰/۰۱
	۲۹	۰/۳۱	۵/۸۳	۰/۰۱
	۳۰	۰/۵۶	۱۱/۲۹	۰/۰۱
	۳۱	۰/۳۷	۷/۰۱	۰/۰۱
	۳۲	۰/۳۷	۶/۹۱	۰/۰۱
	۳۴	۰/۶۶	۱۳/۷۳	۰/۰۱
	۳۵	۰/۷۱	۱۵/۲۳	۰/۰۱
سابقه تجارب روانشناختی آسیب‌رسان	۳۶	۰/۷۶	۱۶/۶۴	۰/۰۱
	۳۷	۰/۸۰	۱۷/۹۲	۰/۰۱
	۳۸	۰/۷۱	۱۵/۰۷	۰/۰۱
	۳۹	۰/۲۴	۴/۳۳	۰/۰۱
	۴۱	۰/۳۵	۶/۶۴	۰/۰۱
	۴۲	۰/۲۳	۴/۳۲	۰/۰۱

۰/۰۱	۶/۵۶	۰/۳۵	۴۳	
۰/۰۱	۴/۷۳	۰/۲۵	۴۵	
۰/۰۱	۴/۵۳	۰/۲۴	۴۷	
۰/۰۱	۱۰/۱۶	۰/۵۲	۴۸	
۰/۰۱	۹/۵۶	۰/۵۱	۴۹	
۰/۰۱	۸/۶۱	۰/۴۴	۵۰	
۰/۰۱	۱۳/۶۶	۰/۶۹	۵۱	
۰/۰۱	۶/۸۵	۰/۲۸	۵۳	مواجه بودن با مشکلات اجتماعی، جسمانی و
۰/۰۱	۷/۹۶	۰/۴۳	۵۴	درمانی
۰/۰۱	۸/۵۷	۰/۴۶	۵۵	
۰/۰۱	۶/۳۰	۰/۳۵	۵۶	

هم چنین، در جدول ۳، با در نظر گرفتن مجموع شاخص‌های برازش محاسبه شده، برازنده بودن مدل عاملی مورد تایید قرار می‌گیرد.

در جدول (۲) نتایج بارهای عاملی سوالات مربوط به عوامل ۳ گانه در حالت ضرایب استاندارد و غیر استاندارد آورده شده است. همچنین، آماره t و سطح معنی داری مربوط به هر یک از سوالات ارائه شده است. با توجه به نتایج ارائه شده، تمامی بارهای عاملی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار می‌باشد (سوالات ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۴، ۴۶، ۵۲ حذف شده است).

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل عاملی

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص برازش
χ^2/df	≤ 3	۲/۷۵	مناسب
IFI	> 0.9	۰/۹۲	مناسب
RFI	> 0.9	۰/۹۰	مناسب
RMSEA	< 0.08	۰/۰۷۶	مناسب
SRMR	< 0.08	۰/۰۷۹	مناسب
CFI	> 0.9	۰/۹۲	مناسب
NFI	> 0.9	۰/۹۰	مناسب

هستند که با توجه به مجموع شاخص‌های برازش محاسبه شده، برازنده بودن مدل عاملی مورد تایید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که جهت بررسی شواهد دیگر مربوط به روایی (روایی ملاکی) همبستگی نمرات پرسشنامه مورد مطالعه (پس از حذف سوالات نامناسب) با پرسشنامه افسردگی بک محاسبه شد که نتایج آن در جدول (۴) آورده شده است.

بر اساس نتایج جدول، شاخص نسبت مجذور کای بر درجه آزادی (χ^2/df) برازش مدل را تایید می‌کند که کمتر از ۳ است و برازش مدل با داده‌ها را نشان می‌دهد. خطای ریشه مجذور میانگین تقریبی (RMSEA) برابر ۰/۰۷۶ و ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR) برابر با ۰/۰۷۹ است که از میزان ملاک (۰/۰۸) کوچکتر است و برازش مدل را تایید می‌کند. شاخص‌های IFI، CFI، NFI و RFI نیز از ملاک مورد نظر (۰/۹) بزرگتر

جدول ۴: جدول همبستگی نمرات حاصل از پرسشنامه مورد مطالعه با پرسشنامه بک

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱	کنش فردی و بین فردی نامطلوب	۱				
۲	تجارب روانشناختی آسیب‌رسان	۰/۷۷۲**	۱			
۳	مواجه بودن با مشکلات غیر روانشناختی	۰/۶۳۶**	۰/۵۸۵**	۱		
۴	نمره کل پرسشنامه	۰/۹۶۰**	۰/۸۶۲**	۰/۷۸۵**	۱	
۵	نمره پرسشنامه بک	۰/۸۳۱**	۰/۶۶۹**	۰/۵۹۶**	۰/۸۳۱**	۱

مشکلات خانوادگی می‌تواند در بالا بردن میزان آسیب‌پذیری به افسردگی نقش مهمی را ایفا نماید؛ نتایجی که در تحقیق آنگست و همکاران (۲۰۱۰) و ملرز (۲۰۱۷) و در این مطالعه نیز تایید شد. همچنین بر طبق نظر راجرز (۱۹۹۷)، به نقل از کلارک و پرتو، (۲۰۱۸)، آسیب‌پذیری‌های پیشین موجود، احتمال وقوع رویدادهای منفی و آسیب‌پذیری‌های شناختی را افزایش می‌دهد که "عامل سابقه تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" در مقیاس تدوین شده بخوبی به سنجش این موضوع می‌پردازد و همسو با نتایج مطالعات دانز و مک اون (۲۰۱۲) و پلتایر و همکاران (۲۰۰۰) می‌باشد. نتایج تحقیق رز و همکاران (۱۹۹۸)، به نقل از اینگرام، (۲۰۰۳) نیز نشان داد که یک زیر گروه از افراد افسرده که سوء استفاده جنسی از دوران کودکی را تجربه کرده اند استعداد ابتلا به افسردگی مداوم و طولانی مدت را دارند که همسو با نتایج تحقیق حاضر بود.

بر طبق نظر هامن (۱۹۹۱) استرس‌های مزمن و بر طبق نظریه بک و همکاران (۱۹۸۳)، به نقل از فارنام و سوامی، (۲۰۱۹) تجربه‌های ناخوشایند زندگی می‌توانند باعث شکل‌گیری طرحواره‌های نا کارآمد شوند. از طرفی، فعال شدن این طرحواره‌ها بوسیله رویدادهای همخوان با طرحواره‌های اولیه (بعنوان مثال طرد از طرف دوستان و دیگر استرس‌های زندگی)، منجر به شروع و تداوم افسردگی می‌شود که دو عامل دیگر نیز بخوبی این نتایج را تایید می‌کنند و همسو با نتایج آنگست و همکاران (۲۰۱۱)، گاتلیب و هامن (۲۰۱۰) می‌باشد.

عامل کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب

این عامل به اهمیت حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی (لوینسون و همکاران، ۱۹۸۹) و روابط بین‌فردی (بالبی، ۱۹۸۸) به نقل از اینگرام، (۲۰۰۳) اشاره دارد. طبق نظریه دلبستگی بالبی، اگرچه وابستگی در دوران کودکی آغاز می‌شود ولی الگوهای دلبستگی همچنان تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و ارتباطات متعدد با دیگران را تحت تاثیر قرار می‌دهد. نتایجی که در این مطالعه و به عنوان عامل "کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب" تایید شد، همسو با نتایج مطالعات استرینبرگ و موریس (۲۰۰۱) و گاتلیب و هامن (۲۰۱۰) می‌باشد که نشان می‌دهد مشکلات اجتماعی، اجتناب و انزوای بیشتر را به همراه داشته که فرد را از محرک‌هایی که می‌توانند او را از افسردگی دور نمایند، محروم می‌سازد. و همچنین نتایج همسو با نتایج مطالعات کندلر و همکاران (۲۰۱۰) می‌باشد که نشان می‌دهد که افسردگی مردان بعد از طلاق در حوزه‌ی فعالیت‌های کاری است؛ در حالی که زنان بعد از طلاق، بیشتر در اثر تجربه‌ی آسیب در روابط بین‌فردی به افسردگی دچار می‌شوند. طبق نظر هانکین و همکاران (۲۰۰۹) تجربیات با همسالان مانند طرد و قربانی شدن در روابط بین‌فردی ممکن است موجب تشدید آسیب‌پذیری‌های شناختی شده و زمینه‌ساز افسردگی شود که این نظر نیز در تحقیق حاضر تایید شد.

عامل مواجهه بودن با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی

همچنین عامل سوم به نوعی هماهنگ با مفاهیم نظریه‌های ناامیدی آبرامسون و همکاران (۱۹۸۹) و سلیگمن (۱۳۹۳) می‌باشد. بر اساس این نگاه، اگر وضعیت مالی، شغلی و تحصیلی، دارای شرایط نامطلوبی باشد، به دلیل درگیری عمده‌ای که هر فرد با این موضوعات در طی زندگی‌اش در

بر اساس نتایج جدول ۴، مقدار ضریب همبستگی نمرات حاصل از پرسشنامه محقق ساخته با پرسشنامه بک برابر ۰/۸۳۱ بوده که در سطح $P = 0/001$ معنی دار می‌باشد. همچنین، همبستگی تمام مولفه‌ها با نمره کل و نمرات حاصل از پرسشنامه بک معنادار می‌باشد. بعلاوه، جهت بررسی پایایی از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد که نتایج در جدول ۵ ادامه آورده شده است.

جدول ۵: جدول نتایج بررسی پایایی بروش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)

متغیر	تعداد سوالات	مقدار آلفای کرونباخ
کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب	۲۷	۰/۹۲۸
تجارب روانشناختی آسیب‌رسان	۱۶	۰/۸۲
مواجهه بودن با مشکلات غیرروانشناختی	۷	۰/۶۹
پرسشنامه تدوین شده	۵۰	۰/۹۴
پرسشنامه بک	۱۳	۰/۹۲۴

طبق جدول (۵)، پایایی پرسشنامه محقق ساخته به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌ی کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب برابر ۰/۹۲۸؛ مولفه‌ی تجارب روانشناختی آسیب‌رسان ۰/۸۲؛ مولفه‌ی مواجهه بودن با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی (غیرروانشناختی) ۰/۶۹ و برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ بدست آمد که نشان دهنده مطلوب بودن پایایی پرسشنامه می‌باشد. همچنین، پایایی پرسشنامه بک (فرم کوتاه) در پژوهش حاضر ۰/۹۲ بدست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تدوین و اعتباریابی مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی زنان به افسردگی مداوم صورت گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مقیاس تدوین شده که در آن ۵۰ ماده در ۳ عامل "کنش فردی و بین‌فردی نامطلوب"، عامل "سابقه تجارب روانشناختی آسیب‌رسان" و عامل "مواجهه با مشکلات اجتماعی، جسمانی و درمانی" قرار داده شده است، از ساختار عاملی رضایت بخشی برخوردار است. عوامل تایید شده در این پرسشنامه با مفاهیم مورد بحث در نظریه‌های شناختی بک و همکاران (۱۹۸۳)، به نقل از فارنام و سوامی، (۲۰۱۹)، نظریه زیر سیستم‌های شناختی متعامل تیزدل و برنارد (۲۰۱۴) و نیز نظریه‌های راجرز (۱۹۹۷)، به نقل از کلارک و پرتو، (۲۰۱۸)، سلیگمن (۱۳۹۳)، نظریه ناامیدی آبرامسون و همکاران (۱۹۸۹) و نظریه‌های رفتاری لوینسون و همکاران (۱۹۸۹) هماهنگ می‌باشد. در ذیل این عوامل اجمالا بررسی می‌شوند:

عامل سابقه تجارب روانشناختی آسیب‌رسان

طبق نظر هامن (۱۹۹۱)؛ وو و همکاران (۲۰۱۳)؛ جرنیموس و همکاران (۲۰۱۶) و بک و همکاران (۱۹۸۳) به نقل از فارنام و سوامی، (۲۰۱۹) تجربه‌ی محیط روانشناختی آسیب‌زا و بدر رفتاری در دوران کودکی و نیز

منابع

زمانی طولانی دارد، می‌توانند همواره احساس ناراضی‌تی و کاهش انرژی روانی را به دنبال داشته، که این موضوع موجب شکسته شدن مقاومت فرد در تقابل با افسردگی ایجاد شده، می‌گردد؛ موضوع‌هایی که ارتباط آن‌ها در نتایج تحقیق پلتایر و همکاران (۲۰۰۰) بدست آمده است و نتایج تحقیق حاضر نیز با آن‌ها همسو می‌باشد. مقایسه‌ی نتایج، همچنین، نشانگر همسویی نتایج تحقیق حاضر با مطالعه مور و گارلند (۲۰۰۳). می‌باشد. بر اساس این نتایج، چنین نتیجه‌گیری شده است که عوامل درمانی می‌تواند موجب احساس ناتوانی و کاهش عزت‌نفس فرد افسرده گردد؛ چراکه تشخیص و درمان نامناسب موجب کاهش امید گردیده و احساس توانمندی در مقابل وجود سایر مشکلاتی چون پیدایش افسردگی را بسیار پایین آورد. همچنین نتایج تحقیق حاضر همسو با نتایج تحقیق خاقانی فرد (۱۳۹۰) می‌باشد که، حمایت‌های خانوادگی و شغلی و سطوح تحصیلی بالا رابطه‌ی منفی با اضطراب و افسردگی دارد و کاهش این حمایت‌ها نیز در ناسازگاری‌های روانشناختی مؤثر است.

در کل، نتایج برگرفته از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بررسی عوامل زمینه‌ای و مداخله‌ای در سبب‌شناسی این اختلال می‌تواند درمانگران را در تدوین برنامه درمانی جهت تشخیص و درمان کمک کند. در کل یافته‌های این مطالعه می‌تواند اهمیت بها دادن به عوامل تاثیر گذار در تداوم افسردگی، غیر از علائم و نشانه‌های کنونی مشکل را نشان دهد. بطور کلی، یافته‌های این پژوهش نشانگر روایی و پایایی رضایت بخش مقیاس آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی زنان به افسردگی مداوم است و از آنجاییکه ماده‌های این مقیاس برگرفته از الگوی بومی می‌باشد، می‌توان از آن در جهت تشخیص آسیب‌پذیری به افسردگی مداوم در زنان در جامعه ایرانی استفاده نمود.

از لحاظ محدودیت‌های مهم مطالعه‌ی حاضر، با توجه به انجام تحقیق در جامعه آماری زنان آذری زبان، نتایج این تحقیق قابل تعمیم به زنان سایر فرهنگ‌ها و نیز جامعه مردان نمی‌باشد و نیز با توجه به محدودیت سنی، بهتر است در تعمیم نتایج به جامعه‌ی خارج این محدوده، با احتیاط عمل کرد. پیشنهاد می‌گردد این تحقیق در جامعه آماری زنان سایر فرهنگ‌ها و جامعه آماری مردان نیز انجام گیرد همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از دامنه‌ی سنی متفاوت تر و متمرکز تر برای بررسی این آسیب استفاده شود.

در انتها از تمام کسانی که ما را در انجام این تحقیق همراهی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). *راهنمای تشخیصی و اختلالات روانی*، ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، اتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو. (۲۰۱۳). چاپ پنجم، تهران: انتشارات ارجمند.

خاقانی فرد، میترا. (۱۳۹۰). بررسی نقش خشونت علیه زنان، جامعه‌پذیری جنسیتی و سرمایه‌های اجتماعی در پیش‌بینی سلامت روان گروهی از زنان شهر تهران. *مجله مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، شماره ۲۸، ۸۰-۹۰. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/829748> رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13). *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، سال ۱، شماره ۴، ۲۹۸-۲۹۱.

زرانی، فریبا. بهزادپور، سملنه و بلبایی، زهرا. (۱۳۹۶). تحلیلی بر نقش فرهنگ در آسیب‌شناسی روانی. *مجله رویش روانشناسی*، ۶(۱)، ۱۱۹-۲۲۴. <http://frooyesh.ir/article-1-224-en>.

زمانی، نرگس. خدابخش، محمدرضا. زمانی، سعید. کیانی، فریبا و خستو هشتجین، حامد. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴. *مجله سلامت جامعه*، ۱۰(۳)، ۶۲-۷۰. http://chj.rums.ac.ir/article_45797.

سلیگمن، مارتین. ای. پی و روزنهان، دیوید. ال. (۱۳۹۳). *روان‌شناسی ناپهنجاری آسیب‌شناسی روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران، انتشارات ارسباران.

سهرابی، فرامرز. دارینی، مهرنوش و داوودی، حسین (۱۳۹۰). اثربخشی روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی زنان شاغل. *مطالعات روانشناسی بالینی*، شماره ۵، ۲۹-۵۰. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=176220> نظامی، لطیفه. علیوندی وفا، مرضیه. خادمی، علی و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۴۰۰). الگویابی بومی آسیب‌پذیری روانی-اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان-روش زمینه‌ای. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۱۲(۴۸)، ۶۶-۵۱. doi: 10.30495/jzv.2021.26520.3422

یزدانی، محمد و اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۸). اثر بخشی برنامه آموزش ذهن آگاهی مثبت بر پاسخ به تنیدگی و علائم افسردگی نوجوانان. *مجله روانشناسی*، ۲۱۶-۱۹۹: (۲)۲۳

Abramson, L., Alloy, L. and MetaLasky, G. (1989). Hopelessness Depression. A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96, (2), 358-872. <https://pdfs.semanticscholar.org/22b6/5eebec33b89ec912054b4c4ec3d963960ab0.pdf>

Angst, J., Gamma, A., Rossler, W., Ajdacic, V. & Klein, D. (2011). Childhoodadversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21-27. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-010-0120-3>

Barrett, PT. & Kline, P. (1981). "The observation to variable ratio in factor analysis", *Personality Study & Group Behaviour*. 1(1), 23-33. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1469210](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1469210)

Barlow, DH., Durand, VM., Hoffman, SG., Lalumiere, M.L. (2018). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*. Toronto, Ontario, Nelson Education. <https://www.amazon.ca/Abnormal-Psychology-Integrative-David-Barlow/dp/0176657185>

116. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.98.2.107>.
- Melrose, S.S. (2017), Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches, *Open Journal of Depression*, 2017, 6, 1-13. <http://www.scirp.org/journal/ojd>.
- Moore, R. & Garland, A. (2003). *cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Wiley Editorial. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9780470713495>.
- Peltier, G.L., Laden, R., Matranga, M. (2000). Student persistence in college: A review of research. *J Coll Stud RetFeb*;1(4):357-75. <https://doi.org/10.2190/L4F7-4EF5-G2F1-Y8R3>
- Rana, A., Gulati, R., Wadhwa, V. (2019). Stress among students: An emerging issue. *Journal of Social Sciences*; 6(2). <http://www.pubs.iscience.in/journal/index.php/ijss/article/view/891>
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A Psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.49.2.306>
- Steinberg, L., & Morris, A.S. (2001) Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>.
- Teasdale, J.D., Barnard, P.J. (2014). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Psychology Press. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97123-000>
- Wu, W., Wang, Z., Wei, Y., Zhang, G., Shi, S., Gao, J. et al. (2013) Clinical Features of Patients with Dysthymia in a Large Cohort of Han Chinese Women with Recurrent Major Depression. *PLoS ONE*, 8, e83490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083490>
- Clark, B., Preto, N. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ*. 19; 190(11): E308-E309. doi: 10.1503/cmaj.180242. PMID: 29555859
- Danese, A., McEwen, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol. Behav.*; 106:29-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21888923>.
- Devries, K.M., Mak, J.Y., Bacchus, L.J., Child, J.C., Falder, G., Petzold, M, et al. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med.*; 10: e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001943>.
- Furnham, A., Swami, V. (2019). Attitudes toward Surveillance: Personality, Belief and Value Correlates. *Psychology*, 10(5), April 9, 2019. DOI:10.4236/psych.2019.105039
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor Analysis* (2nd.ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1678538](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1678538)
- Gotlib, C., Hammen, F. (2010). *Handbook of depression*. 3rd ed. New York, Guilford Press. PP:21-45, P3. C:\Users\Reyhan\Downloads\ISBN 9781462524167
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer. <https://www.springer.com/us/book/9781468464122>.
- Hankin, B. L., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B., Goldband, J. (2009). Developmental Origins of Cognitive Vulnerabilities to Depression: Review of Processes Contributing to Stability and Change Across Time, *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 65(12), 1327-133. DOI: 10.1002/jclp.20625.
- Hayden, E.P., Olino, T.M., Mackrell, S.V.M., Patricia L. Jordan, P.L., Desjardins, J., and Patrice Katsiroumbas, P. (2013). Cognitive vulnerability to depression during middle childhood: Stability and associations with maternal affective styles and parental depression. *Pers Individ Dif*. 2013 Nov 1; 55(8), 892-897. doi: 10.1016/j.paid.2013.07.016
- Ingram, R. (2003). "Origins of Cognitive Vulnerability to Depression" (PDF). *Cognitive Therapy and Research*. 27 (1): 77-88. doi:10.1023/a:1022590730752. ISSN 0147-5916.
- Jeronimus, B.F., Kotov, R., Riese, H., Ormel, J. (2016). "Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants". *Psychological Medicine*. 46 (14): 2883-2906. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27523506>.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587-593. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11282693>.
- Lewinsohn, P. M., Zeiss, A. M., & Duncan, E. M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 107-