

Research Paper



Prediction of Depression Based on Exposure to Domestic Violence Mediated by Sleep Problems Among Girl Adolescents: Investigation of Moderating Role of Self-Compassion



Sara Ebrahimi^{*}

1. Assistant Professor, Faculty member of Organization for Educational Research and Planning (OERP), Tehran, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.56843.5620](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56843.5620)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18163.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Depression, Exposure to Domestic Violence, Self-Compassion, Sleep Problems

Received: 2023/05/27
Accepted: 2023/08/23
Available: 2024/07/04

This study was conducted with the aim of investigating the relationship between exposure to domestic violence & depression with the mediation of sleep problems and moderation of self-compassion among girl adolescents. This is descriptive correlational research. The study population included all girl adolescents aged 13 to 16 who were student in Tehran in 1402, 223 people were selected as a sample using convenience sampling method, and responded to the Child Exposure to Domestic Violence Scale (Edleson, 2008), The Kutcher Adolescent Depression Scale (Leblanc et al., 2002), Self-Compassion Scale-Short Form (Raes et al., 2011) & Mini Sleep Questionnaire (Zomer, 1985). Pearson correlation and multiple regression Hayes (Models 4 & 7) in SPSS24 were used to analyze the data. The results showed that sleep problems mediate the relationship between exposure to domestic violence and depression, and the relation of exposure to domestic violence and depression with mediation of sleep problems is moderated by self-compassion. Therefore, adolescents with high levels of self-compassion experience less sleep problems when exposure to domestic violence and as a result may be less depressed. These findings are useful for understanding the complex mechanism of exposure to domestic violence effects on depression and have practical implications for preventive and therapeutic interventions for adolescents' depression.



* Corresponding Author: Sara Ebrahimi

E-mail: sa_ebrahimi@sbu.ac.ir

مقاله پژوهشی



پیش‌بینی افسردگی بر اساس مواجهه با خشونت خانگی با میانجی‌گری مشکلات خواب: بررسی نقش تعدیل‌کننده خودشفقتی



سارا ابراهیمی*

۱. استادیار، عضو هیئت علمی سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزشی، تهران، ایران.

DOI: [10.22034/JMPR.2023.56843.5620](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.56843.5620)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18163.html

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

افسردگی، خودشفقتی،
مشکلات خواب، مواجهه با
خشونت خانگی

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی با میانجی‌گری مشکلات خواب و تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در نوجوانان دختر انجام شد. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه مطالعه شامل تمامی نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۲۳ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی (ادلسون و همکاران، ۲۰۰۸)، مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر (لبلان و همکاران، ۲۰۰۲)، نسخه کوتاه مقیاس خودشفقتی (ریس و همکاران، ۲۰۱۱) و پرسشنامه کوتاه اختلالات خواب (زومر، ۱۹۸۵) پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه هایس (مدل‌های ۴ و ۷) در نرم‌افزار SPSS²⁴ استفاده شد. نتایج نشان داد مشکلات خواب رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند و رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی با میانجی‌گری مشکلات خواب توسط خودشفقتی تعدیل می‌شود. بر این اساس، نوجوانانی که از سطوح بالای خودشفقتی برخوردارند، در مواجهه با خشونت خانگی، مشکلات خواب کمتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه ممکن است کمتر دچار افسردگی شوند. یافته‌های این پژوهش برای درک مکانیسم پیچیده رابطه مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی مفید است و پیامدهایی عملی برای مداخلات پیشگیرانه و درمانی افسردگی نوجوانان دختر دارد.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۶/۰۱

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

* نویسنده مسئول: سارا ابراهیمی

رایانامه: sa_abraimi@sbu.ac.ir

مقدمه

یکی از نگرانی‌های بهداشت عمومی مواجهه با خشونت خانگی^۱ است (کارتز و همکاران^۲، ۲۰۲۰). خشونت خانگی، هر رفتار تهدیدآمیز، خشونت یا سوءاستفاده روانی، جسمی، مالی یا هیجانی علیه کودک و نوجوان یا در رابطه بین والدین و یا سایر اعضای خانواده است که کودک و نوجوان شاهد آن هستند (هوم آفیس^۳، ۲۰۱۳). در واقع، مواجهه با خشونت خانگی به عنوان قربانی شدن مستقیم فرد توسط مراقبان یا مشاهده خشونت بین مراقبان در خانه تعریف می‌شود (ایوانز و همکاران^۴، ۲۰۰۸). از این رو، خشونت خانگی نوعی بدرفتاری علیه کودک و نوجوان و تهدیدی علیه ثبات و همبستگی اجتماعی تلقی می‌شود (سو و همکاران^۵، ۲۰۲۲؛ گیلبرت و همکاران^۶، ۲۰۰۹).

مواجهه با خشونت خانگی، مشکلات جسمی و روانی-اجتماعی را در طول زندگی در پی دارد (هولت و همکاران^۷، ۲۰۰۸؛ ولف و همکاران^۸، ۲۰۰۳). مشکلات رفتاری درونی‌سازی و بیرونی‌سازی و اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانانی که شاهد خشونت خانگی هستند و با از آزار و اذیت رنج می‌برند، شیوع بیشتری دارد (سیستاد و همکاران^۹، ۲۰۲۱؛ وو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۶؛ ایوانز و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۸). احتمال وقوع این پیامدها به ویژه در سنین نوجوانی به دلیل آسیب‌پذیری ناشی از تغییرات هورمونی و عصبی بیشتر است (منون و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۸). بر اساس دیدگاه‌های دوره زندگی^{۱۳}، رویدادهای زیستی و اجتماعی که در هر دوره زندگی رخ می‌دهند می‌توانند اثرات بعدی و مادام‌العمر بر سلامت فرد و جامعه داشته باشند (الوی و لی^{۱۴}، ۲۰۲۳). افرادی که در کودکی آزار و اذیت را تجربه کرده‌اند و شاهد خشونت زناشویی بوده‌اند، دلبستگی‌های ایمن کمتری به شریک زندگی خود دارند، از توانایی کمتری برای حل تعارض برخوردارند و بیشتر قربانی یا مرتکب خشونت علیه شریک زندگی می‌شوند که بر کیفیت روابط صمیمانه و سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر می‌گذارد (دیلون و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۳) و این اثرات منفی اغلب تا میانسالی و حتی در سنین بالاتر باقی می‌ماند (ساولا و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۳). از میان اثرات منفی مواجهه با خشونت خانگی تمرکز بر پیامدهای درونی‌سازی از این جهت مهم است که تشخیص آنها از رفتارهای بیرونی‌سازی دشوارتر است و به همین دلیل اغلب در کودکان

و نوجوانان نادیده گرفته می‌شوند (فورنس و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۱). بر اساس نظریه ایمنی هیجانی^{۱۸} (دیویس و کامینگز^{۱۹}، ۱۹۹۴) مواجهه با خشونت خانگی مانند تنبیه و مشاهده تعارضات زناشویی، ایمنی هیجانی فرزندان را تهدید می‌کند و در نتیجه خطر مشکلات درونی‌سازی مانند افسردگی را افزایش می‌دهد. همچنین، مطابق با مدل زیست بوم‌شناختی (برونفن‌برنر و موریس^{۲۰}، ۱۹۹۸)، زمینه‌های بومی که افراد در آن زندگی می‌کنند می‌توانند پیوسته بر رشد روانی و جسمی آنها تأثیر بگذارند و در میان این زمینه‌ها، خانواده اولین و مهمترین عامل است. خشونت خانگی به عنوان مؤلفه مرتبط با خانواده می‌تواند به طور معنی‌دار آمادگی برای علائم افسردگی را پیش‌بینی کند (پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۵؛ الوی و لی، ۲۰۲۳). افسردگی به ویژه در سنین نوجوانی با پیامدهایی نامطلوب مانند بی‌خوابی (لی و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۸؛ آوارو و همکاران^{۲۲}، ۲۰۱۷)، خودآزاری (بایدن و همکاران^{۲۳}، ۲۰۱۷)، افکار و رفتار خودکشی (کمالی و همکاران^{۲۴}، ۲۰۱۹؛ میلر و همکاران^{۲۵}، ۲۰۱۷)، سوءمصرف مواد و عملکرد ضعیف تحصیلی (بنجت و همکاران^{۲۶}، ۲۰۲۰؛ بنگ و همکاران^{۲۷}، ۲۰۱۸) همراه است. نوجوانان به دلیل عدم تعادل بین رشد روانی و جسمی (لوسیسی و اندرسون^{۲۸}، ۲۰۰۸) و مواجهه با ترکیب پیچیده عوامل خطر روانی-اجتماعی، مستعد علائم افسردگی هستند (وینس و همکاران^{۲۹}، ۲۰۱۷؛ ماگان و همکاران^{۳۰}، ۲۰۱۳). این آمادگی بیشتر برای ابتلا، شناسایی عوامل مؤثر بر علائم افسردگی را در نوجوانان ضروری می‌سازد. همچنین، شناسایی عوامل خطر و محافظت بالقوه برای درک بهتر چگونگی تأثیر مواجهه با خشونت خانگی بر افسردگی کودکان و نوجوانان جهت تدوین مداخلات پیشگیرانه اهمیت می‌یابد. علاوه بر این، پژوهش‌های گذشته در بررسی رابطه مواجهه با خشونت خانگی و علائم افسردگی بیشتر بر رابطه مستقیم متمرکز شدند و مکانیسم‌های زمینه‌ای تا حدود زیادی مغفول ماندند. با این حال، برخی از مطالعات، عوامل قابل تغییر مانند خودشفقتی، عزت نفس و مشکلات خواب و عوامل غیرقابل تغییر مانند سن، جنس، ازدواج مادر، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی-اقتصادی را شناسایی کرده‌اند که تأثیرشان با مداخله قابل تغییر است (لی و همکاران^{۳۱}، ۲۰۲۲؛ لیو و هو^{۳۲}، ۲۰۲۰).

یکی از عواملی که رابطه نزدیکی با علائم افسردگی دارد، مشکلات خواب^{۳۳} است (لیما و همکاران^{۳۴}، ۲۰۲۰؛ چانگ و همکاران^{۳۵}، ۲۰۱۹).

18. Davis & Cummings
19. Bronfenbrenner & Morris
20. Li et al.
21. Alvaro et al.
22. Baiden et al.
23. Kamali et al.
24. Miller et al.
25. Benjet et al.
26. Bang et al.
27. Leussis & Andersen
28. Wiens et al.
29. Maughan et al.
30. Liu & Hu
31. sleep problems
32. Lima et al.
33. Chang et al.

1. exposure to domestic violence
2. Carter et al.
3. Home Office
4. Evans et al.
5. Su et al.
6. Gilbert et al.
7. Holt et al.
8. Wolf et al.
9. Sistad et al.
10. Vu et al.
11. Menon et al.
12. life course perspectives
13. Lv & Li
14. Dillon et al.
15. Savla et al.
16. Forns et al.
17. emotional security theory

تأثیری قوی در خنثی کردن پیامدهای مواجهه با خشونت خانگی داشته باشد، خودشفقتی^{۱۳} است (لیو و هو، ۲۰۲۰). خودشفقتی نگرش سازگار و مثبت به خود است که بر اساس آن فرد در مواقع ناراحت‌کننده به جای قضاوت خشن با ذهن آگاهی و مهربانی با خود و درک انسانیت مشترک رفتار می‌کند (یانگ و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۹). مواجهه با خشونت خانگی بیانگر آن است که دیگران مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند، در حالی که خودشفقتی بیانگر رفتار با شفقت و مهربانی با خود است (نف^{۱۴}، ۲۰۰۳). بنابراین، خودشفقتی به طور ذاتی و درونی با خشونت خانگی مرتبط است. از این رو، ضروری است هر دو به طور همزمان در بررسی عوامل مؤثر بر علائم افسردگی نوجوانان در نظر گرفته شوند.

بر اساس مدل نظم‌دهی هیجانی، خودشفقتی به نوجوانان کمک می‌کند با موقعیت‌های نامطلوب کنار بیایند و اختلالات هیجانی را با راهبردهای سازگار نظم‌دهی هیجانی مانند افزایش مهربانی و ذهن آگاهی و کاهش خودقضاوتی و همدردی بیش از اندازه کاهش دهند (وو و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۹؛ فینلی-جونز و همکاران^{۱۶}، ۲۰۱۵). افراد با سطوح بالای خودشفقتی در مواجهه با پریشانی یا نارسایی‌های شخصی مایل به مهربانی و حمایت از خود و درک دیگران هستند (نیلی و همکاران^{۱۷}، ۲۰۰۹). آنها بر این باورند که رنج و ناکامی‌های شخصی تجربه مشترک همه انسان‌ها است. از این رو، با حفظ تعادل روانی و ذهن آگاهی به تجربه لحظه حال توجه می‌کنند (نف و گرمر^{۱۸}، ۲۰۱۳). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند خودشفقتی به طور مثبت با بهزیستی روانی (سوتن و همکاران^{۱۹}، ۲۰۱۷؛ زسین و همکاران^{۲۰}، ۲۰۱۵) و به طور منفی با علائم افسردگی مرتبط است (نصیری و شاهقلیان، ۱۴۰۰؛ برزگری دهج و همکاران، ۱۳۹۷؛ وو و همکاران، ۲۰۱۹؛ ارت و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۸).

اگرچه مواجهه با خشونت خانگی احتمالاً تأثیرات نامطلوبی در کودکان و نوجوانان بر جای می‌گذارد، اما الزاماً به همان اندازه تجربه شده، تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند (لیو و هو، ۲۰۲۰). بر اساس مدل تعامل ارگانسیم-محیط، تعامل صفات فردی و عوامل زمینه‌ای، رشد جسمی و روانی افراد را تعیین می‌کند (لرنر و همکاران^{۲۲}، ۲۰۰۶). از یک سو، مواجهه با خشونت خانگی ممکن است نگرش مثبت نوجوانان به خود را از بین ببرد و مهربانی و حمایت از خود را برای آنها دشوار سازد (پپینگ و همکاران^{۲۳}، ۲۰۱۵؛ تاناکا و همکاران^{۲۴}، ۲۰۱۱)، از سوی دیگر، خودشفقتی ممکن است تأثیر مواجهه با خشونت خانگی را خنثی سازد؛ به این معنی که تأثیر مواجهه با خشونت خانگی بر علائم افسردگی در مقادیر مختلف خودشفقتی متفاوت شود. لیو و

مشکلات خواب شامل علائم بی‌خوابی، زمان کوتاه خواب، تأخیر و مشکل در به خواب رفتن، بیداری مکرر پس از به خواب رفتن، کابوس دیدن و کیفیت پایین خواب (هایسینگ و همکاران^۱، ۲۰۱۵)، خستگی و خواب بیش از اندازه، صحبت کردن و راه رفتن در خواب و نگرانی موقع رفتن به رختخواب (آلفانو و همکاران^۲، ۲۰۰۹) است. خواب نقش مهمی در رشد ذهنی و جسمی نوجوانان دارد (اوکلاگان و همکاران^۳، ۲۰۲۱). به لحاظ نظری مشکلات خواب نقش واسطه در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پیامدهای رشد دارند (اسپلسبری^۴، ۲۰۰۹). رویدادهای استرس‌زا مانند مواجهه با خشونت خانگی می‌توانند منجر به واکنش‌های آسیب‌زا مانند ترس و نشخوار فکری شوند (اسپلسبری، ۲۰۰۹). از آنجا که خواب مستلزم توقف نسبی آگاهی و پاسخ به محیط خارجی است (دال^۵، ۱۹۹۶)، این پاسخ‌های استرس‌زا ممکن است توانایی فرد برای استراحت و به خواب رفتن را مختل کنند که پیامدش تأثیر نامطلوب بر سلامت و عملکرد است.

پژوهش طالبی (۱۴۰۱) در بررسی نقش نشخوار شبانه و ذهن آگاهی در رابطه بین افسردگی و بی‌خوابی نشان داد بین بی‌خوابی و برانگیختگی قبل از خواب با افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. ترنر و همکاران^۶ (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای بر نوجوانان نشان دادند افرادی که در معرض آزار جسمی و خشونت دوست صمیمی خود قرار داشتند، مشکلات خواب را تجربه می‌کردند. بر اساس پژوهش لیما و همکاران (۲۰۲۰) نیز کیفیت پایین خواب با علائم افسردگی در نوجوانان ۱۴ تا ۱۹ ساله مرتبط است. پژوهش ناکوفسکی و همکاران^۷ (۲۰۱۶) نشان داد خواب ناکافی واسطه رابطه بین مواجهه با خشونت بین والدین و افسردگی در دانش‌آموزان دبیرستانی است. مطالعه استرنبرگ و همکاران^۸ (۲۰۰۶) نشان داد نوجوانان در مراحل اولیه نوجوانی نسبت به مراحل پایانی، بیشتر مستعد تأثیرات منفی مواجهه با خشونت خانگی هستند و در این میان دخترها بیش از پسرها دچار پیامدهایی چون مشکلات خواب و افسردگی می‌شوند (ساسر و همکاران^۹، ۲۰۲۱؛ شیائو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو، لازم است نقش میانجی مشکلات خواب در رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و علائم افسردگی با نمونه‌هایی از سنین اوایل نوجوانی و به ویژه دختران مورد بررسی قرار گیرد.

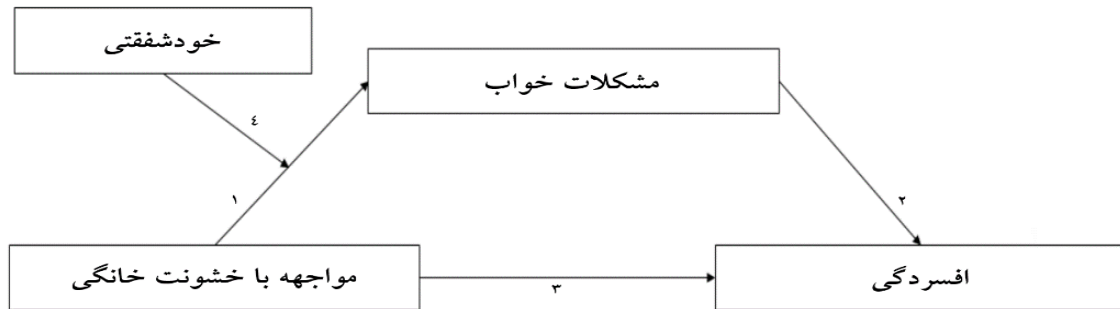
مطابق با مدل زیستی-روانی-اجتماعی (اینگل^{۱۱}، ۱۹۷۷)، شرایط زیستی، روانی یا اجتماعی می‌توانند نقش عوامل خطر و محافظ را در رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی ایفا کنند. این شرایط در سطح فرد، خانواده یا جامعه وجود دارند. یکی از عوامل فردی قابل تغییر که می‌تواند

13. Yang et al.
14. Neff
15. Wu et al.
16. Finlay-Jones et al.
17. Neely et al.
18. Germer
19. Sutton et al.
20. Zessin et al.
21. Ehret et al.
22. Lerner et al.
23. Pepping et al.
24. Tanaka et al.

1. Hysing et al.
2. Alfano et al.
3. O'Callaghan et al.
4. Spilsbury
5. Dahl
6. Turner et al.
7. Nowakowski et al.
8. Sternberg et al.
9. Sasser et al.
10. Xiao et al.
11. Engel
12. self-compassion

رابطه آنها با در نظر گرفتن مکانیسم‌های زیربنایی در قالب مدلی پژوهشی، که بتواند درک روشن‌تری از عوامل مرتبط با افسردگی نوجوانان در اختیار قرار دهد، نادیده گرفته شده است. از این رو، شناسایی عوامل خطر و محافظ بالقوه برای درک بهتر چگونگی تأثیر مواجهه با خشونت خانگی بر افسردگی نوجوانان جهت تدوین مداخلات پیشگیرانه اهمیت می‌یابد. در این راستا، برخی از مطالعات عواملی قابل تغییر مانند خودشفقتی و مشکلات خواب را شناسایی کرده‌اند که با افسردگی رابطه دارند و تأثیرشان با مداخله قابل تغییر است. بر این اساس، پژوهش حاضر قصد دارد در بررسی رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی در نوجوانان دختر به سؤال‌های زیر پاسخ دهد:

- آیا مواجهه با خشونت خانگی، افسردگی را در نوجوانان دختر پیش‌بینی می‌کند؟
- آیا مشکلات خواب رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی را در نوجوانان دختر میانجی‌گری می‌کند؟
- آیا خودشفقتی رابطه میانجی بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی را در نوجوانان دختر تعدیل می‌کند؟



شکل ۱: مدل مفروض ارتباط بین متغیرهای پژوهش

پرسشنامه‌ها را با دقت مطالعه کنند و سؤالی را بی‌پاسخ نگذارند.

مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی؟ این ابزار توسط ادلسون و همکاران^۵ (۲۰۰۸) برای سنجش میزان مواجهه کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۶ ساله با اشکال مختلف خشونت طراحی شد. این مقیاس شامل ۳۰ گویه است و ۷ زیرمقیاس مواجهه با خشونت پدر علیه مادر، مواجهه با خشونت در محله یا مدرسه، مواجهه با مشاخره والدین، درگیری کودک در خشونت والدین، خشونت بزرگسالان علیه کودک، مواجهه با عوامل خطرزای زندگی و مواجهه با خشونت در استفاده از فناوری‌های تصویری خشونت‌بار را دربرمی‌گیرد. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (از ۰ هرگز تا ۳ تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. در پژوهش رفیعی و همکاران (۱۳۹۲) روایی سازه ابزار از طریق تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از تأیید ساختار ۷ عاملی آن بود که در مجموع (۰/۶۰) از کل واریانس را تبیین می‌کردند. در همین پژوهش، اعتبار مقیاس از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با (۰/۸۹) $(a=)$ و ضریب بازآزمایی (۰/۸۶) $(r=)$ گزارش شد. در پژوهش حاضر، همسانی درونی ابزار (۰/۸۵) $(a=)$ به دست آمد.

4. Child Exposure to Domestic Violence Scale
5. Edleson et al.

هو (۲۰۲۰) نشان دادند نوجوانانی که از سطوح بالایی از خودشفقتی برخوردارند، کمتر تحت تأثیر خشونت والدین قرار می‌گیرند، زیرا رفتار خودشفقتی احتمالاً با تأثیر خشونت مقابله کرده و آن را تضعیف می‌کند. لاترن و همکاران^۱ (۲۰۱۹) نشان دادند تأثیر استرس ادراک‌شده بر علائم افسردگی در نوجوانان با سطوح بالای خودشفقتی، ضعیف‌تر از افرادی است که خودشفقتی پایین‌تری دارند. چو و همکاران^۲ (۲۰۱۸) نشان دادند خودشفقتی می‌تواند رابطه بین آزار و اذیت سایبری و علائم افسردگی نوجوانان را تعدیل کند به طوری که این ارتباط برای افراد با سطوح بالاتر خودشفقتی ضعیف‌تر است. از این رو، فرض می‌شود خودشفقتی به عنوان ویژگی فردی مهمی که تأثیرات حفاظتی دارد ممکن است رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و علائم افسردگی نوجوانان را از بین ببرد یا تضعیف کند. مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد نوجوانان به دلیل شرایط ویژه‌ای که به لحاظ روانی و جسمی دارند و عوامل خطری که با آنها مواجه می‌شوند، مستعد بروز علائم افسردگی هستند. یکی از عوامل خطر مهم اثرگذار بر افسردگی نوجوانان، مواجهه با خشونت خانگی است. با وجود بررسی‌های محدود رابطه مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی در پژوهش‌های داخلی،

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری متشکل از تمامی نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله مشغول به تحصیل شهر تهران در سال ۱۴۰۲ به تعداد ۱۳۶۲۲۰ نفر بود. برای برآورد حجم نمونه، با توجه به منطق پیشنهادی (گرین^۳، ۱۹۹۱) که حجم نمونه در مطالعات رگرسیون را برابر با $K+104 \geq N$ است، به ازای سه متغیر پیش‌بین، ۱۰۷ نفر به عنوان حداقل حجم نمونه در نظر گرفته شد. اما به دلیل احتمال ریزش شرکت‌کنندگان و کاهش خطای اندازه‌گیری، نمونه‌ای برابر با ۲۲۳ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس برای دستیابی به نتایجی قابل قبول انتخاب شدند $(SD=1/63)$ و $(M=14/78)$. برای اجرای پژوهش، ابزارها به صورت نسخه مجازی آماده شدند و پس از هماهنگی با مدیران مدارس دخترانه دوره اول متوسطه مناطق ۴ و ۱۱ شهر تهران، پیوند ابزارها از طریق رسانه‌های اجتماعی در اختیار نوجوانان دختر قرار گرفت. ابزارها برای حفظ محرمانگی و قابلیت اعتماد داده‌ها به طور ناشناس ارسال شدند. در پیوند ارسالی، دستورالعمل نحوه پاسخ به سؤال‌ها به دانش‌آموزان شرح داده شد و از آنها خواسته شد گویه‌های

1. Lathren et al.
2. Chu et al.
3. Green

($r=0/92$) و در پژوهش حاضر از نوع همسانی درونی ($\alpha=0/72$) گزارش شد. پرسشنامه کوتاه اختلالات خواب؛ این ابزار توسط زومر^۷ (۱۹۸۵) برای سنجش کیفیت خواب (هم بی‌خوابی و هم پرخوابی) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۰ گویه است و پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی (از ۱ هرگز تا ۷ همیشه) قرار می‌گیرند. در پژوهش معنوی‌پور (۱۳۹۴) بررسی روایی سازه به روش تحلیل عاملی حاکی از وجود دو عامل بی‌خوابی و پرخوابی بود که در مجموع (۰/۶۱) از کل واریانس را تبیین می‌کردند. در پژوهش ناتال و همکاران^۸ (۲۰۱۴) اعتبار ابزار از نوع همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/77$) و در پژوهش حاضر ($\alpha=0/74$) گزارش شد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از شاخص‌های آمار توصیفی، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه با استفاده از رگرسیون هایس^۹ در نرم‌افزار SPSS^{۲۴} (مدل‌های ۴ و ۷) استفاده شد. مدل میانجی‌گری تعدیل‌شده نیز با ۵۰۰۰ نمونه بوت استرپ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد مورد آزمون قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول (۱) اندازه‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
مواجهه با خشونت خانگی	۲/۰۰	۷۰/۰۰	۲۵/۹۱	۱۰/۸۸	۰/۵۶	۰/۶۴
مشکلات خواب	۱۲/۰۰	۵۳/۰۰	۲۸/۳۲	۹/۰۵	۰/۶۰	-۰/۳۸
خودشفقتی	۱۸/۰۰	۵۸/۰۰	۳۶/۸۵	۷/۶۲	-۰/۰۸	-۰/۰۵
افسردگی	۰/۰۰	۳۳/۰۰	۱۳/۷۷	۹/۹۶	۰/۳۰	-۱/۱۷

مفروضه هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. برای بررسی استقلال باقی‌مانده‌ها نیز از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که با توجه به این که مقدار آن (۱/۷۴) به دست آمد که در فاصله (۱/۵ تا ۲/۵) قرار دارد می‌توان گفت پیش‌فرض استقلال باقی‌مانده‌ها رعایت شد.

بررسی همبستگی میان متغیرهای پژوهش در جدول (۲) حاکی از همبستگی مثبت و معنی‌دار بین مواجهه با خشونت خانگی با مشکلات خواب ($r=0/52$) و افسردگی ($r=0/58$) و همبستگی منفی و معنی‌دار با خودشفقتی ($r=-0/66$) بود. همچنین، مشکلات خواب به طور مثبت و معنی‌دار با افسردگی ($r=0/56$) و به طور منفی و معنی‌دار با خودشفقتی ($r=-0/69$) مرتبط بود و خودشفقتی نیز به طور منفی و معنی‌دار با افسردگی ($r=-0/65$) رابطه داشت.

مقیاس افسردگی نوجوانان کوتچر^۱: این ابزار توسط لبلانس و همکاران^۲ (۲۰۰۲) برای سنجش میزان علائم افسردگی در نوجوانان ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۱ گویه است و ۲ زیرمقیاس افسردگی اساسی و عامل خودکشی را دربرمی‌گیرد. پاسخ‌ها بر حسب حالات روانی یک هفته اخیر بر روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرتی (از ۰ به ندرت تا ۳ همیشه چنین احساسی دارم) قرار می‌گیرند. در پژوهش حبیبی و همکاران (۱۳۹۲) همبستگی مقیاس با پرسشنامه افسردگی رادز^۳ (رینولدز، ۱۹۸۷) ($r=0/78$) بیانگر روایی همگرایی ابزار بود. در پژوهش فلاح و همکاران (۱۳۹۸) همسانی درونی ابزار برای سه زیرمقیاس افسردگی اساسی، عامل فیزیکی و خودکشی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب (۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱) و در پژوهش حاضر ($\alpha=0/94$) گزارش شد.

نسخه کوتاه مقیاس خودشفقتی^۴: این ابزار توسط ریس و همکاران^۵ (۲۰۱۱) طراحی شد. این مقیاس شامل ۱۲ گویه است و ۳ مؤلفه دوقطبی را در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود/خودقضاوتی، ذهن‌آگاهی/هماندسازی افراطی و اشتراکات انسانی/انزوا اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از ۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند. در پژوهش ریس و همکاران (۲۰۱۱) همبستگی فرم کوتاه با فرم بلند ($r=0/97$) بیانگر روایی همگرایی ابزار بود. همچنین، روایی صوری و محتوای ابزار نیز در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۵) توسط متخصصان روان‌شناسی بالینی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و اعتبار مقیاس نیز از نوع بازآزمایی برابر با

برای استفاده از آزمون‌های همبستگی، پیش‌فرض‌های بهنجاری چندمتغیری، هم‌خطی چندگانه و استقلال باقی‌مانده‌ها بررسی شدند. برای بررسی بهنجاری توزیع داده‌ها از مقادیر چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج جدول (۱) نشان داد توزیع همه داده‌ها بین (۲ و -۲) قرار داشت که بیانگر آن بود داده‌ها از توزیع بهنجاری برخوردار هستند.

در بررسی مفروضه هم‌خطی چندگانه، از آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. بر اساس پیشنهاد (کلاین^{۱۰}، ۲۰۱۵) مقدار تحمل کمتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده چندگانگی خطی است. نتایج این بررسی نشان داد در هیچ‌یک از مقادیر آماره‌های تحمل و تورم واریانس محاسبه‌شده برای متغیرهای پیش‌بین پژوهش، انحرافی از

6. Mini Sleep Questionnaire
7. Zomer
8. Natale et al.
9. Hayes
10. Kline

1. The Kutcher Adolescent Depression Scale
2. Leblanc et al.
3. Reynolds Adolescent Depression Scale
4. Self-Compassion Scale-Short Form
5. Raes et al.

جدول ۲: همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	مواجهه با خشونت خانگی	مشکلات خواب	خودشفقتی	افسردگی
مواجهه با خشونت خانگی	۱			
مشکلات خواب	۰/۵۲**	۱		
خودشفقتی	-۰/۶۶**	-۰/۶۹**	۱	
افسردگی	۰/۵۸**	۰/۵۶**	-۰/۶۵**	۱

P<۰/۰۱**

برای بررسی مسیرهای (۱، ۲ و ۳) از (مدل ۴) رگرسیون هایس استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۳) نشان داده شد مواجهه با خشونت خانگی، افسردگی (P<۰/۰۰۱، t=۱۰/۷۱، B=۰/۵۸) و مشکلات خواب (P<۰/۰۰۱، t=۸/۶۵، B=۰/۵۰) را به طور مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کرد. مشکلات خواب نیز، افسردگی را به طور مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کرد (P<۰/۰۰۱، t=۶/۵۹، B=۰/۳۸). وقتی هر دو متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شدند، مواجهه با خشونت خانگی به طور مثبت و معنی‌دار افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد (P<۰/۰۰۱، t=۶/۸۰، B=۰/۳۹). بر این اساس، مسیر غیرمستقیم رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی با واسطه‌گری مشکلات خواب معنی‌دار به دست آمد. از این رو، مشکلات خواب، رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند.

نتایج آزمون بوت استرپ نیز حاکی از اثر غیرمستقیم مشکلات خواب کلی میانجی، (۰/۱۹) با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۰/۲۶ - ۰/۱۲) بود که در مجموع اثر (۳) تأیید شدند.

نتایج آزمون بوت استرپ نیز حاکی از اثر غیرمستقیم مشکلات خواب کلی میانجی، (۰/۱۹) با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۰/۲۶ - ۰/۱۲) بود که در مجموع اثر (۳) تأیید شدند.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون مدل مفروض نقش میانجی مشکلات خواب در رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی

متغیر	R	R ²	F	B	B	SE	t	Bootstrap 95% CI
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۵۸	۰/۳۴	۱۱۴/۷۸	۰/۵۳	۰/۵۸***	۰/۰۵	۱۰/۷۱	۰/۴۳ - ۰/۶۳
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۵۰	۰/۲۵	۷۴/۷۸	۰/۴۱	۰/۵۰***	۰/۰۴	۸/۶۵	۰/۳۲ - ۰/۵۱
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۳۶	۰/۳۹***	۰/۰۵	۶/۸۰	۰/۲۵ - ۰/۴۶
مشکلات خواب	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴
مشکلات خواب	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴
افسردگی	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴
مشکلات خواب	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴
افسردگی	۰/۶۷	۰/۴۵	۹۰/۱۲	۰/۴۲	۰/۳۸***	۰/۰۶	۶/۵۹	۰/۲۹ - ۰/۵۴

P<۰/۰۰۱***

برای بررسی معنی‌داری مسیر (۴) از (مدل ۷) رگرسیون هایس استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۴ و ۵) نشان داده شد مواجهه با خشونت خانگی به طور مثبت و معنی‌دار (P<۰/۰۰۱، t=۴/۰۲، B=۰/۷۵) و خودشفقتی به طور منفی و معنی‌دار (P<۰/۰۰۱، t=-۲/۳۴، B=-۰/۳۳) مشکلات خواب را

برای بررسی معنی‌داری مسیر (۴) از (مدل ۷) رگرسیون هایس استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۴ و ۵) نشان داده شد مواجهه با خشونت خانگی به طور مثبت و معنی‌دار (P<۰/۰۰۱، t=۴/۰۲، B=۰/۷۵) و خودشفقتی به طور منفی و معنی‌دار (P<۰/۰۰۱، t=-۲/۳۴، B=-۰/۳۳) مشکلات خواب را

جدول ۴: تحلیل رگرسیون مدل مفروض میانجی‌گری تعدیل‌شده

متغیر	R	R ²	F	B	B	SE	t	Bootstrap 95% CI
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
خودشفقتی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
مواجهه با خشونت خانگی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
مشکلات خواب	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
افسردگی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
مشکلات خواب	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
افسردگی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
مشکلات خواب	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
افسردگی	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱
مشکلات خواب	۰/۷۴	۰/۵۴	۸۸/۷۱	۰/۷۴	۰/۷۵***	۰/۱۸	۴/۰۲	۰/۳۸ - ۱/۱۱

P<۰/۰۰۱***

جدول ۵: بوت استرپ اثر غیرمستقیم و فاصله اطمینان ۹۵٪ برای مدل مفروض میانجی‌گری تعدیل‌شده

تأثیر غیرمستقیم شرطی	B	Bootstrap SE	Bootstrap 95% CI
M - 1SD	۰/۰۶۴	۰/۰۲۸	۰/۰۱۴ - ۰/۱۲۵
M	-۰/۰۰۰	۰/۰۲۳	-۰/۰۴۷ - ۰/۰۴۶
M + 1SD	-۰/۰۶۵	۰/۰۳۰	-۰/۱۲۷ - -۰/۰۱۰

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در پیش‌بینی افسردگی بر اساس مواجهه با خشونت خانگی با میانجی‌گری مشکلات خواب و نیز تعدیل‌کنندگی خودشفقتی در مسیر مواجهه با خشونت خانگی و مشکلات خواب نشان داد مواجهه با خشونت خانگی به طور مستقیم و غیرمستقیم با واسطه مشکلات خواب، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند و میانجی‌گری مشکلات خواب نیز توسط خودشفقتی تعدیل می‌شود. به عبارتی دیگر، رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی با افسردگی با میانجی‌گری مشکلات خواب، در مسیر مواجهه با خشونت خانگی و مشکلات خواب توسط خودشفقتی تعدیل می‌شود.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که مواجهه با خشونت خانگی، افسردگی را به طور مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند (مسیر ۱). این یافته همسو با نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴) و مطالعات (پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۵؛ ال‌وی و لی، ۲۰۲۳؛ سیستاد و همکاران، ۲۰۲۱؛ وو و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۸) است. بر اساس نظریه ایمنی هیجانی (دیویس و کامینگز، ۱۹۹۴) مواجهه با خشونت خانگی مثل تنبیه و مشاهده تعارضات بین والدین، ایمنی هیجانی فرزندان را تهدید می‌کند و در صورت تداوم مواجهه با خشونت، ایمنی هیجانی آنها کاهش می‌یابد. تلاش برای بازگشت ایمنی هیجانی در بلندمدت منجر به ناسازگاری و ایجاد مشکلات درونی‌سازی از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۵). همچنین، استرس ناشی از مواجهه با خشونت خانگی به نوبه خود ممکن است منجر به تغییراتی در توانایی نوجوان در نظم‌دهی هیجانی و خطر استفاده از راهبردهای ناسازگار شود و این اختلال به علائم درونی‌سازی بیانجامد (ال‌وی و لی، ۲۰۲۳؛ ویسمن و همکاران، ۲۰۱۹). به طور طبیعی، نوجوانان به دلیل تغییرات رشدی، رفتاری، هورمونی و عصبی، در برابر تنش ناشی از مواجهه با خشونت، آسیب‌پذیری بیشتری دارند (منون و همکاران، ۲۰۱۸؛ وو و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو، تنش ناشی از مواجهه با خشونت در نوجوانان نه تنها سبب می‌شود استرس مضاعفی را تجربه کنند، بلکه از حمایت والدین نیز برای یادگیری نظم‌دهی هیجان و مدیریت مناسب استرس برخوردار نباشند که همین امر منجر به عملکرد روانی و اجتماعی ضعیف در آنها می‌شود (میلوت و همکاران، ۲۰۱۰).

یافته‌ها در مورد نقش واسطه مشکلات خواب در رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی (مسیرهای ۲ و ۳) همسو با پژوهش‌های (طالبی،

۱۴۰۱؛ لی و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوکلاگان و همکاران، ۲۰۲۱؛ لیما و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوکوفسکی، ۲۰۱۶؛ اسپیلسبری، ۲۰۰۹) بود که نشان دادند مشکلات خواب نقش واسطه در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پیامدهای رشد دارند. رویدادهای استرس‌زا مانند مواجهه با خشونت خانگی می‌توانند منجر به واکنش‌های آسیب‌زا مانند ترس و نشخوار فکری در مورد تعاملات بین فردی شوند (اسپیلسبری، ۲۰۰۹). این واکنش‌ها نیز به نوبه خود تداوم تجربه هیجان‌های منفی ناشی از مواجهه با خشونت و افکار و باورهای منفی در مورد تعاملات را در پی دارند. از آنجا که خواب مستلزم توقف نسبی آگاهی و پاسخ به محیط است (دال، ۱۹۹۶)، این پاسخ‌های استرس‌زا ممکن است توانایی فرد برای استراحت و به خواب رفتن را مختل کنند.

تجربه رویدادهای استرس‌زا با کاهش عملکرد قشر جلوی مغز که مسئول تنظیم خواب است و عملکرد بیش از اندازه بادامه که منجر به کابوس دیدن در طول خواب رم می‌شود، همراه است (ژرمین و همکاران، ۲۰۰۸). ترشح بیش از اندازه کورتیزول و مهار سنتز سروتونین در نتیجه تجربه رویدادهای استرس‌زا نیز به ترتیب باعث هوشیاری و آشفتنگی و کاهش زمان خواب به ویژه در مرحله رم می‌شود (لیپور و کلیور، ۲۰۱۳؛ ملیرو، ۲۰۱۸؛ وایلانکورت و همکاران، ۲۰۱۳). بی‌خوابی و اختلال در خواب از طریق فعالیت قشر حدقه‌ای پیشانی که مسئول پردازش احساسات منفی است، منجر به تأثیر نامطلوب بر سلامت و عملکرد به ویژه بروز افسردگی می‌شود؛ بی‌خوابی، فعالیت و ارتباط عملکردی بیش از اندازه ناحیه جانبی قشر حدقه‌ای پیشانی (مرتبط با عدم دریافت پاداش) و فعالیت و ارتباط عملکردی اندک ناحیه میانی قشر حدقه‌ای پیشانی (مرتبط با دریافت پاداش) را در پی دارد که با نمرات بالای افراد مبتلا در مقیاس‌های افسردگی به طور معنی‌دار مرتبط است (رلز و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد خودشفقتی رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و افسردگی با میانجی‌گری مشکلات خواب (در مسیر ۴) را تعدیل می‌کند. این یافته همسو با مدل تعامل ارگانیزم-محیط (لرنر و همکاران، ۲۰۰۶) نشان داد، نوجوانان به همان میزانی که با خشونت خانگی مواجه می‌شوند، تحت تأثیر قرار نمی‌گیرند. همچنین، نقش حفاظتی خودشفقتی با مدل نظم‌دهی هیجانی (وو و همکاران، ۲۰۱۹؛ فینلی جونز و همکاران، ۲۰۱۵) و مطالعات (نصیری و شاهقلیان، ۱۴۰۰؛ بزرگری دهج و همکاران، ۱۳۹۷؛ لیو و هو، ۲۰۲۰؛ لاترن و همکاران، ۲۰۱۹؛ فراری و

- Lepore & Kliever
- Meleiro
- Vaillancourt et al.
- Rolls et al.

- Weissman et al.
- Spilsbury
- Dahl
- Germain et al.

متعادلی نسبت به هیجان‌های منفی دارد و از سرکوب یا غرق شدن در این هیجان‌ها خودداری می‌کند. مهربانی با خود نیز به عنوان یکی از عناصر اصلی خودشفقتی با کاهش خودقضاوتی (مثبت یا منفی) و خودسرزنی از برانگیختگی شناختی و هیجانی پس از تجربه رویدادهای خشونت‌بار در خانه می‌کاهد (نف، ۲۰۰۳). از این رو، نوجوانان می‌توانند با تقویت خودشفقتی، مشکلات خواب و علائم افسردگی را پس از مواجهه با خشونت خانگی به حداقل برسانند.

در مجموع، مطالعه حاضر نشان داد هر چه نوجوانان بیشتر با خشونت خانگی مواجه شده باشند، احتمال بیشتری برای افسردگی آنها وجود دارد. مشکلات خواب نیز مکانیسم میانجی مهم هستند که ناتوانی در رفع آنها، دلیل مهمی برای افسردگی نوجوانانی است که با خشونت خانگی مواجه شده‌اند. این میانجی‌گری، توسط خودشفقتی تعدیل می‌شود، یعنی خودشفقتی به عنوان عامل مهم درون‌فردی برای نوجوانانی که با خشونت خانگی مواجه شده‌اند، می‌تواند با متعادل کردن واکنش‌های هیجانی ناشی از مواجهه با خشونت خانگی اثر محافظتی در برابر مشکلات خواب و در نتیجه افسردگی داشته باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود اقدامات پیشگیری از خشونت خانگی برای کمک به نوجوانان برای دفع تأثیرات نامطلوبی که مداوم و حتی مادام‌العمر هستند، اجرا شود. مداخلاتی که با رویکرد عامل خطر-نتیجه صورت می‌گیرند بر شناسایی و کاهش خطرات و حفاظت در قالب فقدان خطر تمرکز دارند. در مقابل، رویکرد پیشگیریانه، عوامل محافظ را در فرد، خانواده و جامعه در نظر می‌گیرد که تأثیرات رویدادهای منفی را تعدیل می‌کنند و کودکان و نوجوانان را قادر می‌سازند در مواجهه با ناملایمات انعطاف‌پذیر باشند و دانش، مهارت‌ها، روابط ارزشمندی که به مقابله با مواجهه با خطر و نتایج مثبت کمک می‌کنند، ارتقا دهند.

از این رو، ضروری است آموزش هم به والدین جهت عدم مواجهه نوجوانان با خشونت در خانه و هم به فرزندان جهت محافظت از خود در چنین شرایطی صورت گیرد تا فضای خانوادگی بیش از پیش هماهنگ شود. رسانه‌های اجتماعی نیز تبلیغات بیشتری در مورد اثرات منفی مواجهه با خشونت خانگی انجام دهند تا درک اعضای خانواده از شیوه‌های تعاملی مناسب ارتقا یابد. مداخلاتی که خودشفقتی و مشکلات خواب نوجوانان را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند به پیشگیری از ایجاد رفتارهای درونی‌سازی افرادی که در معرض خشونت خانگی قرار دارند، کمک کنند. مداخلات خانوادگی نیز در این زمینه ضروری است که بر والدگری مثبت مانند استفاده از تقویت مثبت و تعیین محدودیت‌های سبک و ساده به جای تنبیه بدنی، احساس انسجام خانوادگی و روابط مثبت خواهر و برادر تأکید داشته باشند، که ممکن است به جلوگیری از مواجهه با خشونت خانگی و یا تجربه پیامدهای منفی روان‌شناختی پس از مواجهه با خشونت خانگی کمک کنند.

6. Baker et al.
7. Allen & Leary
8. Trompetter et al.
9. Hvenegaard et al.

همکاران^۱؛ ۲۰۱۸؛ چو و همکاران، ۲۰۱۸) همسو است، که نشان دادند خودشفقتی می‌تواند به طور معنی‌دار رابطه بین عوامل منفی و پیامدهای نامطلوب را تعدیل کند؛ یعنی رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و علائم افسردگی برای نوجوانان با سطوح بالای خودشفقتی ضعیف‌تر از نوجوانانی است که از سطوح پایین‌تری از خودشفقتی برخوردار هستند.

با توجه به مدل نظم‌دهی هیجانی، خودشفقتی به عنوان راهبرد سازگار نظم‌دهی هیجانی می‌تواند مشکلات نظم‌دهی هیجانی را تضعیف و نظم‌دهی هیجانی مثبت را تقویت کند. در این راهبرد، از هیجان‌های ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود، بلکه با مهربانی، ذهن‌آگاهی و احساس انسانیت مشترک در هوشیاری باقی می‌ماند، چرا که فرد به آنها به عنوان پدیده‌ای جهانی می‌نگرد و کمتر به جنبه‌های منفی موقعیت خود توجه می‌کند (پرز-بلاسکو^۲، ۲۰۱۵؛ نف، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، خودشفقتی، هیجان‌های منفی ناشی از مواجهه با خشونت خانگی را به هیجان‌های مثبت تبدیل می‌کند که در این صورت امکان بروز اختلالات هیجانی مانند علائم افسردگی کاهش می‌یابد (وو و همکاران، ۲۰۱۹؛ فیلی-جونز و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین، نوجوانان با خودشفقتی بالا بهتر هیجان‌های خود را در مواجهه با خشونت خانگی نظم می‌دهند و در نتیجه کمتر دچار مشکلات خواب و افسردگی می‌شوند.

پژوهش‌های اخیر نیز نشان داده‌اند مواجهه با خشونت خانگی می‌تواند واکنش‌هایی آسیب‌زا مانند ترس و نشخوار فکری (اسپیلبري، ۲۰۰۹) و خودسرزنی (وینگارتن^۳، ۲۰۱۶) را در پی داشته باشد که با مشکلات خواب همبستگی مثبت دارند (لیو و هو، ۲۰۲۰). نشخوار فکری به عنوان افکار تکرارشونده و نسبتاً غیرقابل کنترل درباره محتوای منفی مانند خشونت خانگی، خواب را مختل می‌کند (پیلای و دریک^۴، ۲۰۱۵). این افکار سبب برانگیختگی شناختی، هیجانی و جسمی می‌شوند که برانگیختگی جسمی به نوبه خود توجه و هوشیاری را نسبت به محرک‌های محیطی افزایش می‌دهد و در نتیجه بی‌خوابی را در پی دارد. تلاش برای خوابیدن، این انگیزتگی را بیشتر و در ادامه مشکلات خواب را تشدید می‌کند (بروسکات و همکاران^۵، ۲۰۰۶).

خودشفقتی با توانمند ساختن فرد برای کنترل واکنش‌های منفی مانند نشخوار فکری، خودقضاوتی و خودسرزنی، کاهش مشکلات خواب و علائم افسردگی را پس از مواجهه با خشونت خانگی در پی دارد (بکر^۶ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ نوجوانانی که از سطوح بالای خودشفقتی برخوردارند، در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا توانایی مقابله بهتری دارند و بیشتر از راهبردهای سازگار مانند بازسازی شناختی استفاده می‌کنند (آلن و لیری^۷، ۲۰۱۰؛ نف، ۲۰۰۳). بازسازی شناختی افکار نادرستی را که متأثر از خشونت خانگی به طور خودکار در ذهن ساخته می‌شوند و طرحواره‌های منفی ناشی از آن تجربه را که منجر به هیجان‌های منفی می‌شوند، کاهش می‌دهد (ترومپتر و همکاران^۸، ۲۰۱۶؛ هونگارد و همکاران^۹، ۲۰۱۵). در چارچوب خودشفقتی، فرد دیدگاه

1. Ferrari et al.
2. Perez-Blasco et al.
3. Weingarten
4. Pillai & Drake
5. Brosschot et al.

- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K., & Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and anxiety*, 26(6), 503-512.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-Compassion, stress, and coping. *Social and personality psychology compass*, 4(2), 107-118.
- Baiden, P., Stewart, S. L., & Fallon, B. (2017). The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between bullying victimization and non-suicidal self-injury among adolescents: Findings from community and inpatient mental health settings in Ontario, Canada. *Psychiatry Research*, 255, 238-247.
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 90, 154-161.
- Bang, K. S., Kim, S., Kang, K., & Song, M. (2018). Physical symptoms, depression, and related factors of late school-age children in Seoul, Korea: the mediating role of peer relationships. *Journal of pediatric nursing*, 43, e120-e125.
- Benjet, C., Albor, Y. C., Bocanegra, E. S., Borges, G., Méndez, E., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2020). Incidence and recurrence of depression from adolescence to early adulthood: a longitudinal follow-up of the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of affective disorders*, 263, 540-546.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1, 5th ed., pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 113-124.
- Carter, B., Paranjothy, S., Davies, A., & Kemp, A. (2022). Mediators and effect modifiers of the causal pathway between child exposure to domestic violence and internalizing behaviors among children and adolescents: a systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 594-604.
- Chang, L. Y., Wu, C. C., Lin, L. N., Chang, H. Y., & Yen, L. L. (2019). Age and sex differences in the effects of peer victimization on depressive symptoms: Exploring sleep problems as a mediator. *Journal of Affective Disorders*, 245, 553-560.
- Chu, X. W., Fan, C. Y., Liu, Q. Q., & Zhou, Z. K. (2018). Cyberbullying victimization & symptoms of depression & anxiety among Chinese adolescents: Examining hopelessness as a mediator & self-compassion as a moderator. *Computers in Human Behavior*, 86, 377-386.
- Dahl, R. E. (1996). The regulation of sleep and arousal: Development and psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(1), 3-27.
- Davies, P., & Cummings, E. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- Davies, P., & Cummings, E. (2005). Children's perceived agency in the context of marital conflict: Relations with

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که ابزار مواجهه کودک با خشونت خانگی، زیرمقیاس‌هایی همچون مواجهه با خشونت پدر علیه مادر، مواجهه با مشاجره والدین و درگیری کودک در خشونت والدین را در برمی‌گرفت، در حالی که زندگی با هر دو والد در میان اعضای نمونه کنترل نشده بود و این ممکن است تا حدودی بر یافته‌ها مؤثر باشد. همچنین، مطالعه حاضر در زمان امتحانات میان‌ترم نیمسال دوم تحصیلی صورت گرفت، که همین موضوع بر همکاری مدارس و روش نمونه‌گیری پژوهش تأثیرگذار بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل تأثیرگذار احتمالی بر نتایج مورد توجه و کنترل قرار گیرند و با در نظر داشتن اجرای پژوهش در بازه زمانی مناسب، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به دلیل احتمال بالای معرف بودن نمونه و امکان تعمیم با میزان قابل قبولی از خطا استفاده کرد.

منابع

- برزگری دهج، ابوالفضل، جهانداری، پیمان، محمودپور، عبدالباسط، و نادری، رضا. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خودشفقتی در ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *پرستار و پزشک در رزم*, ۱۹(۶), ۳۲-۴۰.
- پورنقاش تهرانی، سعید، افتخاری، مریم، و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۵). نقش تجربه خشونت خانگی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس مردان خشونت‌گرا. *پزشکی قانونی ایران*, ۲۲(۸۲), ۱۲۹-۱۳۷.
- حبیبی، مجتبی، حامدی‌نیا، الهه، عسگری‌نژاد، فاطمه، و خلقی، حبیبه. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی کوتیچر در دانش‌آموزان. *پژوهش‌های کاربردی در روان‌شناسی تربیتی*, ۲(۲), ۱۵-۲۸.
- خانجانی، سجاد، فروغی، علی‌اکبر، صادقی، خیرالله، و بحرینیان، سید عبدالمجید. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی پرسشنامه شفقت به خود (فرم کوتاه). *پژوهنده*, ۲۱(۵), ۲۸۲-۲۸۹.
- رفیعی، حسن، رحیمی، حسین، وامقی، مرومه، و سجادی، حمیرا. (۱۳۹۲). رواسازی مقیاس مواجهه کودک با خشونت خانگی. *رفاه اجتماعی*, ۱۳(۵), ۱۸۷-۱۶۷.
- طالبی، مریم. (۱۴۰۱). افسردگی دوران بارداری و بی‌خوابی در زنان باردار: نقش پیش‌بینی‌کننده نشخوار شبانه و ذهن‌آگاهی. *زن و جامعه*, ۱۳(۴۹), ۱۷۴-۱۸۴.
- فلاح، صادق، قنبری، نیکزاد، علی‌زاده، سیدشهرام، و زمانی‌پور، فاطمه. (۱۳۹۸). افسردگی، ترس از جا ماندن و پراکندگی هویت: اعتیاد به تلفن همراه در نوجوانان. *روان‌شناسی تحولی*, ۱۶(۶۱), ۸۷-۹۵.
- معنوی‌پور، داود. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اختلال خواب. *علوم اعصاب شفای خاتم*, ۳(۳), ۱۵-۲۰.
- نصیری، بیژن، و شاهقلیان، مهناز. (۱۴۰۰). بررسی نقش میانجی شرم و عزت نفس در ارتباط بین شفقت به خود و افسردگی در دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*, ۵(۶۲), ۷۸-۶۷.

- (2019). Bipolar depression and suicidal ideation: Moderators and mediators of a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*, 259, 164–172.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications.
- Lathren, C., Bluth, K., & Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Pers. Individ. Differ.*, 143, 36–41.
- LeBlanc, J. C., Almudevar, A., Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 12(2), 113–126.
- Lepore, S. J., & Kliewer, W. (2013). Violence exposure, sleep disturbance, and poor academic performance in middle school. *Journal of abnormal child psychology*, 41, 1179–1189.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., & Theokas, C. (2006). Dynamics of individual context relations in human development: A developmental systems perspective. In J. C. Thomas, D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive handbook of personality & psychopathology. Personality & everyday functioning* (1, 23–43). Hoboken: Wiley.
- Leussis, M. P., & Andersen, S. L. (2008). Is adolescence a sensitive period for depression? Behavioral & neuroanatomical findings from a social stress model. *Synapse*, 62(1), 22–30.
- Li, X., Wang, Y., Tang, J., Li, J., Zhou, Y., Wang, Y., & Jiang, S. (2022). Exposure to domestic violence & depressive symptoms in Chinese adolescents: sleep problems as a mediator. *Journal of affective disorders*, 310, 17–24.
- Li, Y. I., Starr, L. R., & Wray-Lake, L. (2018). Insomnia mediates the longitudinal relationship between anxiety & depressive symptoms in a nationally representative sample of adolescents. *Depression & Anxiety*, 35(6), 583–591.
- Lima, R. A., de Barros, M. V. G., Dos Santos, M. A. M., Machado, L., Bezerra, J., & Soares, F. C. (2020). The synergic relationship between social anxiety, depressive symptoms, poor sleep quality and body fatness in adolescents. *Journal of affective disorders*, 260, 200–205.
- Liu, Q. Q., & Hu, Y. T. (2020). Self-compassion mediates and moderates the association between harsh parenting and depressive symptoms in Chinese adolescent. *Current Psychology*, 1–13.
- Lv, H., & Li, H. (2023). Association between Exposure to Domestic Violence during Childhood and Depressive Symptoms in Middle and Older Age: A Longitudinal Analysis in China. *Behavioral Sciences*, 13(4), 311.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 35–40.
- Meleiro, A. M. A. S. (2018). *Psiquiatria: estudos fundamentais. Grupo GEN*.
- Menon, S. V., Cohen, J. R., Shorey, R. C., & Temple, J. R. (2018). The impact of intimate partner violence exposure in adolescence and emerging adulthood: A developmental marital conflict over time. *Merrill-Palmer Quarterly*, 51, 121–144.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental & physical health & intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013.
- Edleson, J. L., Shin, N., & Armendariz, K. K. J. (2008). Measuring children's exposure to domestic violence: The development and testing of the Child Exposure to Domestic Violence (CEDV) Scale. *Children and Youth Services Review*, 30(5), 502–521.
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance & reappraisal in decreasing depressed mood in currently & formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*, 226, 220–226.
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 131–140.
- Ferrari, M., Yap, K., Scott, N., Einstein, D. A., & Ciarrochi, J. (2018). Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PLoS one*, 13(2), e0192022.
- Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PLoS One*, 10(7), e0133481.
- Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2011). *Internalizing and externalizing problems*. In J. R. Roger & J. D. Levesque (Eds.), *Encyclopedia of adolescence*, 1464–1469. Springer.
- Germain, A., Buysse, D. J., & Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Medicine Reviews*, 12(3), 185–195.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does It Take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499–510.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children & young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797–810.
- Home Office. (2013). *Definition of domestic violence and abuse: A guide for local areas*.
- Hvenegaard, M., Watkins, E. R., Poulsen, S., Rosenberg, N. K., Gondan, M., Grafton, B., ... & Moeller, S. B. (2015). Rumination-focused cognitive behaviour therapy vs. cognitive behaviour therapy for depression: study protocol for a randomised controlled superiority trial. *Trials*, 16, 1–6.
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K. M., & O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 207(4), 306–312.
- Kamali, M., Reilly-Harrington, N. A., Chang, W. C., McInnis, M., McElroy, S. L., Ketter, T. A., ... & Calabrese, J. R.

- abuse affects emotional closeness with family in mid-and later life. *Child abuse & neglect*, 37(6), 388-399.
- Sistad, R. E., Simons, R. M., Mojallal, M., & Simons, J. S. (2021). The indirect effect from childhood maltreatment to PTSD symptoms via thought suppression and cognitive reappraisal. *Child abuse & neglect*, 114, 104939.
- Spilsbury, J. C. (2009). Sleep as a mediator in the pathway from violence-induced traumatic stress to poorer health & functioning: a review of the literature and proposed conceptual model. *Behavioral sleep medicine*, 7(4), 223-244.
- Su, Z., McDonnell, D., Cheshmehzangi, A., Ahmad, J., Chen, H., Šegalo, S., & Cai, Y. (2022). What "Family Affair?" Domestic Violence Awareness in China. *Frontiers in public health*, 10, 138.
- Sutton, E., Schonert-Reichl, K. A., Wu, A. D., & Lawlor, M. S. (2017). Evaluating the reliability and validity of the self-compassion scale short form adapted for children ages 8-12. *Child Indicators Research*, 11, 1217-1236.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., & Research Team, M. A. P. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887-898.
- Trompetter, H. R., De Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41, 459-468.
- Turner, S., Menzies, C., Fortier, J., Garces, I., Struck, S., Taillieu, T., ... & Afifi, T. O. (2020). Child maltreatment and sleep problems among adolescents in Ontario: a cross sectional study. *Child abuse & neglect*, 99, 104309.
- Vaillancourt, T., Hymel, S., & McDougall, P. (2013). The biological underpinnings of peer victimization: Understanding why and how the effects of bullying can last a lifetime. *Theory into Practice*, 52(4), 241-248.
- Vu, N. L., Jouriles, E. N., McDonald, R., & Rosenfield, D. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: A meta-analysis of longitudinal associations with child adjustment problems. *Clinical psychology review*, 46, 25-33.
- Weingarten, C. A. (2016). Intimate partner violence and victim blaming.
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915.
- Wiens, K., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T., & Patten, S. B. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*, 210, 22-26.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*, 6, 171-187.
- psychopathology approach. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S497-S508.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment & research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189.
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child abuse & neglect*, 34(4), 225-234.
- Natale, V., Fabbri, M., Tonetti, L., & Martoni, M. (2014). Psychometric goodness of the mini sleep questionnaire. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68(7), 568-573.
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1), 88-97.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.
- 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.
- Nowakowski, S., Choi, H. J., Meers, J., & Temple, J. R. (2016). Inadequate sleep as a mediating variable between exposure to interparental violence and depression severity in adolescents. *Journal of child & adolescent trauma*, 9, 109-114.
- O'Callaghan, V. S., Covy-Duchesne, B., Strike, L. T., McMahon, K. L., Byrne, E. M., & Wright, M. J. (2021). A meta-analysis of the relationship between subjective sleep and depressive symptoms in adolescence. *Sleep Medicine*, 79, 134-144.
- 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.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 90-103.
- Pillai, V., & Drake, C. L. (2015). Sleep and repetitive thought: the role of rumination and worry in sleep disturbance. *Sleep and affect*, 201-225.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Rolls, E. T., Cheng, W., & Feng, J. (2020). The orbitofrontal cortex: reward, emotion and depression. *Brain Communications*, 2(2), fcaa196.
- Sasser, J., Oshri, A., Duprey, E. B., Doane, L. D., & Peltz, J. S. (2021). Daytime sleepiness underlies the link between adverse parenting and youth psychopathology among adolescent girls. *Journal of adolescence*, 90, 32-44.
- Savla, J. T., Roberto, K. A., Jaramillo-Sierra, A. L., Gambrel, L. E., Karimi, H., & Butner, L. M. (2013). Childhood

- Wu, N., Hou, Y., Chen, P., & You, J. (2019). Peer acceptance and nonsuicidal self-injury among Chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1806–1817.
- Xiao, D., Wang, T., Huang, Y., Wang, W., Zhao, M., Zhang, W. H., ... & Lu, C. (2020). Gender differences in the associations between types of childhood maltreatment and sleep disturbance among Chinese adolescents. *Journal of affective disorders*, 265, 595-602.
- Yang, Y., Guo, Z., Kou, Y., & Liu, B. (2019). Linking self-compassion and prosocial behavior in adolescents: The mediating roles of relatedness and trust. *Child Indicators Research*, 12(6), 2035–2049.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion & well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364.
- Zomer, J. (1985). Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. *Sleep*'84.