



Psychometric properties of the international adverse childhood experience questionnaire in Mashhad

Maryam Lotfi¹, Mahsima Pourshahriari², Hamid Rezaeian³

1. Ph.D Candidate in Counselling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: m.lotfi@alzahra.ac.ir

2. Associated Professor, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: pourshahriari@alzahra.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. E-mail: rezaeian19237@alzahra.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 23 January 2023

Received in revised form 20 February 2023

Accepted 30 March 2023

Published Online 23 July 2023

Keywords:

adverse childhood experiences, psychometric characteristics, adverse childhood experiences international questionnaire

ABSTRACT

Background: Considering the significant impact of early childhood experiences on various dimensions of physical and psychological life and related problems and according to the literature, the lack of a coherent questionnaire to investigate adverse experiences is obvious, so it is essential to prepare a valid questionnaire to perform preventive and therapeutic interventions.

Aims: The purpose of the present study was to validate the International Adverse Childhood Experience Questionnaire (ACE-IQ) in Mashhad.

Methods: Regarding methodology, this research was among the descriptive researches of (survey) type. The statistical population included all people over 18 years of age living in Mashhad in 2021, of which 285 people were selected by purposive sampling. Confirmatory factor analysis was used to examine validity with the help of SPSS21 and AMOS22 software.

Results: The content of the International Adverse Childhood Experiences Questionnaire items showed that this scale has six factors with favorable fit indices. Also, Cronbach's alpha values for the subscales related to parents and caregivers, family environment, aggression, peer violence, witnessing community violence, and witnessing collective violence or war are acceptable. The results showed that this questionnaire has good convergent and divergent construct validity.

Conclusion: The findings of this research showed that based on the obtained factors, the International Questionnaire of Adverse Childhood Experiences is a suitable scale for evaluating adverse childhood experiences in Iran and can be used as a valid scale in fields such as research and assessment.

Citation: Lotfi, M., Pourshahriari, M., & Rezaeian, H. (2023). Psychometric properties of the international adverse childhood experience questionnaire in Mashhad. *Journal of Psychological Science*, 22(125), 865-880. [10.52547/JPS.22.125.865](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.865)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 125, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.125.865](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.865)



✉ **Corresponding Author:** Mahsima Pourshahriari, Associated Professor, Department of Counselling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

E-mail: pourshahriari@alzahra.ac.ir, Tel: (+98) 9125807348

Extended Abstract

Introduction

Childhood is one of the most important stages of life in which a person's personality is established and formed. Most of the disorders and inconsistencies of adulthood are caused by neglecting the sensitive period of childhood, studies in the field of psychology have shown that having traumatic childhood experiences can have irreparable effects in adulthood. (Kaboodi, 2023). Adverse childhood experiences (ACE) refer to experiences that are a source of bitter stress and trauma experienced by individuals during childhood and before the age of eighteen. These experiences include psychological abuse, physical abuse, sexual abuse, neglect, violence between parents and caregivers, as well as various types of family dysfunctions such as substance abuse and alcoholism, violence by peers, violence in Society like the activities of subversive groups, and collective violence like interracial conflict or war (World Health Organization, 2018; Ho et al., 2019). The large-scale ACE research was first conducted by Kaiser Permanents preventive medicine division in San Diego in partnership with the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the results of the research were quite surprising: adverse childhood experiences have a tremendous impact on health status, health risks, illness, sexual behavior, disabilities, and health costs for victims ten years after the experience (Dube et al., 2005). In order to create a platform for more research on the prevalence and consequences of adverse childhood experiences in low-income countries, the World Health Organization (WHO) developed the International Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-IQ) (World Health Organization, 2012). The original ACEs questionnaire was well validated among American samples (Ford et al., 2014; Murphy et al., 2014), and in recent years, more studies on the validity and reliability of this questionnaire are being conducted in this country. (Bethell et al., 2017). The ACE-IQ questions were added to increase cross-cultural efficacy to better cover the wide range of exposures more commonly encountered in countries other than the United States (Anda et al., 2010).

Specifically, the questionnaire has been developed to cover community and collective violence as well as peer violence against peers. This questionnaire has been used in several countries, including Germany (Wingenfeld et al., 2011), Sweden (van der Feltz-Cornelis et al., 2019), and China (Chang et al., 2019; Ho et al., 2019). Lebanon (Naal et al., 2018), Kenya (Goodman et al., 2017), Brazil (Soares et al., 2016), Saudi Arabia (Al- Almuneef et al., 2014), Iraq (Al-Shawi, & Lafta, 2015), South Africa (Kidman, Nachman et al., 2018; Mall et al., 2018; Quinn et al., 2018), Nigeria (Kazeem, 2015); Korea (Kim, 2017), Tunisia (El Mhamdi, et al., 2018) and Vietnam (Tran et al., 2015). Despite the rapid expansion of this questionnaire, information about its psychometric properties and validation is still limited. Considering that this scale has not been validated in our country, Iran, the present study was conducted with the aim of investigating the psychometric properties of the ACE-IQ questionnaire among people over 18 years old in Mashhad.

Method

In terms of its purpose, this research is categorized among applied studies, and in terms of data collection, it is considered a survey study in terms of methodology, it is considered a test-making study, which was conducted in the form of a correlational research project. The statistical population included all people over 18 years of age living in Mashhad in the year 2020, of which 285 people were selected by purposive sampling. To translate the International Questionnaire of Adverse Childhood Experiences, the Brislin method (1986) was used. The method was as follows: in the first stage, two people who were fluent in Persian and English were selected; the first person translated the scale from English to Persian and the second one translated it from Persian to English. In the next step, three English language students were asked to resolve the contradictions between these two versions, and a version of the Persian translation with the most agreement was prepared. Then the questionnaire was distributed among the sample group online and data was collected. The participants were assured of the confidentiality of the information. The time required to complete the questionnaire was about 20 minutes.

The data was collected during one month from October to November 2021.

Scale: Adverse childhood experience international questionnaire, ACE-IQ, was designed to measure adverse childhood experiences. It is a 43-item scale. The scale was developed according to the model of adverse childhood experience by the World Health Organization (2009). The questionnaire has seven sections; Section A (0) had demographic information such as sex, age, education level, civic/marital status, and work status in the last 12 months. Section B (1) was 5-item eliciting information on marriage, which had a yes or no response format. Section C (2) had 5 items generating information on relationships with Parents/Guardians with 5 Likert response formats for the first two items ranging from never (1) to always (5) while the last three items had 4 graduating response formats ranging from never(1) to too many times(4). Section D consisted of 16- items eliciting information on the family environment, with a yes or no response format for the first five items and 4 Likert formats ranging from never(1) to too many times(4) for eleven. Section E(6) comprised 3 items on peer violence, with 4 graduating response formats for items 1 and 3 and the second item on the 7 Likert response format. Section F (7) measured witnessing community violence with a 3-item and 4-Likert response format, ranging from never (1) to too many times (4). Section G(8) had 4 items eliciting information on exposure to war/collective violence, with 4 graduating response styles from never (1) too many times (4). The validity of this questionnaire has been confirmed in other countries such as Germany, Sweden, China, Lebanon, Kenya, Brazil, Iraq, South Africa, Nigeria, and Tunisia. In this research, for analyzing the validity of the questionnaire confirmatory factor analysis and Cronbach's alpha were used with the help of SPSS version 21 and AMOS version 22 software.

Results

The present research was conducted on a sample of 285 people. 15.1% of the participants (43 people) were men and 84.9% (242 people) were women. The average age of the participants was 28 years for men and 23 years for women. 55.7% of the participants had a university education, 43.2% had a middle

school and high school education, and 1.1% had less than a primary school education. In terms of occupation, 17.2% of the participants were housewives, 23.9% were government employees, 17.2% were unemployed, 10.2% were non-government employees, 16.8 were self-employed, 12.3% were students, 2.1% were retired. In terms of marital status, 47.4% were single, 46% were married, 4.9% were divorced or separated, 0.4% were widowed, and 1.4% were in the category of other cases. Mean, standard deviation, minimum, and maximum respectively in the questions of section P (related to caregivers and parents), 1.65, 0.47, 1, and 4; in the questions of section F (family environment), 1.39, 0.35, 1, and 2.75; in the questions of section A (related to rape), 1/49, 0/47, 1 and 3/38; in the questions of section V (violence with peers), 2/32, 1/06, 1 and 5; In questions of section S (witnessing community violence), 1/53, 0/49, 1 and 3/33, in questions of section W (witnessing community violence or war), 1/06, 0/22, 1 and 3 be Confirmatory factor analysis and Cronbach's alpha were used to check the validity of the questionnaire. First, in order to perform confirmatory factor analysis, the missing and outlier data were examined, and according to the compliance of this assumption, the appropriateness of the number of data to perform factor analysis was examined with the sampling adequacy test (KMO index). And the significance level of Bartlett's test was used. The significance of Bartlett's test ($P < 0.05$) and values above 0.6 (acceptable above 0.5) for the KMO index indicate the adequacy of sampling for the desired structures. The fit indices of the model are presented in Table 2. As can be seen in the second table, the fit indices of the calculated model are acceptable, and it shows that the theoretical model has an acceptable fit with the observed model. In order to check the internal (reliability) of each construct, Cronbach's alpha coefficient was calculated, the results of Section P (related to caregivers and parents) are 0.53, Section F (family environment) 0.67, Section A (related to rape) 0.78, Section V (violence with peers) 0.57, Section S (being a witness to community violence), 0.53 Section W (witnessing mass violence or war) 0.59. According to the values obtained from Cronbach's alpha, it can be concluded

that each of the scale constructs has acceptable internal reliability. In order to check convergent validity, the following conditions must be met: 1- Structural reliability (CR) should be greater than 0.7. 2- Factor loads of each structure should be significant. 3- Construct reliability (CR) for each construct should be greater than the average variance extracted (AVE). Conditions 1 and 3 have been met (structural reliability above 0.7 and structural reliability being greater than the average variance extracted). All factor loading is significant. In order to check

divergent validity, the following conditions must be met: 1- The average variance extracted (AVE) is greater than the maximum squared common variance (MSV). 2- The average extracted variance (AVE) is greater than the average squared common variance (ASV). AVE, MSV, and ASV indexes showed that the average value of the extracted variance for all six constructs is greater than the value of the maximum square of the common variance and the average square of the common variance, and as a result, the model has divergent validity.

Table 1. Model fit indices

index	amount
RMSEA	0.078
Chi-Square/df ratio	3.41
GFI	0.84
AGFI	0.8
CFI	0.91
NNFI	0.89
IFI	0.9
RMR	0.043
RFI	0.88

Table 2. Cronbach's alpha index results to check reliability

subscale	Cronbach's alpha index
Section P (regarding caregivers and parents)	0/53
Section F (Family Environment)	0/67
Section A (relating to rape)	0/78
Section V (peer violence)	0/57
Section S (witnessing community violence)	0/53
Section W (Witnessing mass violence or war)	0/59

Conclusion

The aim of the present study was to investigate the psychometric characteristics of the International Questionnaire of Adverse Childhood Experiences among people over 18 years old in Mashhad. After translating this scale with the Brislin method and confirming the face and content validity, the confirmatory factor analysis method was used to examine the construct validity of this scale and the results showed that the model had a perfect fit. The reliability of this tool was also examined by Cronbach's alpha and the findings indicated that all the components of this questionnaire had an alpha coefficient higher than 0.70, so it can be concluded that the International Questionnaire of Adverse Childhood Experiences in this research has good reliability. According to the above explanations, it can be concluded that the mentioned questionnaire

correctly measures the adverse experiences of childhood and is an acceptable and valid scale for measuring this variable; This finding is consistent with the research of El Shawi and Lafta, 2015; Al-Almuneef et al., 2014; El Mhamdi, et al., 2018; Tran et al. 2015; Soares et al., 2016; Chang et al. 2019; Kazeem, 2015; Kidman et al. 2018; Quinn et al. 2018; Goodman et al. 2017; Kim, 2017; Mall et al. 2018; Naal et al. 2018; Wingenfeld et al. 2011; van der Feltz-Cornelis et al., 2019; Ho et al. 2019. These studies also confirmed the validity and reliability of this questionnaire. One of the limitations of this research is that the sample examined in this research only consisted of people living in the city of Mashhad, so the generalizability of the findings to other age groups and places requires more studies; therefore, it is suggested to implement the questionnaire in different social and cultural contexts.

This not only ensures higher reliability for the tool but also increases the ecological accuracy of the questionnaire and protects it from the risk of ignoring this type of accuracy. Among the other limitations of this research, it can be mentioned that due to the spread of the Coronavirus, the researcher and the participants were mostly connected virtually during the research, and this caused a drop in the sample and non-return of a number of questionnaires on time.

In general, according to the findings of this research on the validity of the International Questionnaire of Adverse Childhood Experiences, it is suggested that this scale can be used as a diagnostic tool to prevent psychological consequences caused by adverse childhood experiences, by counselors, psychologists, and experts. It can also be introduced to the community of researchers for research purposes.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author, in the field of counseling at the Faculty of Psychology of Al-Zahra University. The participants participated in the research knowingly and voluntarily.

Funding: This research was carried out at the authors' personal expense.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second is the supervisor and the third was the advisor.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The authors of this article are grateful to all the people who honestly and sincerely helped us in conducting this research in the difficult situation of Corona.

شروېشگاه علوم انساني و مطالعات فرهنگي
پرتال جامع علوم انساني



بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی در شهر مشهد

مریم لطفی^۱، مه‌سیما پورشهریاری^۲، حمید رضایان^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: با توجه به تأثیر به‌سزای تجارب اولیه کودکی بر ابعاد مختلف زندگی فیزیکی و روانشناختی و مشکلات مرتبط با آن و کمبود پرسشنامه‌ای منسجم جهت بررسی تجارب ناگوار، تهیه پرسشنامه‌ای معتبر جهت انجام مداخله‌های پیشگیرانه و درمانی اهمیت دارد.

نوع مقاله:
پژوهشی

هدف: هدف از پژوهش حاضر اعتباریابی پرسشنامه بین‌المللی تجربه ناگوار کودکی (ACE-IQ) در شهر مشهد بود.

تاریخچه مقاله:

روش: از نظر روش‌شناسی این پژوهش در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع زمینه‌یابی (پیمایشی) بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بود که از این میان ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جهت بررسی اعتبار از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که با کمک نرم‌افزار SPSS-۲۱ و AMOS-۲۲ انجام شد.

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

بازنگری: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

یافته‌ها: محتوای گویه‌های پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی نشان داد که این ابزار دارای شش عامل با شاخص‌های برازش مطلوب است. همچنین مقادیر آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های مربوط به والدین و مراقبان، محیط خانواده، تجاوز، خشونت با همسالان، شاهد خشونت جامعه بودن و شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۶۷، ۰/۷۸، ۰/۴۷، ۰/۵۳ و ۰/۴۹ است. نتایج نشان داد که این پرسشنامه از روایی سازه، همگرا و واگرایی مناسبی برخوردار است.

کلیدواژه‌ها:

تجارب ناگوار کودکی،

ویژگی‌های روان‌سنجی،

بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که بر اساس عامل‌های به دست آمده شامل (والدین و مراقبان، محیط خانواده، تجاوز، خشونت با همسالان، شاهد خشونت جامعه بودن و شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)، پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی ابزاری مناسب جهت ارزیابی تجربه‌های ناگوار کودکی در ایران بوده و می‌توان به عنوان یک ابزار معتبر در حوزه‌هایی همچون پژوهش و سنجش به کار گرفته شود.

استناد: لطفی، مریم؛ پورشهریاری، مه‌سیما؛ رضایان، حمید (۱۴۰۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی در شهر مشهد. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۵، ۸۶۵-۸۸۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.125.865](https://doi.org/10.52547/JPS.22.125.865)



مقدمه

دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی شده و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های بزرگسالی، ناشی از غفلت از دوران حساس کودکی است، مطالعات حوزه روانشناسی نشان داده‌اند که داشتن تجارب آسیب‌زای دوران کودکی می‌تواند اثرات جبران‌ناپذیری در بزرگسالی داشته باشد (کبودی، ۱۴۰۱). تجارب ناگوار کودکی (ACE)^۱ به تجربه‌هایی اشاره دارد که منبع استرس و ترومای تلخ تجربه شده به وسیله افراد در مدت کودکی و تا قبل از هجده سالگی هستند. این تجارب شامل سوءاستفاده روانشناختی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، نادیده انگاری، خشونت میان والدین و مراقبان، و همچنین انواع مختلف بدکارکردی‌های خانواده مانند سوء استفاده از مواد و اعتیاد به الکل، خشونت به وسیله همسالان، خشونت در جامعه مانند فعالیت‌های گروهک‌های خرابکار و خشونت جمعی مانند اختلاف بین‌نژادی و یا جنگ است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸؛ هو و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش پیرامون ACE در مقیاس وسیع، اولین بار توسط بخش دارویی پیشگیرانه کایسر پرماننت در سن دیگو با مشارکت مراکز ایالات متحده برای پیشگیری و کنترل بیماری (CDC)^۲ انجام شد و نتایج تحقیقات کاملاً غافل‌گیرکننده بود، تجارب ناگوار کودکی تأثیر شگرفی بر وضعیت سلامت، خطرات سلامتی، بیماری، رفتار جنسی، ناتوانی‌ها و هزینه‌های سلامتی برای قربانیان به فاصله ده سال پس از تجربه بر جای گذاشته بود (دوب و همکاران، ۲۰۰۵).

لذا ACE می‌تواند تأثیرات مادام‌العمر بر سلامت و رفتار داشته باشند، کودکانی که در معرض تجارب ناگوار بیشتری بوده‌اند مصرف الکل و سوءاستفاده مواد بیشتری نشان می‌دهند و به احتمال بیشتری از مدرسه اخراج می‌شوند، و یا در رفتارهای جنسی پرخطرتر در هنگام نوجوانی درگیر می‌شوند (بتل و همکاران، ۲۰۱۴؛ بوری و همکاران، ۲۰۱۸؛ دوب و همکاران، ۲۰۰۶؛ لندن و همکاران، ۲۰۱۷؛ پرز و همکاران، ۲۰۱۶؛ مرسکی و همکاران، ۲۰۱۳؛ نورمن و همکاران، ۲۰۱۲). تجارب ناگوار کودکی با کاهش امید به زندگی در قربانیان مرتبط است (بیلی و همکاران، ۲۰۱۹؛

فلیتی، ۲۰۰۲؛ مک لافرتی و همکاران، ۲۰۱۵؛ متز و همکاران، ۲۰۱۷). ACE همچنین به طور پیوسته با اختلالات روانی در افراد هم در مدت کودکی و هم در مراحل بعدی رشد مانند نوجوانی و بزرگسالی مرتبط است. این تجارب همچنین سیستم عصبی و سیستم ایمنی را تا بزرگسالی تحت تأثیر قرار می‌دهد (بولیر و بلر، ۲۰۱۸). دیگر پژوهش‌ها نشان‌دهنده تأثیر تجارب ناگوار کودکی بر گسترش بیماری‌های زیست‌پزشکی از قبیل بیماری کبد، چاقی مشکلات تنفسی مزمن، بیماری کرونر قلب و بیماری‌های خودایمنی می‌باشند (هاگر و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین شاهد بودن و یا تجربه خشونت خانوادگی ارتباط قدرتمندی با رفتارهای مرتبط با خودکشی، اختلالات خواب و خوردن و ناکارآمدی اجتماعی (الشن و همکاران، ۲۰۰۷)، وخیم شدن علائم روان‌پریشی (هوارد و همکاران، ۲۰۱۰) و سوء مصرف الکل و مواد (جونز و همکاران، ۲۰۰۱) دارد. (مک لافرتی و همکاران، ۲۰۱۵؛ متز و همکاران، ۲۰۱۷). تجربه یا مشاهده خشونت و سوءاستفاده در خانه با پذیرش و استفاده بیشتر از پرخاشگری در روابط صمیمی بعدی رابطه دارد (دارلینگ و همکاران، ۲۰۰۸، به نقل از بهنیا و همکاران، ۱۳۹۸).

به سبب ایجاد بستری برای ایجاد تحقیقات بیشتر در مورد شیوع و پیام‌های تجارب ناگوار کودکی در کشورهای کم‌درآمد، سازمان بهداشت جهانی (WHO) پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی (ACE-IQ)^۳ را تدوین نمود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). پرسشنامه اصلی ACEs به خوبی در میان نمونه‌های آمریکایی اعتباریابی شده بود (فورد و همکاران، ۲۰۱۴؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۴)، و در سال‌های اخیر نیز بررسی‌های بیشتری در مورد روایی و پایایی این پرسشنامه در این کشور در حال انجام است (بتل و همکاران، ۲۰۱۷).

سؤالات ACE-IQ برای افزایش کارایی فرهنگی بین‌المللی به آن اضافه شدند تا بهتر بازه وسیع در معرض قرارگیری‌هایی که در کشورهای خارج از آمریکا به طور رایج‌تری با آن مواجه‌اند را در بر بگیرد (آندا و همکاران، ۲۰۱۰). به طور خاص پرسشنامه برای پوشش خشونت جامعه و جمعی و هم چنین خشونت همسالان نسبت به همسالان توسعه یافته است. درحالی‌که ACE-IQ برای اجرا روی بزرگسالان طراحی شده است، این پرسشنامه بر

3. Adverse childhood experience international questionnaire

4. World Health Organization

1. Adverse Childhood Experience

2. Disease Control and Prevention

شرکت کنندگان جهت محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه حدود ۲۰ دقیقه بود. داده‌ها در مدت یک ماه از مهر تا آبان سال ۱۴۰۰ جمع‌آوری شد.

ب) ابزار

پرسشنامه بین‌المللی تجربه ناگوار کودکی (ACE-IQ): این مقیاس بر اساس مدل تجربه ناگوار کودکی به وسیله سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۹ ساخته شده و یک ابزار ۴۳ سؤالی است که شامل ۷ بخش است؛ بخش A (۰) اطلاعات دموگرافیک از قبیل جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و کار در دوازده ماه اخیر است. بخش B (۱) ۵ آیتم است که اطلاعات در مورد ازدواج را استخراج می‌کند که فرمت بله خیر دارد. بخش C (۲) شامل ۵ آیتم است که اطلاعات مربوط به والدین و مراقبان را در فرمت لیکرتی ۵ موردی، مورد سؤال قرار می‌دهد، دو سؤال اول در بازه بین هرگز (۱) تا همیشه (۵) است درحالی‌که سه سؤال آخر در بازه ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) است. بخش D شامل ۱۶ سؤال است که اطلاعات خانواده را با پاسخ بله - خیر برای ۵ آیتم اول و فرمت ۴ درجه‌ای لیکرتی از هرگز (۱) تا بسیاری از مواقع (۴) برای یازده سؤال بعدی استخراج می‌کند. بخش E (۶) شامل ۳ آیتم در مورد خشونت همسالان با پاسخ ۴ درجه‌ای لیکرتی برای سؤال ۱ و ۳ و ۷ درجه‌ای لیکرتی برای دومین سؤال است. بخش F (۷) شاهد خشونت بودن را با سه سؤال ۴ درجه‌ای در طیف لیکرت در بازه هرگز (۱) تا بسیاری از مواقع (۴) اندازه‌گیری می‌کند. بخش G (۸) ۴ سؤال دارد که اطلاعات در مورد در معرض خشونت جمعی بودن یا جنگ را در طیف ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا بسیاری از مواقع (۴) مورد سؤال قرار می‌دهد (کاظیم، ۲۰۱۵). همانطور که قبلاً نیز ذکر شده پرسشنامه اصلی ACEs در میان نمونه‌های آمریکایی بررسی شده و نتایج حاکی از اعتبار مناسب پرسشنامه بود (فورد و همکاران، ۲۰۱۴؛ مورفی و همکاران، ۲۰۱۴). اعتبار این پرسشنامه در کشورهای دیگری همچون آلمان، سوئد، چین، لبنان، کنیا، برزیل، عراق، آفریقای جنوبی، نیجریه، تونس نیز تأیید شده است. در این پژوهش نیز جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از روش تحلیل عامل تأییدی و آلفای کرونباخ در بستر نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۲، استفاده شد.

روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ نیز به عنوان بخشی از رشد آن مورد بررسی قرار گرفته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱). از این پرسشنامه در چند کشور شامل آلمان (وینگفلد و همکاران، ۲۰۱۱)، سوئد (وندرفلتز کورنلیس و همکاران، ۲۰۱۹)، چین (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ هو و همکاران، ۲۰۱۹)، لبنان (نال و همکاران، ۲۰۱۸)، کنیا (گودمن و همکاران، ۲۰۱۷)، برزیل (سوارز و همکاران، ۲۰۱۶)، عربستان سعودی (المونیف و همکاران، ۲۰۱۴)، عراق (ال شاوی و لافتا، ۲۰۱۵)، آفریقای جنوبی (کیدمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ مال و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوپین و همکاران، ۲۰۱۸)، نیجریه (کاظیم، ۲۰۱۵)؛ کره (کیم، ۲۰۱۷)، تونس (المهمدی و همکاران، ۲۰۱۸) و ویتنام (ترن و همکاران، ۲۰۱۵) استفاده شده است. با وجود گسترش سریع این پرسشنامه، اطلاعات در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی آن همچنان محدود است.

با توجه به اینکه در کشور ما ایران نیز این ابزار تاکنون اعتباریابی نشده پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ACE-IQ در میان افراد بالای ۱۸ سال شهر مشهد انجام شد.

روش

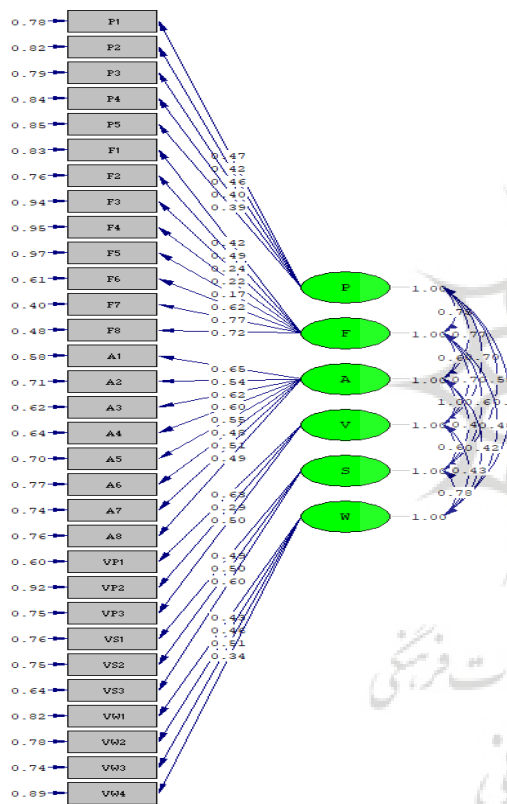
الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی - کاربردی و از حیث نوع گردآوری اطلاعات پیمایشی پرسشنامه‌ای و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات آزمون‌سازی به حساب می‌آید که در قالب یک طرح پژوهشی همبستگی انجام گرفته است. جامعه آماری شامل کلیه افراد بالای ۱۸ سال ساکن شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بود که از این میان ۲۸۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

برای ترجمه پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی از روش ریزلین (۱۹۸۶) استفاده شد. روش کار به این ترتیب بود که ابتدا در مرحله اول دو نفر که به زبان‌های فارسی و انگلیسی مسلط بودند انتخاب شدند؛ نفر اول مقیاس را از انگلیسی به فارسی ترجمه کرد و نفر دوم مقیاس را از فارسی به انگلیسی برگرداند. در مرحله بعدی از سه دانشجوی زبان انگلیسی خواسته شد که تناقض‌های بین این دو نسخه را رفع کنند و نسخه‌ای از ترجمه فارسی با بیشترین توافق تهیه گردید. سپس پرسشنامه در بین گروه نمونه به صورت آنلاین توزیع و داده‌ها جمع‌آوری گردید. تنها ملاک ورود به سامانه برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه سن بالای ۱۸ سال بود. به

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی نمونه ۲۸۵ نفری اجرا شد. که ۱۵/۱ درصد از شرکت‌کنندگان (۴۳ نفر) مرد و ۸۴/۹ درصد (۲۴۲ نفر) زن بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان برای مردان ۲۸ سال و برای زنان ۲۳ سال بود. ۵۵/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی، ۴۳/۲ درصد دارای تحصیلاتی راهنمایی و دبیرستان و ۱/۱ درصد دارای تحصیلات کمتر از دبستان (به معنی عدم گذراندن آموزش رسمی و آکادمیک می‌باشد) بودند. از نظر شغلی ۱۷/۲ درصد شرکت‌کنندگان خانه‌دار، ۲۳/۹ کارمند دولت، ۱۷/۲ درصد بیکار، ۱۰/۲ درصد کارمند غیر دولتی، ۱۶/۸ دارای شغل آزاد، ۱۲/۳ درصد دانشجو و ۲/۱ درصد نیز بازنشسته بودند. از نظر وضعیت تأهل نیز ۴۷/۴ درصد مجرد، ۴۶ درصد متأهل، ۴/۹ درصد طلاق گرفته یا جدا شده، ۰/۴ درصد بیوه و ۱/۴ درصد در طبقه سایر موارد قرار می‌گرفتند. میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه به ترتیب در سؤالات بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)، ۱/۶۵، ۱/۴۷، ۰ و ۴؛ در سؤالات بخش F (محیط خانواده)، ۱/۳۹، ۱/۳۵، ۰ و ۲/۷۵؛ در سؤالات بخش A (مربوط به تجاوز)، ۱/۴۹، ۱/۴۷، ۰ و ۳/۳۸؛ در سؤالات بخش V (خشونت با همسالان)، ۲/۳۲، ۱/۰۶، ۰ و ۵؛ در سؤالات بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)، ۱/۵۳، ۱/۴۹، ۰ و ۳/۳۳؛ در سؤالات بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)، ۱/۰۶، ۱/۲۲، ۰ و ۳ می‌باشد. در بررسی اعتبار پرسشنامه از روش تحلیل عاملی تأییدی و الفای کرونباخ استفاده شد. ابتدا به منظور انجام تحلیل عاملی تأییدی، داده‌های گم‌شده و پرت مورد بررسی قرار گرفتند که با توجه به رعایت شدن این پیش‌فرض به سراغ بررسی مناسب بودن تعداد داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی از آزمون کفایت نمونه‌گیری (شاخص KMO و سطح معنی‌داری آزمون بارتلت) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

معنادار بودن آزمون بارتلت ($P < ۰/۰۵$) و مقادیر بالای ۰/۶ (بالای ۰/۵ قابل قبول) برای شاخص KMO نشان دهنده کفایت نمونه‌گیری برای سازه‌های مورد نظر می‌باشد. در شکل ۱ مدل تحلیل عاملی تأییدی سازه‌های مورد نظر به همراه بارهای عاملی استاندارد و واریانس خطا مشاهده می‌شود. این مدل به صورت یک مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول ارائه شده است. در جدول ۲ بارهای عاملی و واریانس خطای مربوط به سؤالات هر خرده مقیاس قابل مشاهده است.



شکل ۱. مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

جدول ۱. کفایت نمونه‌گیری

خرده مقیاس	شاخص KMO	سطح معنی‌داری آزمون بارتات
بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)	۰/۶	۰/۰۰۰
بخش F (محیط خانواده)	۰/۷۱	۰/۰۰۰
بخش A (مربوط به تجاوز)	۰/۷۴	۰/۰۰۰
بخش V (خشونت با همسالان)	۰/۵۹	۰/۰۰۰
بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)	۰/۵۷	۰/۰۰۰
بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)	۰/۵۶	۰/۰۰۰

جدول ۲. بارهای عاملی متغیرهای هر سازه

ابعد	شرح سؤال	بار	واریانس خطا
	آیا والدین / مراقبان‌تان مشکلات و نگرانی‌های‌تان را درک می‌کردند؟	۰/۴۷	۰/۷۸
بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)	آیا والدین / مراقبان‌تان واقعا می‌دانستند که وقتی مدرسه نیستید در اوقات فراغت‌تان و وقت‌های آزادتان چه کار می‌کنید؟	۰/۴۲	۰/۸۲
	هر چند وقت یکبار والدین / مراقبان‌تان به شما غذای کافی نمی‌دادند حتی وقتی می‌توانستند به راحتی این کار را انجام دهند؟	۰/۴۶	۰/۷۹
	آیا والدین / مراقبان‌تان آنقدر مست یا خمار بودند که نتوانند از شما مراقبت کنند؟	۰/۴	۰/۸۴
	هر چند وقت یکبار والدین / مراقبان‌تان با اینکه امکانش وجود داشت، شما را به مدرسه نمی‌فرستادند؟	۰/۳۹	۰/۸۵
	آیا با عضوی از خانواده زندگی می‌کردید که مشکل اعتیاد به الکل یا سوءاستفاده از قرص یا دارو داشته است؟	۰/۴۲	۰/۸۳
	آیا با عضوی از خانواده زندگی کرده‌اید که افسرده و یا به لحاظ روانی بیمار بوده و یا گرایش به خودکشی داشته است؟	۰/۴۹	۰/۷۶
	آیا با عضوی از خانواده زندگی کرده‌اید که زندانی شده باشد؟	۰/۲۴	۰/۹۴
بخش F (محیط خانواده)	آیا والدین‌تان جدا شده و یا طلاق گرفته‌اند؟	۰/۲۲	۰/۹۵
	آیا مادر، پدر و یا مراقب‌تان فوت کرده‌اند؟	۰/۱۷	۰/۹۷
	آیا شنیده و یا دیده‌اید که یکی از والدین و یا اعضای خانواده‌تان مورد داد و فریاد، لعنت و ناسزا و یا توهین و تحقیر قرار گرفته باشد؟	۰/۶۲	۰/۶۱
	آیا شنیده و یا دیده‌اید که یکی از والدین و یا اعضای خانواده‌تان کتک خورده، مورد ضربت قرار گرفته و یا مورد ضرب و شتم قرار گرفته باشند؟	۰/۷۷	۰/۴
	آیا شنیده و یا دیده‌اید که یکی از والدین و یا اعضای خانواده‌تان به وسیله شی‌ای از قبیل چوب، یا عصا، شیشه، لوله، چاقو و یا شلاق و یا مواردی از این قبیل مورد ضربت قرار گرفته و یا مجروح شده باشد؟	۰/۷۲	۰/۴۸
	آیا والدین، مراقبان و یا دیگر اعضای خانواده سر شما داد و فریاد می‌کردند، جیغ می‌زدند، شما را نفرین و یا توهین می‌کردند؟	۰/۶۵	۰/۵۸
	آیا والدین، مراقبان و یا دیگر اعضای خانواده شما را تهدید می‌کردند و یا واقعا شما را ترک می‌کردند یا شما را از خانه بیرون می‌انداختند؟	۰/۵۴	۰/۷۱
	آیا والدین، مراقبان و یا دیگر اعضای خانواده شما را کتک می‌زدند (در ناحیه صورت، باسن، پا)؟	۰/۶۲	۰/۶۲
بخش A (مربوط به تجاوز)	آیا والدین، مراقبان و یا دیگر اعضای خانواده شما را به وسیله شی مانند چوب، ترکه، عصا، شیشه، لوله، چاقو، شلاق و مواردی از این قبیل مورد ضرب و جرح قرار داده‌اند؟	۰/۶	۰/۶۴
	آیا کسی شما را به شیوه‌ای جنسی وقتی که دوست نداشتید، لمس و یا نوازش کرد؟	۰/۵۵	۰/۷
	آیا کسی شما را مجبور کرد بدنش را به شیوه‌ای جنسی وقتی نمی‌خواستید لمس کنید؟	۰/۴۸	۰/۷۷
	آیا کسی تلاش کرد تا علی‌رغم میل و خواسته‌تان رابطه دهانی، مقعدی و یا واژینال با شما برقرار کند؟	۰/۵۱	۰/۷۴
	آیا کسی با شما علی‌رغم میل و خواسته‌تان رابطه دهانی، مقعدی و یا واژینال برقرار کرد؟	۰/۴۹	۰/۷۶
بخش V (خشونت با همسالان)	چند بار مورد خشونت قرار گرفته‌اید؟	۰/۶۳	۰/۶
	اغلب چطور مورد خشونت قرار گرفته‌اید؟	۰/۲۹	۰/۹۲
	چند بار در دعوی فیزیکی بوده‌اید؟	۰/۵	۰/۷۵
بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)	آیا تا به حال شاهد مورد ضرب و شتم قرار گرفتن کسی بوده‌اید؟	۰/۴۵	۰/۷۶
	آیا تا به حال شاهد کسی که مورد اصابت چاقو یا گلوله قرار گرفته بوده‌اید؟	۰/۵	۰/۷۵
	آیا تا به حال شاهد تهدید شدن کسی به وسیله چاقو و یا اسلحه بوده‌اید؟	۰/۶	۰/۶۴
بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)	آیا به خاطر هر کدام از رویدادهای ذکر شده مجبور به ترک محل زندگی و رفتن به مکانی دیگر شدید؟	۰/۴۳	۰/۸۲
	آیا به خاطر هر کدام از این رویدادها خرابی عمدی خانه‌تان را تجربه کردید؟	۰/۴۶	۰/۷۸
	آیا توسط سربازان، پلیس، ارتش و یا گروه‌ها مورد ضرب و شتم بوده‌اید؟	۰/۵۱	۰/۷۴
	آیا عضوی از خانواده و یا دوستان‌تان به وسیله سربازان، پلیس، ارتش و یا گروه‌ها کشته شده است؟	۰/۳۴	۰/۸۹

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج شاخص آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی

خرده مقیاس	ضریب آلفای کرونباخ
بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)	۰/۵۳
بخش F (محیط خانواده)	۰/۶۷
بخش A (مربوط به تجاوز)	۰/۷۸
بخش V (خشونت با همسالان)	۰/۵۷
بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)	۰/۵۳
بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)	۰/۵۹

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مقدار
RMSEA	۰/۰۷۸
نسبت Chi-Square/df	۳/۴۱
GFI	۰/۸۴
AGFI	۰/۸
CFI	۰/۹۱
NNFI	۰/۸۹
IFI	۰/۹
RMR	۰/۰۴۳
RFI	۰/۸۸

با توجه به مقادیر به دست آمده از آلفای کرونباخ، می‌توان نتیجه گرفت که هر یک از سازه‌های مقیاس از سازگاری درونی قابل قبولی برخوردار می‌باشند.

- به منظور بررسی روایی همگرا، شروط ذیل باید رعایت شده باشند:
۱. پایایی سازه‌ای (CR) بزرگتر از ۰/۷ باشد.
 ۲. بارهای عاملی هر سازه معنی‌دار باشند.
 ۳. پایایی سازه‌ای (CR) برای هر سازه بزرگتر از میانگین واریانس استخراجی (AVE) باشد.
- جدول ۵ مقادیر CR و AVE ارائه شده است. همچنین شکل ۲ نشان دهنده سطح معنی‌داری بارهای عاملی باشد (T-Value).

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل محاسبه شده قابل قبول بوده و نشان می‌دهد مدل نظری با مدل مشاهده شده برازش قابل قبولی دارد.

به منظور بررسی سازگاری درونی (پایایی) هر یک از سازه‌ها، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج شاخص‌های ضریب پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراجی

خرده مقیاس	ضریب پایایی ترکیبی (CR)	میانگین واریانس استخراجی (AVE)
بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)	۰/۷۲	۰/۴۲
بخش F (محیط خانواده)	۰/۷۷	۰/۴۵
بخش A (مربوط به تجاوز)	۰/۸۴	۰/۵۵
بخش V (خشونت با همسالان)	۰/۷۴	۰/۴۷
بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)	۰/۷۶	۰/۵۱
بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)	۰/۷۲	۰/۴۳

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود شروط ۱ و ۳ رعایت شده است (پایایی سازه‌ای بالای ۰/۷ و بزرگتر بودن پایایی سازه‌ای از میانگین واریانس استخراجی).

همانطور که مشاهده می‌شود تمام بارهای عاملی معنی‌دار می‌باشند. با توجه به جدول ۵ و شکل ۲ می‌توان گفت مدل مذکور دارای روایی همگرا می‌باشد.

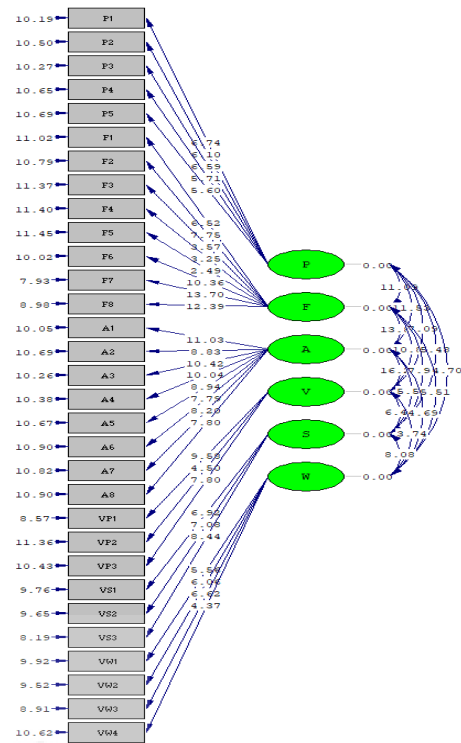
به منظور بررسی روایی واگرا، شروط ذیل باید رعایت شده باشند:

۱. میانگین واریانس استخراجی (AVE) بزرگتر از حداکثر مجذور واریانس مشترک (MSV) باشد.

۲. میانگین واریانس استخراجی (AVE) بزرگتر از میانگین مجذور واریانس مشترک (ASV) باشد.

جدول ۶ شاخص‌های AVE، MSV و ASV را نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود مقدار میانگین واریانس استخراجی برای هر شش سازه، از مقدار حداکثر مجذور واریانس مشترک و میانگین مجذور واریانس مشترک بیشتر می‌باشد و در نتیجه مدل دارای روایی واگرا می‌باشد.



شکل ۲. سطح معنی‌داری بارهای عاملی (T-Value)

جدول ۶. نتایج شاخص‌های AVE، MSV و ASV

خرده مقیاس	میانگین واریانس استخراجی (AVE)	حداکثر مجذور واریانس مشترک (MSV)	میانگین مجذور واریانس مشترک (ASV)
بخش P (مربوط به مراقبان و والدین)	۰/۴۲	۰/۳	۰/۲۸
بخش F (محیط خانواده)	۰/۴۵	۰/۴۶	۰/۳۴
بخش A (مربوط به تجاوز)	۰/۵۵	۰/۲۱	۰/۱۹
بخش V (خشونت با همسالان)	۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۲۹
بخش S (شاهد خشونت جامعه بودن)	۰/۵۱	۰/۳۶	۰/۳۳
بخش W (شاهد خشونت جمعی یا جنگ بودن)	۰/۴۳	۰/۲۶	۰/۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به توضیحات بالا می‌توان نتیجه گرفت پرسشنامه مذکور به درستی تجارب ناگوار کودکی را اندازه‌گیری می‌کند و ابزار قابل قبول و معتبری برای سنجش این متغیر می‌باشد؛ این یافته با پژوهش‌های ال شاولی و لافتا، ۲۰۱۵؛ المونیف و همکاران، ۲۰۱۴؛ ال مهمدی و همکاران، ۲۰۱۸؛ ترن و همکاران، ۲۰۱۵؛ سوارز و همکاران، ۲۰۱۶؛ چانگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کاظیم، ۲۰۱۵؛ کیدمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ کوپین و همکاران، ۲۰۱۸؛ گودمن و همکاران، ۲۰۱۷؛ کیم، ۲۰۱۷؛ مال و همکاران، ۲۰۱۸؛ نال و همکاران، ۲۰۱۸؛ وینگفلد و همکاران، ۲۰۱۱؛ وندرفلتز کورنلیس و همکاران، ۲۰۱۹؛ هو و همکاران، ۲۰۱۹ همسو بود، این پژوهش‌ها نیز اعتبار و پایایی این پرسشنامه را تأیید کردند.

هدف پژوهش حاضر، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی در بین افراد بالای ۱۸ ساله شهر مشهد بود. پس از ترجمه این مقیاس با روش بریزلین و تأیید شدن روایی صوری و محتوا، جهت بررسی روایی سازه این مقیاس از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و نتایج نشان‌دهنده برخورداری مدل از برازش کاملاً مناسب بود. پایایی این ابزار نیز توسط آلفای کرونباخ بررسی شد و یافته‌ها حاکی از آن بود که کلیه مؤلفه‌های این پرسشنامه ضریب آلفای بالاتر از ۰/۵۰ داشتند بنابراین می‌توان گفت پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی در این پژوهش از پایایی مناسبی برخوردار است.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول، در رشته مشاوره در دانشکده روانشناسی دانشگاه الزهراء است. شرکت کنندگان، آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نموده‌اند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله از کلیه افرادی که صادقانه و صمیمانه در شرایط دشوار کرونا ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر را دارند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که نمونه مورد بررسی در این تحقیق را فقط افراد ساکن شهر مشهد تشکیل می‌دادند، بنابراین تعمیم‌پذیری یافته‌های حاصل به گروه‌های سنی و مکان‌های دیگر نیازمند مطالعات بیشتری است؛ لذا پیشنهاد می‌شود پرسشنامه در بافت‌های اجتماعی، فرهنگی مختلف اجرا شود. این کار نه تنها قابلیت اعتماد بالاتری را برای ابزار تضمین می‌کند، بلکه درستی بوم‌شناختی پرسشنامه را نیز افزایش می‌دهد و آن را از خطر نادیده گرفتن این نوع از درستی مصون می‌دارد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که به جهت همه‌گیری ویروس کرونا در زمان انجام تحقیق ارتباط محقق و شرکت‌کنندگان بیشتر به صورت مجازی صورت گرفت و همین امر باعث افت نمونه و عدم بازگشت به موقع تعدادی از پرسشنامه‌ها گردید. به طور کلی با توجه به یافته‌های این تحقیق مبنی بر معتبر بودن پرسشنامه بین‌المللی تجارب ناگوار کودکی، پیشنهاد می‌شود این ابزار به عنوان یک وسیله تشخیصی در جهت پیشگیری از عواقب روانشناختی ناشی از تجارب ناگوار کودکی، مورد استفاده مشاوران، روانشناسان و متخصصین مورد استفاده قرار گیرد. همچنین می‌توان در جهت مقاصد پژوهشی نیز به جامعه محققین معرفی گردد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

بهنیا، لیلا؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد (۱۳۹۸). رابطه دلبستگی ناایمن و والدگری ناکارآمد با خشونت خانگی زنان در شرف طلاق با میانجی‌گری روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته اولیه مجله علوم روانشناختی ۱۳۹۸؛ ۱۸ (۷۵): ۲۸۶-۲۷۵.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-298-fa.html>

پورنقاش تهرانی، سعید؛ ملک احمد، منا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. بررسی ابعاد شناختی هیجانی شخصیت و نیمرخ روانی بیماران سایکوتیک ناشی از مصرف شیشه و مقایسه آن با افراد عادی مجله علوم روانشناختی ۱۴۰۰؛ ۲۰ (۱۰۰): ۵۳۶-۵۳۳.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-85-fa.html>

کیایی‌راد، حسین؛ پاشا، رضا؛ عسگری، پرویز؛ مکوندی، بهنام. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر روابط فرا زناشویی و خشونت خانگی در زنان با طلاق عاطفی مجله علوم روانشناختی ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۹۶): ۱۶۸۲-۱۶۶۷.

<http://psychologicalscience.ir/article-1-877-fa.html>

References

Almuneef, M., Qayad, M., Aleissa, M., & Albuhairan, F. (2014). Adverse childhood experiences, chronic diseases, and risky health behaviors in Saudi Arabian adults: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 38(11), 1787-1793. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.06.003>

Al-Shawi, A., & Lafta, R. (2015). Effect of adverse childhood experiences on physical health in adulthood: Results of a study conducted in Baghdad city. *Journal of Family and Community Medicine*, 22(2), 78-84. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.155374>

Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J., & Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American journal of preventive medicine*, 39(1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>

Behnia L, Ghorban Shirodi S, Khalatbari J. (2019). Relationship between insecure attachment and dysfunctional parenting with women's domestic violence on the verge of divorce through mediation of early maladaptive schemas. *Journal of Psychological Science*, (75)18, 275-276.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.75.10.9>

Belli, H., Ural, C., Akbudak, M., & Sagaltıcı, E. (2019). Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 73(8), 527-531. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1662085>

Bethell, C. D., Newacheck, P., Hawes, E., & Halfon, N. (2014). Adverse childhood experiences: assessing the impact on health and school engagement and the mitigating role of resilience. *Health affairs (Project Hope)*, 33(12), 2106-2115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0914>

Borelli, J. L., Ho, L., & Epps, L. (2018). School-aged children's psychobiological divergence as a prospective predictor of health risk behaviors in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 47-58. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0870-x>

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Pediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. <https://doi.org/10.1016/J.PAED.2017.12.008>

Chang, X., Jiang, X., Mkandarwire, T., & Shen, M. (2019). Associations between adverse childhood experiences and health outcomes in adults aged 18-59 years. *PLOS ONE*, 14(2), e0211850. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211850>

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>

Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(4), 430-438. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>

El Mhamdi, S., Lemieux, A., Ben Fredj, M., Bouanene, I., Ben Salah, A., Abroug, H., Ben Salem, K., & al'Absi, M. (2020). Social and early life adversity and chronic health conditions among Tunisian adults. *Translational behavioral medicine*, 10(4), 949-958. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby126>

Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning

- gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47. <https://doi.org/10.7812/tpp/02.994>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S07493797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S07493797(98)00017-8)
- Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., Barile, J. P., & Thompson, W. W. (2014). Examination of the Factorial Structure of Adverse Childhood Experiences and Recommendations for Three Subscale Scores. *Psychology of violence*, 4(4), 432–444. <https://doi.org/10.1037/a0037723>
- Goodman, M. L., Martinez, K., Keiser, P. H., Gitari, S., & Seidel, S. E. (2017). Why do Kenyan children live on the streets? Evidence from a cross-section of semi-rural maternal caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 63, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.018>
- Ho, G. W. K., Chan, A. C. Y., Chien, W. T., Bressington, D. T., & Karatzias, T. (2019). Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences-International Questionnaire (ACE-IQ). *Child abuse & neglect*, 88, 179–188. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.009>
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC public health*, 16, 222. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Kaboodi, M. (2023). The effect of group play therapy on social adjustment, control of anger, and loneliness of children between 11-12. *Journal of Psychological Science*, 21(119), 2212-2199. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.119.2199>
- Kiaee Rad, H., Pasha, R., Asgari, P., & Makvandi, B. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. *Journal of Psychological Science*, 19(96), 1682-1667. <http://dori.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.96.10.8>
- Kidman, R., Nachman, S., Dietrich, J., Liberty, A., & Violari, A. (2018). Childhood adversity increases the risk of onward transmission from perinatal HIV-infected adolescents and youth in South Africa. *Child abuse & neglect*, 79, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.028>
- Kim Y. H. (2017). Associations of adverse childhood experiences with depression and alcohol abuse among Korean college students. *Child abuse & neglect*, 67, 338–348. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.009>
- London, S., Quinn, K., Scheidell, J. D., Frueh, B. C., & Khan, M. R. (2017). Adverse Experiences in Childhood and Sexually Transmitted Infection Risk From Adolescence Into Adulthood. *Sexually transmitted diseases*, 44(9), 524–532. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000640>
- Mall, S., Mortier, P., Taljaard, L., Roos, J., Stein, D. J., & Lochner, C. (2018). The relationship between childhood adversity, recent stressors, and depression in college students attending a South African university. *BMC Psychiatry*, 18, Article 63. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1583-9>
- McLafferty, M., Armour, C., McKenna, A., O'Neill, S., Murphy, S., & Bunting, B. (2015). Childhood adversity profiles and adult psychopathology in a representative Northern Ireland study. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.004>
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse and Neglect*, 37(11), 917–925. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.10.021>
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H., & Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): implications for parent child relationships. *Child abuse & neglect*, 38(2), 224–233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Naal, H., El Jalkh, T., & Haddad, R. (2018). Adverse childhood experiences in substance use disorder outpatients of a Lebanese addiction center. *Psychology, health & medicine*, 23(9), 1137–1144. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1469781>

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Perez, N. M., Jennings, W. G., Piquero, A. R., & Baglivio, M. T. (2016). Adverse Childhood Experiences and Suicide Attempts: The Mediating Influence of Personality Development and Problem Behaviors. *Journal of youth and adolescence*, 45(8), 1527–1545. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0519-x>
- Pournaghash Tehrani, S., Malekahmad, M., & Lavasani, M. G. (2021). Assessment of cognitive emotional demotions of personality and comparision of psychological of prfile of individual with methamphetamine induce psychosis with normal subjects. *Journal of Psychological Science*, (100) 20, 533-536. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.10.0.1.4>
- Quinn, M., Caldara, G., Collins, K., Owens, H., Ozodiegwu, I., Loudermilk, E., & Stinson, J. D. (2018). Methods for understanding childhood trauma: modifying the adverse childhood experiences international questionnaire for cultural competency. *International journal of public health*, 63(1), 149–151. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1058-2>
- Soares, A. L. G., Howe, L. D., Matijasevich, A., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M., & Gonçalves, H. (2016). Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 51, 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.017>
- Tran, Q. A., Dunne, M. P., Vo, T. V., & Luu, N. H. (2015). Adverse Childhood Experiences and the Health of University Students in Eight Provinces of Vietnam. *Asia-Pacific journal of public health*, 27(8 Suppl), 26S–32S. <https://doi.org/10.1177/1010539515589812>
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Potters, E. C., van Dam, A., Koorndijk, R. P. M., Elfeddali, I., & van Eck van der Sluijs, J. F. (2019). Adverse Childhood Experiences (ACE) in outpatients with anxiety and depressive disorders and their association with psychiatric and somatic comorbidity and revictimization. Cross-sectional observational study. *Journal of affective disorders*, 246, 458–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.096>
- Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B., & Spitzer, C. (2011). Reliable, valide und ökonomische Erfassung früher Traumatisierung: Erste psychometrische Charakterisierung der deutschen Version des Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE) [The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: first psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 61(1), e10–e14. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263161>
- World Health Organization (2012). Addressing adverse childhood experiences to improve public health: Expert consultation. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2009.pdf.
- World Health Organization. (2018). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en