

Research Paper



Developing Model of Suicidal Thoughts Based on Childhood Traumas in Adolescent Girls: The Mediating Role of Personality Problems, Stressful Life Events and Adolescent Characteristics

Zahra Alipanahian^{1*}, Fateme Rezaei^{2*}, Kourosh Amraei³

1. MSc Student in Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

**Article Info:**

Received: 2024/04/08

Accepted: 2024/12/01

PP: 20

Use your device to scan and
read the article online:



DOI: 10.22054/JCPS.2025.
80207.3059

Keywords:

Suicidal Thoughts,
Childhood Traumas,
Behavioral Problems,
Stressful Life Events.

Abstract

Objective: Childhood traumas and behavioral problems can have a profound effect on psychological characteristics and mental health of individuals throughout their lives. The aim of this study was to present a model for predicting suicidal thoughts based on childhood traumas and behavioral problems by mediating stressful life events in female adolescents in Khorramabad.

Research Methodology: The present study is a correlation of structural equation modeling. The statistical population of the study consisted of 800 female adolescents in the age group of 14 to 18 years old in Khorramabad city who were selected by multi-stage cluster sampling. The measurement tools included the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Adolescent Self-Assessment Scale (YSR), Suicidal Ideation Scale (BSSI), Academic Stress Scale (Zajakova), Gender Discrimination Scale (Klonoff and Landrine) and Drug Tendency Scale (Mousavi et al.) Was. Data were analyzed using structural equation analysis (SEA) using SPSS-19 and AMOS-19 software.

Findings: The results showed that the proposed model was well-fitted (RMSEA=0.08 $P < 0.001$). In this model, childhood traumas had a significant indirect effect on suicidal thoughts through behavioral problems ($P < 0.05$, $\beta = 0.59$). Additionally, childhood traumas had an effect on suicidal thoughts through stressful events ($\beta = 0.22$), behavioral problems had an effect on suicidal thoughts through stressful events ($\beta = 0.54$), life stress events ($\beta = 0.48$), and behavioral problems ($\beta = 0.46$) also had a significant direct effect on suicidal thoughts ($P < 0.05$).

Conclusion: Suicidal ideation can be affected by early childhood traumas and behavioral problems resulting from these traumas with the mediating role of stressful life events. The findings of this study can help the authorities to identify the risk factors and factors of suicide, and health professionals can use this research to develop a suicide prevention program for students.

Citation: Alipanahian, Z., Rezaei, F., & Amraei, K. (2024). T Developing Model of Suicidal Thoughts Based on Childhood Traumas in Adolescent Girls: The Mediating Role of Personality Problems, Stressful Life Events and Adolescent Characteristics. *Clinical Psychology Studies*, 15(55), 63-82.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2025.80207.3059>

***Corresponding Author:** Zahra Alipanahian

Address: Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Tell: 09133662515

Email: rezaei.f@lu.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Methodology

Results

Discussion and Conclusion



Acknowledgments

Reference





مقاله پژوهشی

تدوین مدل افکار خودکشی بر اساس تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری با نقش میانجیگری وقایع استرس آور زندگی نوجوانان دختر شهر خرم آباد

زهرا علی‌پناهیان^۱، فاطمه رضایی^۲، کورش امرایی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

چکیده

هدف: تروماهای دوران کودکی و مشکلات رفتاری می‌توانند تأثیر عمیقی بر ویژگی‌های روان‌شناختی و سلامت روانی افراد در طول زندگی بگذارد. تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری حاصله از آن به همراهی وقایع استرس آور زندگی می‌توانند دربروز شکل‌گیری افکار خودکشی در نوجوانی و جوانی مؤثر باشند. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری با میانجیگری وقایع استرس آور زندگی در نوجوانان دختر شهر خرم آباد انجام گرفت.

روش‌شناسی پژوهش: پژوهش حاضر همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل ۸۰۰ نفر از نوجوانان دختر با گروه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال شهر خرم آباد بودند که بصورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ)، مقیاس خودسنجی نوجوان (YSR)، مقیاس سنجش ایده‌پردازی افکار خودکشی (BSSI)، مقیاس میزان استرس تحصیلی (زاجاکوا)، مقیاس تبعیض جنسیتی (کلونوف و لندرین) و مقیاس میزان گرایش به مواد مخدر (موسوی و همکاران) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل معادلات ساختاری به وسیله نرم افزار SPSS-19 و Amos-19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی به خوبی برازش شده است ($RMSEA=0/08$, $P < 0/001$). در این مدل تروماهای دوران کودکی با میانجی‌گری مشکلات رفتاری اثر غیر مستقیم و معناداری بر افکار خودکشی داشتند ($\beta = 0/59$, $P < 0/05$). همچنین تروماهای کودکی با میانجیگری وقایع استرس آور بر افکار خودکشی ($\beta = 0/22$)، مشکلات رفتاری با میانجی‌گری وقایع استرس آور بر افکار خودکشی ($\beta = 0/54$)، وقایع استرس آور زندگی ($\beta = 0/48$)، و مشکلات رفتاری ($\beta = 0/46$) نیز اثر مستقیم و معناداری بر افکار خودکشی داشتند ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: افکار خودکشی می‌تواند تحت تأثیر تروماهای اولیه کودکی و مشکلات رفتاری حاصله از این تروماها با نقش میانجی‌گری وقایع استرس آور زندگی قرارگیرد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به مسئولین درشناسایی عوامل و فاکتورهای خطر خودکشی کمک کرده و متخصصان سلامت نیز در جهت تدوین برنامه پیشگیری از خودکشی برای دانش‌آموزان می‌توانند از این پژوهش استفاده نمایند.



اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۰

شماره صفحات: ۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/JCPS.2025.80207.3059

واژه‌های کلیدی:

افکار خودکشی، آسیب‌های دوران کودکی، مشکلات رفتاری، وقایع استرس آور زندگی.

استناد به این مقاله: علی‌پناهیان، ز.، رضایی، ف.، و امرایی، ک. (۱۴۰۳). تدوین مدل افکار خودکشی بر اساس تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری با نقش میانجیگری وقایع استرس آور زندگی نوجوانان دختر شهر خرم آباد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۵۵)، ۸۲-۶۳.



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

*نویسنده مسئول: فاطمه رضایی

نشانی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

تلفن: ۰۹۱۳۳۶۶۲۵۱۵

پست الکترونیکی: rezaei.f@lu.ac.ir

مقدمه

دوره نوجوانی مرحله مهم و برجسته رشد و تکامل اجتماعی و روانی فرد به شمار می‌رود و روانشناسان آن را دوران احساس گرای، بحران‌های سازنده و دوران فشار و طوفان نامیده‌اند. چنانچه در این دوران، مشکلات دوره نوجوانی نادیده گرفته شود با خطر احتمالی وقوع رفتارهای ناسالم همراه خواهد بود که یکی از این رفتارهای خطر زا خودکشی و افکار آن است (موزلی^۱ و همکاران، ۲۰۲۳).

خودکشی یک چالش بهداشت روانی است که در طی ۵۰ سال گذشته سیر افزایشی داشته، به طوری که در هر ۴۰ ثانیه یک نفر در سراسر دنیا جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهد. خودکشی چهارمین علت مرگ و میر در میان افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله است. تاکنون تنها چند کشور پیشگیری از خودکشی را در اولویت برنامه‌های بهداشتی خود قرار داده‌اند و تنها ۳۸ کشور گزارش کرده‌اند که برنامه ملی پیشگیری از خودکشی دارند (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۳). بر اساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها در ایالات متحده، سالانه بیش از ۸۰۰۰۰ نفر جان خود را به دلیل خودکشی از دست می‌دهند - تقریباً یک نفر در هر ۴۰ ثانیه، در این بازه حدود ۴۶۰۰۰ جوان و نوجوان بین ۱۵ سال تا ۲۹ گنجانده شده است. حدود ۷۵ درصد از خودکشی‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴).

تمایل به خودکشی و افکار آن عاملی خطرآفرین برای اقدام به خودکشی است و دلالت بر وقوع هرگونه اندیشه خود تخریبی دارد این افکار طیفی از اندیشه‌ها و افکار مبهم در مورد خاتمه زندگی تا خودکشی را در بر می‌گیرد. به عبارتی ایده پردازی خودکشی بر رخ دادن هرگونه تفکر در مورد آسیب رساندن به خود و رفتارهای خود تخریبی با هدف رسیدن به مرگ تعریف شده است (آژدو کوویچ^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). بیش از ۶۰ درصد خودکشی‌ها در کشورهای آسیایی به ویژه خاورمیانه رخ می‌دهد. (رحمان عزیز و همکاران، ۲۰۲۲). نرخ مرگ و میر ناشی از خودکشی در ایران ۶ مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد و ایران در رتبه ۵۸ جهانی قرار دارد (عظیمی و همکاران، ۲۰۲۲). آمارهای خودکشی در استان مورد پژوهش نیز نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۸ از هر صد هزار نفر در سطح استان ۲۶۷ نفر اقدام به خودکشی کرده‌اند و این اعداد و ارقام دلالت بر آمار بالای خودکشی در این استان می‌باشد (زرانی و همکاران، ۱۴۰۰). خودکشی پدیده‌ای بسیار پیچیده و چند وجهی است. اقدام برای خودکشی ممکن است بیشتر از یک دلیل داشته باشد، که در مجموعه‌ای از عوامل مختلف و درهم تنیده برای آن قابل تبیین است و هرگونه تبیین تک علتی از آن، گو یای درستی از ماهیت چند وجهی آن نخواهد بود (سافر و همکاران، ۲۰۱۸).

اقدام به خودکشی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است. پژوهش‌های مختلف شیوع خود آسیب زنی را در دختران، سه تا چهار برابر بیشتر از پسران مشخص کرده است (مارس، هرون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). در دوران نوجوانی و جوانی، دختران تحت فشارهای روانی زیادی قرار می‌گیرند که می‌تواند منجر به افسردگی، تنهایی، خشم و افکار خودکشی شود. در چنین شرایطی آنان باید بر مشکلات درسی غلبه کنند و برای آینده خودشان و اهداف زندگی‌شان تصمیم بگیرند (ماء، باترهام و همکاران، ۲۰۱۶). عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان در سه دسته دموگرافیک، محیطی و روانی طبقه بندی می‌شوند. مطالعات نشان داده است نوجوانانی که یک یا بیشتر از چند عامل خطر دارند با احتمال بیشتری در معرض خودکشی قرار می‌گیرند (سیمبر و همکاران ۱۳۹۶).

پیشگیری از خودکشی به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از اولین برنامه روان درمانی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ است که به موجب آن کاهش نرخ خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ هدف گذاری شده است (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۶) و همچنین تلاش برنامه ریزان در سطح جهان در مسیر کاهش میزان خودکشی است. کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳-۲۰۳۰) خود را متعهد کرده‌اند که در راستای هدف جهانی کاهش نرخ خودکشی در کشورها به میزان یک سوم تا سال ۲۰۳۰ تلاش کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۴۰۲). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و شیوع رو به افزایش افکار و اقدام به خودکشی در بین نوجوانان و جوانان، جا دارد به بررسی علل اساسی خودکشی توجه بیش‌تری شود.

1. Moselli
2. WHO
3. Kovic
4. March – Heron

اقدام به خودکشی در یک فرد تنها از یک عامل نشأت نمی‌گیرد، بلکه مجموعه‌ای از علل به هم پیوسته، منجر به رسیدن فرد به مرحله‌ای می‌شود که به زندگی خود خاتمه دهد. آگاهی و شناخت این زمینه‌ها مهم‌ترین راه برای کاهش میزان خودکشی است. در همین راستا، پژوهش‌های مختلفی چه در ایران و چه در سایر کشورها در خصوص میزان شیوع و علل خودکشی (میری و همکاران، ۱۴۰۱؛ سیمبر و همکاران، ۱۳۹۶)؛ نقش آسیب‌های کودکی (اریکا کوزمینسکایت^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)، مشکلات شخصیتی - رفتاری (پیترتایرر، هلن تایر و مین یانگ^۲، ۲۰۲۲، شرنازاروف و همکاران ۲۰۲۳)، عوامل استرس زای زندگی (کولوز، کراسین، ویت^۳، ۲۰۲۰؛ فرانکا اوبیاجلی اوکچوکو^۴، ۲۰۲۲؛ هانی کیم^۵ و همکاران، ۲۰۲۳؛ زرانی و همکاران، ۱۴۰۰)، نابرابری جنسیتی (اشرف گنجوی و همکاران، ۱۴۰۲)، انجام شده است. در ادامه به نقش مهم هر کدام از عوامل ذکر شده در گرایش به افکار خودکشی پرداخته خواهد شد.

زمینه بسیاری از افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه در دوران کودکی به وجود می‌آید. دوره کودکی از جمله دوره‌های مهم زندگی محسوب می‌شود که متخصصان و نظریه-پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیب‌های جبران ناپذیر این دوره تاکید فراوانی داشته‌اند. تروماهای کودکی یک تجربه نامطلوب در اوایل زندگی است که می‌تواند بر وضعیت روانی افراد از طریق مسیرهای رفتاری، عاطفی و شناختی تأثیر بگذارد و خطر ابتلا به بیماری روانی و مشکلات شخصیتی و رفتاری در بزرگسالی را افزایش دهد (چنگ و همکاران، ۲۰۲۳). تروماهای کودکی در اشکال مختلف اتفاق می‌افتد که سوء استفاده جنسی، جسمی، هیجانی و غفلت را شامل می‌شود (اینگو شافر^۶، هلن آل فیشر^۷، ۲۰۲۲؛ دلورال یارا^۸، ۲۰۲۳).

شواهد بسیاری نشان داده است که سابقه هر نوع بدرفتاری دوران کودکی از جمله سوء استفاده هیجانی، جسمی، جنسی و غفلت طولانی مدت با پیامدهای منفی بزرگسالی و بروز اختلالات رفتاری در نوجوانی و جوانی، شامل اختلالات شخصیت (بک و همکاران، ۲۰۲۱)، سوء مصرف مواد (براون و همکاران، ۲۰۲۱)، افسردگی اساسی (جاورسکا آندریسزوسکا و همکاران، ۲۰۱۹)، رفتارهای خود آسیب رسان غیر خودکشی (چنگ و همکاران، ۲۰۲۳) و خودکشی (اهمه و همکاران، ۲۰۲۲؛ آلتر و ویلسون و همکاران، ۲۰۲۱) رابطه دارد. افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای کودکی شناخته می‌شود. میان ناملايمات زندگی افراد، مشکلات شخصیتی، تروماهای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی ارتباط معناداری وجود دارد. (آلتر و ویلسون، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه یانگ، تروماهای کودکی مغز در حال رشد را تغییر می‌دهد. اگر هر چه زودتر پریشانی و آسیب ایجاد شود، تأثیرات آن در بزرگسالی عمیق تر می‌شود. به‌طور خاص، بدرفتاری در دوران کودکی مانع از رشد هیپوکامپ، (جایگاه حافظه بلند مدت) می‌شود. هر چه تعداد حوادث نامطلوب در اوایل کودکی بیشتر باشد. اختلال در رشد هیپوکامپ موثرتر خواهد بود. سوء استفاده عاطفی نیز تأثیر متفاوتی ایجاد می‌کند. کسانی که در دوران کودکی سوء استفاده عاطفی را گزارش کردند، نازک شدن قسمت‌هایی از مغز را نشان دادند که خودآگاهی (قشر پیشانی) را پردازش می‌کند و به ما کمک می‌کند تا احساسات خود را بفهمیم و با آنها کنار بیاییم (لب گیجگاهی میانی). نازک شدن در این مناطق از مغز، به توضیح میزان بالای اضطراب و افسردگی افرادی که سوء استفاده عاطفی و بی‌توجهی را تجربه کرده‌اند کمک می‌کند (فیجتمن و همکاران، ۲۰۲۰).

از دیدگاه نظریه روابطشسی^۹ کرنبرگ (۱۹۸۴) وقتی کودکان مورد بدرفتاری و غفلت قرار می‌گیرند، دیدگاهی از خود به عنوان فردی بی ارزش و لایق سوء استفاده تشکیل می‌دهند. نتیجه فرآیند درونی کردن سوء استفاده، منجر به بازنمایی ناسازگارانه از خود و سایرین می‌شود، که بر نحوه تفکر و درک دنیای کودکان تأثیر می‌گذارد. این امر باعث تغییر کیفیت تعاملات عاطفی فرد با دیگران می‌شود و منجر به مشکلات بین فردی ضعیف و آسیب شناسی رفتاری می‌شود (هینشلوود و همکاران، ۲۰۱۷).

1. Kuzminskyt, Erika
2. Tyrer- Min young
3. Koloz – Krasin – Wit
4. Franca Obiageli okechukwu
5. Honey, Kim
6. Schafer, Ingo
7. Fisher L. Helen
8. Zallur, Yarar

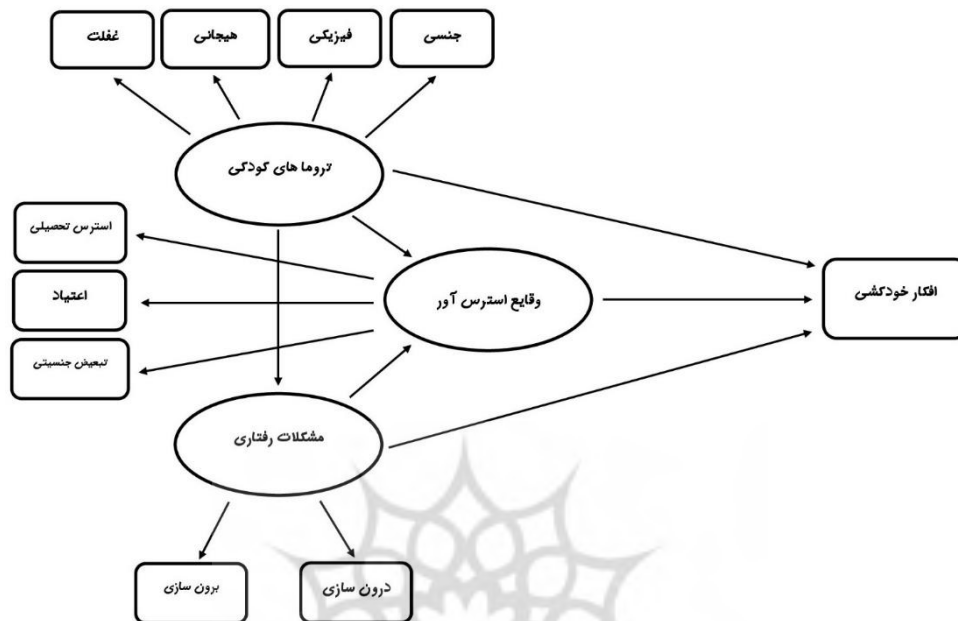
نتایج پژوهش ام پومپیلی^۱ و همکاران (۲۰۲۲)، میری و همکاران (۱۴۰۱) نشان داده که بین تروما های کودکی با افسردگی اساسی^۲، اختلال شخصیت مرزی^۳ و اضطراب^۴ و انواع اختلالات درون و برون سازی رفتاری ارتباط معناداری وجود دارد. در مبحث مشکلات رفتاری می توان گفت: از جمله فاکتورهایی که در دوران نوجوانی با پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری همراه است و فرد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می دهد اختلالات درون سازی^۵ و برون سازی^۶ رفتار است که به عنوان الگوهای فراگیر و غیر هنجاری افکار و رفتار تعریف می شوند که طولانی و مستمر هستند و منجر به آسیب جدی در روابط بین فردی و عملکرد کلی فرد می شوند (دیمتیر هارتاس^۷، ۲۰۲۳). این مشکلات رفتاری پیش بینی کننده قوی رفتار خودکشی در کوتاه مدت هستند (تامیرر، تامیرر و یانگ، ۲۰۲۲؛ موزلی، پیاکازینی^۸، ۲۰۲۳). نشانگان رفتار درون سازی شامل، پریشانی درونی فرد بوده و از علایم آن می توان به کناره گیری از جمع و خانواده، شکایات جسمانی و احساسات اضطرابی و افسردگی اشاره کرد. در مقابل نشانه های برون سازی شده شامل بزهکاری^۹، تکانشی بودن، رفتار پرخاشگرانه و عدم توجه و تمرکز، نافرمانی مقابله ای می باشد که به صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می شود. مطالعه دیگر نشان داد که افسردگی به همراه اضطراب و همچنین افسردگی به همراه مشکلات سازشی به عنوان مهمترین عامل در اقدام به خودکشی سهیم هستند. (سیپوس و همکاران، ۲۰۲۳).

مشکلات رفتاری درمان نشده اگر در کنار وقایع استرس زای زندگی قرار بگیرند باعث افزایش تنش بیشتر شده و احتمال ریسک خطر خودکشی را بالاتر می برند. از جمله رخدادهای استرس زای زندگی می توان به، مشکلات و شکست های تحصیلی، استرس و اضطراب های مربوط به مدرسه و عوامل اجرایی آن، استعمال مواد مخدر و اعتیاد به سیگار و الکل (کولوز، کراسین، ویت^{۱۰}، ۲۰۲۰)، تبعیض جنسیتی در خانواده و جامعه فرد (کانو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱؛ اشرف گنجوی و همکاران، ۱۴۰۲) و تعارض های بین فردی اشاره کرد که همگی این عوامل با افکار خودکشی در ارتباط هستند (فرانکا اوبیا جلی اوکجوکو و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، نظریه تلفیقی انگیزش - اراده بیان می کند که رخدادهای استرس زای زندگی، محرک های اندیشه گرایی خودکشی در افراد هستند (ایم، اوه و وسوگ، ۲۰۱۷).

از عوامل محیطی استرس زای تاثیرگذار بر خودکشی، روابط نادرست خانواده و مخصوصاً تبعیض جنسیتی می باشد. تبعیض به عنوان یک پدیده اجتماعی ساختار یافته تعریف شده است که امتیازاتی را برای اعضای گروه های غالب و هزینه هایی برای سایر گروه ها در بر دارد (گویال و کاکا بادسه^{۱۲}، ۲۰۲۳). تبعیض جنسیتی به عنوان مجموعه ای از نگرش ها درباره زنان است که تصورات غالبی و نقش های محدودی برای زنان در نظر می گیرد و باعث تسلط مردان و تثبیت نگاه سنتی به زنان می شود (پنینگتون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). زنان در معرض تبعیض جنسیتی سبک های مقابله ای ناسازگارانه داشته (ازادین و پویرازلی^{۱۴}، ۲۰۲۰) این افراد با تبعیض جنسیتی ادراک شده استقلال کمتری در تصمیم گیری دارند و در نتیجه مواجهه با چالش ها، توانایی رویارویی ندارند و به آسانی دچار مشکلات روان شناختی می شود. عدم حل این چالش ها می تواند منجر به ناامیدی و درماندگی آموخته شده در زنان شود و با توجه به اینکه این زنان به شیوه هیجان مدار به چالش ها واکنش نشان می دهند، احتمال بروز رفتارهای پرخطر مثل خودکشی در آن ها افزایش می یابد (اشرف گنجوی و همکاران، ۱۴۰۲). استرس آکادمیک و محیط تنش زای مدرسه نیز یکی دیگر از عوامل مطرح شده برای خودکشی در نوجوانان است. عدم تعادل بین تلاش و دستاورد در ایجاد محیط استرس زا در مدارس نقش دارد (سیمبر و همکاران، ۱۳۹۶). اقدام به خودکشی در یک فرد تنها از یک عامل نشأت نمی گیرد، بلکه شبکه های

1. M, Pompili
2. Major Depression
3. Borderlin Personality
4. Anxiety
5. Internalization
6. Externalization
7. Hartas, Dimitar
8. Mozelli- Piacazzini
9. Crime
10. Koloz, crossin, vit
11. Kano
12. Gopal, Kaka badse
13. Pennington
14. Azadin, Poirazli

از عوامل به هم پیوسته، منجر به رسیدن فرد به مرحله‌ای می‌شود که به زندگی خود خاتمه دهد. شناخت این زمینه‌ها مهم‌ترین راه برای کاهش میزان خودکشی است. مطالعات مختلف قبلی بصورت جداگانه به بررسی هر کدام از متغیرها بر افکار خودکشی پرداخته‌اند، اما با توجه به شیوع رو به افزایش افکار خودکشی در بین نوجوانان و پیچیدگی پدیده خودکشی بهتر است به ابعاد مختلف آن در قالب یک پژوهش واحد پرداخته شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی روابط مستقیم و غیر مستقیم بین افکار و اقدام به خودکشی و تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری با میانجی گری وقایع استرس آور زندگی در یک مدل واحد انجام شده است.



شکل ۱. مدل پیشنهادی برای افکار خودکشی

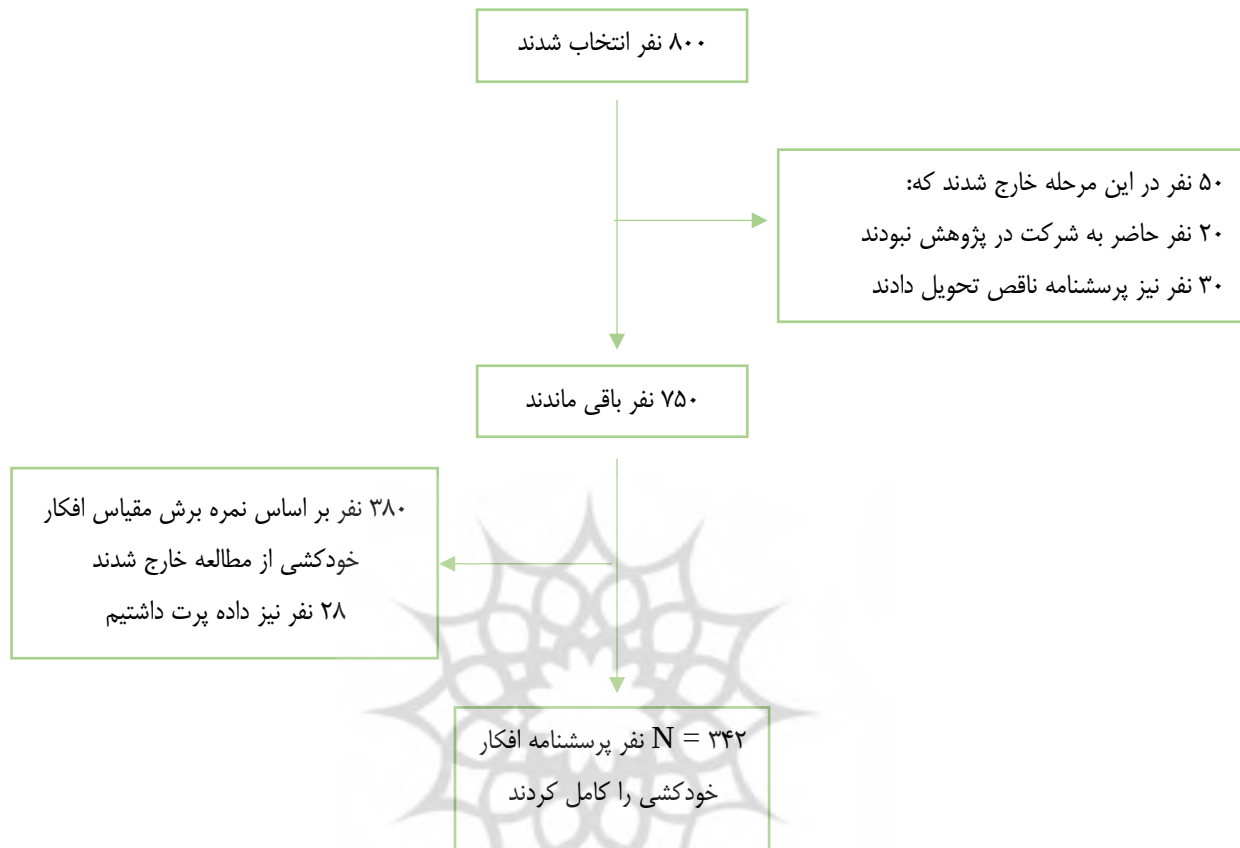
روش‌شناسی پژوهش

پژوهش پژوهش حاضر، همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری و از نوع بنیادی است. روش اجرا به این صورت بود که بعد از گرفتن کد اخلاق از دانشگاه لرستان (IR.LUMS.REC.1401.288)، و هماهنگی‌های لازم با آموزش و پرورش نواحی ۱ و ۲ خرم آباد، شانزده دبیرستان به صورت تصادفی از نواحی آموزش و پرورش ۱ و ۲ شهر خرم آباد لرستان انتخاب شدند. در تحلیل معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه براساس عامل‌ها تعیین می‌شود نه متغیرها. حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر محاسبه شده نسبت ۲۰ به ۱ مطلوب قلمداد می‌شود (کالین، ۲۰۱۵). در این پژوهش به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب‌تر تعداد ۸۰۰ دفترچه، حاوی سؤالات پژوهش را بروی دانش آموزان دختر نوجوان به شیوه مداد - کاغذی و حضوری اجرا شد.

از این تعداد ۲۰ نفر حاضر به شرکت در پژوهش نبودند و ۳۰ نفر نیز پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص پاسخ داده بودند. از بین ۷۵۰ نفر باقیمانده افرادی که به سؤال پنجم پرسشنامه افکار خودکشی بک پاسخ مثبت داده بودند انتخاب شدند. از بین ۷۵۰ نفر، تعداد ۳۷۰ نفر به سؤال پنجم (خط برش) که نشاندهنده گرایش افراد به افکار خودکشی است پاسخ مثبت داده بودند. و به عنوان نمونه اصلی انتخاب شدند. در طول تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲۸ نفر نیز داده پرت داشتیم و از مطالعه حذف شدند و در نهایت تعداد نمونه به ۳۴۲ نفر کاهش یافت. زمان اجرای این پژوهش از بهمن ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ طول کشید. ملاک‌های ورود شامل دختر بودن، سواد خواندن و نوشتن، گروه سنی بین ۱۴ تا ۱۸ سال و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل وجود مشکلات ذهنی و معلولیت‌های نابینایی و ناشنوایی بود.

با توجه به اینکه پژوهشگران به دنبال ترسیم مدل بنیادینی در زمینه گرایش به افکار خودکشی در دانش آموزان دختر بودند و لازمه آن نیز دادن مقیاس‌های متعددی به آزمودنی‌ها بود. برای کاهش سوگیری در پاسخدهی به آزمودنی‌ها زمان کافی برای پرداختن به سؤالات داده شده و به آن‌ها اکیداً توصیه شد که به خوبی سؤالات را بخوانند و پاسخ دهند و اگر به ابهامی برخورد کردند پژوهشگر را در جریان قرار دهند تا میزان سوگیری به حداقل برسد. در پژوهش حاضر برای بررسی تروماهای دوران کودکی از پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین و همکاران

(۲۰۰۳) استفاده شد. برای بررسی مشکلات رفتاری از پرسشنامه درون سازی و برون سازی (YSR) استفاده شد. برای بررسی متغیر نهفته وقایع استرس آور زندگی از سه مقیاس استرس تحصیلی (ASQ27i)، اعتیاد (DUTQ-16) و تبعیض جنسیتی (کلونوف و لندرین) استفاده شد. و در نهایت برای بررسی گرایش به افکار خودکشی از پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) استفاده گردید. در ادامه به بررسی کامل این مقیاس‌ها پرداخته می‌شود.



ابزارهای پژوهش

الف: فرم کوتاه پرسشنامه تروماهای کودکی (CTQ): برنشتاین^۱ و همکاران (۲۰۰۳) فرم ۲۸ سوالی این ابزار را ساخته‌اند که شامل پنج حوزه، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، سوء استفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی می‌باشد. این مقیاس در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت^۲، (هرگز رخ نداده = ۱، اکثر اوقات رخ داده = ۵) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. پایایی این آزمون به دو روش آزمون - مجدد و آلفای کرونباخ^۳ در دامنه ۷۹٪ تا ۹۴٪ قرار دارد. (روی، ۲۰۱۱). در پژوهش ابراهیمی و همکاران نیز روایی سازهای آن مورد تأیید قرار گرفت و ضرایب پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۴). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به دست آمد.

ب: مقیاس سنجش ایده پردازی افکار خودکشی بک (BSSI): این مقیاس در سال ۱۹۸۴ توسط بک و همکاران طراحی شد که حاوی ۱۹ پرسش سه گزینه‌ای است که برای آشکارسازی، سنجش نگرش و برنامه‌ریزی برای اقدام به خودکشی و عوامل تشکیل دهنده آن مانند آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی فعال و غیر فعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، میزان کنترل خود عوامل بازدارنده و آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی ساخته شده است. پرسش‌ها دارای سه گزینه نمره صفر یعنی ((هیچ))، نمره یک یعنی ((تا اندازه‌ای زیاد)) و نمره دو یعنی ((زیاد)) هستند. این مقیاس شامل ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا دو نمره دهی می‌شود؛ بنابراین جمع نمرات از ۰ تا ۳۸ متغیر است. در این مقیاس نمره ۰ تا ۵ (نشان دهنده داشتن افکار خودکشی و خطر کم) نمره ۶ تا ۱۹ (نشان دهنده آمادگی برای خودکشی و خطر بالا) و

1. Bernstein
2. Likert
3. Cronbach

نمره تا ۳۸ (خطر بسیار بالا) در نظر گرفته شده است. در آزمون افکار خودکشی یک ۵ سؤال غربالگری وجود دارد، که پاسخ‌ها نشان دهنده تمایل فرد به خودکشی یا عدم خودکشی می‌باشند. در صورتی که پاسخ دهنده به ویژه به پرسش شماره ۵ پاسخ مثبت (گزینه ۱ یا ۲) بدهد، لازم است که ۱۴ سؤال باقی مانده را نیز پاسخ دهد، در غیر این صورت، نیازی به ادامه تست نمی‌باشد. جواب به سؤال ۵ نقش مهم و کلیدی دارد. در این پژوهش دانش آموزانی که به سؤال پنجم جواب مثبت داده بودند به عنوان نمونه اصلی ما انتخاب شدند و جزو گروه نمونه‌ای ۳۴۲ نفری قرار گرفتند. اعتبار و پایایی مقیاس افکار خودکشی یک در پژوهش‌های گوناگونی تأیید شده است. آلفای کرونباخ و همسانی درونی و پایایی هم زمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹، ۰/۹۶، و ۰/۸۳ بوده است (یک و استیر؛ ۱۹۹۱). این مقیاس در ایران نیز توسط ا (اصفهانی و همکاران، ۲۰۱۵) اعتبار یابی شده است و آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۹۰ به دست آمد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ به دست آمد.

پ: پرسشنامه سنجش میزان استرس تحصیلی: پرسشنامه سنجش میزان استرس تحصیلی و خود کارآمدی تحصیلی توسط زاجاکووا در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است. مفاهیم استرس و خودکارآمدی از طریق ۲۷ سؤال مربوط به دانشگاه یا مدرسه اندازه گیری می‌شود. در مقیاس استرس تحصیلی از مشارکت کنندگان خواسته می‌شود تا میزان استرس زایی هر یک از ۲۷ تکلیف را بر روی یک مقیاس ۱۱ درجه ای لیکرت از بین درجه (۰) هرگز استرس زا نیست، تا درجه (۱۰) که به معنی فوق العاده استرس زا است را انتخاب نمایند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۲۷۰ می‌باشد. آلفای کرونباخ این آزمون توسط شکری و همکاران (۲۰۱۱) در سطح ۰/۹۵ مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴ به دست آمد.

ت: پرسشنامه میزان گرایش به مصرف مواد مخدر (DUTQ-16): این پرسشنامه توسط موسوی، دوست قرین و روشنفکر دزفولی در سال ۱۳۷۸ طراحی شد و سپس توسط انیسی و همکاران در سال (۲۰۱۳) هنجار یابی شد. پرسشنامه میزان گرایش به مصرف مواد مخدر دارای ۱۶ سؤال و ۳ بعد (مؤلفه) است و هدف کلی آن بررسی میزان گرایش به مصرف مواد مخدر و اعتیاد فرد می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم (نمره ۱ تا خیلی زیاد (نمره ۵) می‌باشد. نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ خواهد داشت و هر چه امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان گرایش بیشتر شخص پاسخ دهنده به اعتیاد خواهد بود. میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران ۸۷ / ۰ گزارش شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ به دست آمد.

ج: مقیاس تبعیض جنسیتی: پرسشنامه رویدادهای تبعیض آمیز جنسیتی توسط کلونوف و لندرین در سال ۱۹۹۵ طراحی شده و دارای ۲۰ سؤال است. شیوه نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هرگز اتفاق نیفتاده = ۱، تقریباً همیشه اتفاق افتاده است = ۶) است. دامنه نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد، که هر چقدر نمره فرد بالاتر باشد نشان دهنده تبعیض جنسیتی بیشتر می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های رویدادهای تبعیض آمیز ۹۲ درصد گزارش شده است. در ایران این پرسشنامه توسط یعقوبی هاشجین و همکاران (۱۳۹۹) هنجار یابی شده و پایایی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است. در این پرسشنامه آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ به دست آمده است.

چ: مقیاس خود سنجی نوجوان: در پژوهش حاضر از این پرسشنامه برای سنجش مشکلات رفتاری نوجوان استفاده شد. این پرسشنامه توسط آخنباخ در سال ۱۹۹۱ ساخته شد. این مقیاس خودارزیابی ۱۲۲ سوالی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال است (آخنباخ، ۱۹۹۱). مقیاس مذکور شایستگی‌ها، توانایی‌ها و مشکلات عاطفی - رفتاری نوجوانان را مشخص می‌کند. در این پژوهش از بخش سندرم‌ها برای آزمودنی‌ها استفاده شد. بخش سندرم‌ها که مشکلات عاطفی - رفتاری را می‌سنجد ۱۱۲ عبارت است. آزمودنی‌ها طبق یک مقیاس سه نمره‌ای (۰، ۱، ۲) دور عددی را که با وضعیت آنها مطابقت دارد، خط می‌کشند. این سیاهه هشت مشکل یا سندرم عاطفی - رفتاری را اندازه می‌گیرد که در برگیرنده، (۱- گوشه گیری، ۲- شکایات جسمانی، ۳- افسردگی / اضطراب، ۴- مشکلات اجتماعی، ۵- مشکلات تفکر، ۶- مشکلات توجه، ۷- رفتار قانون گریز، ۸- رفتار پرخاشگرانه است) است. تعداد ۱۷ سؤال به هیچ یک از این سندرم‌ها تعلق ندارد و تحت تأثیر (سایر مشکلات) طبقه بندی می‌شود. از جمع سندرم اولی، دوم و سوم (به استثنای عبارت ۱۰۳) مقیاس رده دومی به نام درون ریزی و از جمع سندرم‌های هفتم و هشتم، مقیاس رده دوم دیگری به نام برون ریزی به دست می‌آید. از جمع تمامی موارد مربوط به مشکلات، یک نمره کلی حاصل می‌شود. پاسخ به سؤالات این مقیاس به صورت لیکرت سه گزینه‌ای از صفر تا ۲ است. به این ترتیب نمره صفر به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار

نوجوان وجود ندارد. نمره ۱ به حالاتی داده می‌شود که گاهی در رفتار نوجوان مشاهده می‌شود و نمره ۲ در اغلب مواقع در رفتار وجود دارد. پایایی مقیاس کلی و خرده مقیاس‌های آن توسط آئینباخ محاسبه شد؛ آزمون مجدد اعتبار کل مقیاس ۰/۹۵ و متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درونی سازی ۰/۸۸ و برونی سازی ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سندرم‌ها عبارتند از: برای افسردگی/ اضطراب ۰/۸۲، گوشه‌گیری ۰/۸۹، شکایات جسمانی ۰/۹۲، مشکلات اجتماعی ۰/۹۰، مشکلات تفکر ۰/۸۶، مشکلات توجه ۰/۹۲، رفتار قانون شکنی ۰/۸۵ و رفتار پرخاشگرانه ۰/۹۴. گزارش شده است (آئینباخ، ۱۹۹۱). این مقیاس در ایران نیز در پژوهش کاکابرایی و همکاران، مورد مطالعه قرار گرفته و میزان اعتبار آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ در دختران ۰/۹۲ و در پسران ۰/۹۵ و در کل نمونه ۰/۹۴ و میزان اعتبار دو نیمه کردن در دختران ۰/۸۵ و در پسران ۰/۷۹ و در کل نمونه ۰/۸۲ به‌دست آمد. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری، مشکلات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌گریزی، رفتار پرخاشگرانه و مشکلات کلی به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۷۱، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۸۵، ۰/۸۱ به‌دست آمد (کاکابرایی و همکاران، ۲۰۰۸).

یافته‌ها

با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش، داده‌های لازم برای بررسی هدف مطالعه جمع‌آوری شد. برای تجزیه تحلیل داده‌های مدل‌سازی پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، همبستگی پیرسون و تحلیل معادلات ساختاری استفاده گردید. ملاک‌های، CFI، NFI و TLI شاخص‌هایی‌اند که بین ۰ تا ۱ گسترده‌اند و هرچه به یک نزدیک‌تر باشند بهتر است و مطلوب است تا بزرگتر از ۰/۹۰ باشند. ملاک X^2 عدم معناداری می‌باشد، ولی به دلیل حساسیت زیاد به حجم نمونه معناداری آن قابل انتظار است و در صورت معناداری بهتر است به شاخص X^2/DF رجوع شود. مطلوب است این شاخص زیر ۵ باشد. ملاک PNFI نیز شاخص بالاتر از ۰/۵۰ می‌باشد. ملاک RMSEA که مهمترین شاخص برازش محسوب می‌شود در سه سطح در نظر گرفته شده است: ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ قابل قبول، ۰/۰۶ تا ۰/۰۸ مطلوب و زیر ۰/۰۶ عالی محسوب می‌گردد (۲۷). این داده‌ها بوسیله نرم افزار ایموس AMOS-23 و SPSS – 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه فاصله اطمینان ۹۵ درصد (CI) اثرات غیرمستقیم محاسبه شده است. برای بررسی معناداری فرضیه‌های غیر مستقیم از روش بیشینه‌نمایی بوت استرپ^۱ AMOS استفاده گردید. ۵۰۰۰ نمونه بوت استرپ در مرحله نهایی تعیین اینکه آیا ۹۵٪ CI برای اثر غیرمستقیم تخمین زده شده شامل صفر است یا خیر. اگر CI ۹۵ درصد صفر را در بر نگیرد، یک اثر غیرمستقیم در سطح ۰/۰۵ معنادار است. مسیرهای غیرمستقیم مهم هستند زیرا مرزهای پایین و بالایی صفر را شامل نمی‌شود. در پژوهش حاضر سطح معناداری برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این قسمت، اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از نظر سن ارائه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه پژوهش برحسب سن

سن افراد	فراوانی	درصد
۱۴ ساله	۴۷ نفر	۴/۲
۱۵ ساله	۶۵ نفر	۶/۹
۱۶ ساله	۳۰۱ نفر	۴۳/۲
۱۷ ساله	۲۰۶ نفر	۲۸/۶
۱۸ ساله	۱۳۱ نفر	۱۷/۱
جمع	۷۵۰ نفر	۱۰۰٪

بر اساس جدول ۱، در این پژوهش ۷۵۰ نوجوان دختر شرکت کردند. از این تعداد ۴۷ نفر (۴/۲ درصد) دارای سن ۱۴ سال، ۶۵ نفر (۶/۹ درصد) دارای سن ۱۵ سال، ۳۰۱ نفر (۴۳/۲ درصد) دارای سن ۱۶ سال، ۲۰۶ نفر (۲۸/۶ درصد) دارای سن ۱۷ سال و ۱۳۱ نفر

(۱۷/۱ درصد) دارای سن ۱۸ سال بودند. جدول ۲ نتایج حاصل از بررسی ویژگی‌های توصیفی، و همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی (پیرسون) بین متغیرهای پژوهش مدل ساختاری افکار خودکشی بر اساس تروماهای کودکی و مشکلات رفتاری با نقش میانجیگری وقایع استرس آور زندگی نوجوانان دختر

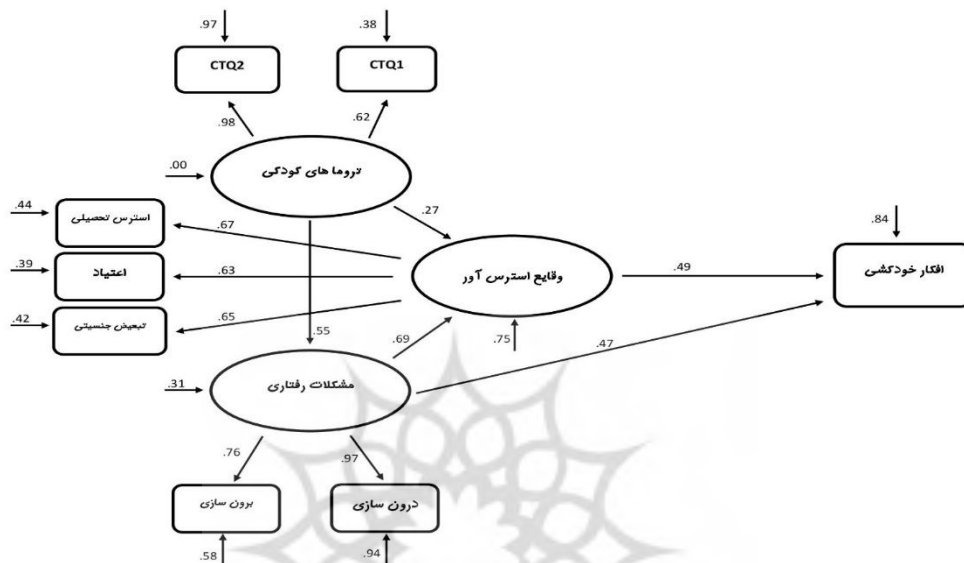
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سوء استفاده جنسی	۱							
۲. سوء استفاده فیزیکی	۰/۰۶**	۱						
۳. مشکلات درون سازی	۰/۳۴**	۰/۵۲**	۱					
۴. مشکلات برون سازی	۰/۲۴**	۰/۴۲**	۰/۷۳**	۱				
۵. تبعیض جنسیتی	۰/۳۳**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۴۶**	۱			
۶. استرس تحصیلی	۰/۳۲**	۰/۴۶**	۰/۵۷**	۰/۴۳**	۰/۴۰**	۱		
۷. اعتیاد	۰/۱۹**	۰/۳۸**	۰/۴۵**	۰/۴۹**	۰/۴۴**	۰/۳۶**	۱	
۸. افکار خودکشی	۰/۳۲**	۰/۵۴**	۰/۸۴**	۰/۶۵**	۰/۵۶**	۰/۵۸**	۰/۵۷**	۱
میانگین	۳۳/۱۶	۹۱/۳۸	۵۶/۳۴	۵۸/۲۱	۱۵/۶۳	۳۰/۱۱۹	۴۵/۳۹	۱۳/۱۹
انحراف استاندارد	۱۵/۶	۴۶/۱۲	۹۵/۱۲	۲۰/۷	۳۸/۲۴	۹۹/۴۶	۲۶/۹	۸۹/۷

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای مشاهده شده مدل با یکدیگر ارتباط مثبت دارند و همگی در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادارند. دامنه همبستگی بین متغیرها از ۰/۱۹ (بین اعتیاد و سوء استفاده جنسی) تا ۰/۸۴ (بین درون سازی و افکار خودکشی) متغیر بود. تمامی ضرایب همبستگی بین متغیرها معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$) همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، مقادیر تحمل هیچ یک از متغیرها کمتر از ۰/۱۰ و ضریب تورم واریانس (VIF) هیچ یک از متغیرها بالاتر از ۱۰ نبود. مدل در محیط نرم افزار AMOS 23 ترسیم و شاخص‌های برازش به همراه پارامترهای برآورد شده مدل استخراج شد. جدول ۳ شاخص‌های برازش برای الگوی پیشنهادی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی افکار خودکشی

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (χ^2)	۵۰/۴	$> ۰/۰۵$	-
سطح معناداری (P-value)	$P < ۰/۰۰۱$	-	مطلوب
درجه آزادی	۱۵	-	مطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/DF)	۳/۳۶	< ۵	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۸	$< ۰/۰۸$	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۷	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۵	$> ۰/۹۰$	مطلوب
برازندگی هنجار شده نرم شده (NFI)	۰/۹۶	$> ۰/۹۰$	مطلوب
شاخص برازش نیکویی (GFI)	۰/۹۶	$> ۰/۹۰$	مطلوب

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت بارهای عاملی برای شاخص‌های متغیرهای نهفته بسیار کم است که چنین مواردی روایی سازه و روایی همگرایی شاخص‌ها را نشان می‌دهد. آزمون مدل ساختاری اجرای اولیه مدل نشان داد که شاخص‌های دارای برازش مطلوب مورد نظر هستند ($CFI = 0/97$, $TLI = 0/95$, $IFI = 0/97$, $NFI = 0/96$, $GFI = 0/96$ و $RMSEA = 0/08$) تمامی ضرایب مستقیم در سطح الفای $0/01$ معنی دار هستند، به جز تأثیر ضریب مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر افکار خودکشی β ($P > 0/05 = 0/12$) که قابل توجه نبود. تاکارا و همکاران (۲۰۲۰) توضیح دادند که اگر مسیرهای ناچیز در مدل تخمین زده شده تشخیص داده شود، گام بعدی اصلاح مدل و ارزیابی مدل اصلاح شده است. بنابراین تأثیر مستقیم آسیب‌های دوران کودکی بر افکار خودکشی حذف شد و سپس فرضیه‌های تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.



شکل ۲. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح شده افکار خودکشی

همان‌طوری که در شکل ۲ نشان می‌دهد ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مشکلات رفتاری به افکار خودکشی، وقایع استرس‌آور زندگی به افکار خودکشی و تروماهای کودکی به مشکلات رفتاری معنادار و مستقیم بوده است. همان‌طور که در مدل مشاهده می‌شود، تمام مسیرهای مستقیم در مدل اصلاح شده معنی دار هستند. یافته‌های مدل اصلاح شده همچنین نشان داد که تروماهای دوران کودکی به مشکلات رفتاری ($P < 0/01$, $\beta = 0/55$)، وقایع استرس‌زای زندگی به افکار خودکشی ($P < 0/01$, $\beta = 0/48$) و مشکلات رفتاری به افکار خودکشی ($P < 0/01$, $\beta = 0/46$) پیش‌بینی کرد. مشکلات رفتاری به وقایع استرس‌زای زندگی ($P < 0/01$, $\beta = 0/68$) و وقایع استرس‌زای زندگی بر افکار خودکشی تأثیر می‌گذارد ($P < 0/01$, $\beta = 0/48$) و به‌طور خلاصه، مدل نهایی (شکل ۲) ۸۵ درصد از واریانس خودکشی را توضیح داد. جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده

شاخص‌ها	مقادیر	دامنه مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (χ^2)	۵۴/۵۰	$> 0/05$	-
سطح معناداری (P-value)	$P < 0/001$	-	مطلوب
درجه آزادی	۱۶	-	مطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/DF)	۳/۴۰	< 5	مطلوب
ریشه میانگین مجزورات خطای تقریب (RMSEA)	0/08	$< 0/08$	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	0/97	$> 0/90$	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	0/95	$> 0/90$	مطلوب
برازندگی هنجار شده نرم شده (NFI)	0/96	$> 0/90$	مطلوب

شاخص برازش نیکویی (GFI)	۰/۹۶	> ۰/۹۰	مطلوب
-------------------------	------	--------	-------

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود بارگذاری عاملی در مدل هسته ای از نظر آماری معنی دار ($P < ۰/۰۰۱$) بود. شاخص نیکویی برازش نشان داد که برازش مدل اصلاح شده افزایش یافته است ($RMSEA = 0/08$, $CFI = 0/97$, $TLI = 0/95$, $IFI = 0/97$, $NFI = 0/96$, $GFI = 0/96$, $CMIN / df = 3/40$). در نهایت، اندازه استاندارد و معناداری اثرات مستقیم و غیر مستقیم و کل متغیرهای مدل در جدول ۵ و ۶ مورد بررسی قرار می گیرد. شایان ذکر است که معناداری این اثرات با استفاده از روش بوت استراپ با ۵۰۰۰ مرتبه نمونه گیری مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۵ روابط مستقیم متغیرها در مدل تدوین افکار خودکشی نوجوانان دختران را نشان می دهد.

جدول ۵. روابط مستقیم متغیرها در مدل تدوین افکار خودکشی نوجوانان دختر

متغیر پیش بین	خطای استاندارد (SE)	ضرایب استاندارد نشده (B)	ضرایب استاندارد شده (β)	نسبت بحرانی (CR)	مقدار احتمال
مشکلات رفتاری به افکار خودکشی	۰/۱۲	۰/۶۷	۰/۴۶	۵/۲۰	< ۰/۰۰۱
وقایع استرس آور زندگی به افکار خودکشی	۰/۰۲	۰/۱۲	۰/۴۸	۴/۹۲	< ۰/۰۰۱
تروما به مشکلات رفتاری	۰/۰۳	۰/۲۴	۰/۵۵	۷/۳۴	< ۰/۰۰۱
تروما به وقایع استرس آور زندگی	۰/۱۷	۰/۶۷	۰/۲۶	۳/۹۲	< ۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری به وقایع استرس آور زندگی	۰/۴۴	۳/۹۴	۰/۶۸	۸/۸۱	< ۰/۰۰۱

از بررسی نتایج به دست آمده از جدول ۵ می توان چنین عنوان کرد که مشکلات رفتاری به افکار خودکشی رابطه مستقیم و معناداری دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $\beta = ۰/۴۶$). و همچنین وقایع استرس آور زندگی به افکار خودکشی ($P < ۰/۰۰۱$, $\beta = ۰/۴۸$)، تروماهای کودکی به مشکلات رفتاری ($P < ۰/۰۰۱$, $\beta = ۰/۵۵$)، تروماهای کودکی به وقایع استرس آور زندگی ($P < ۰/۰۰۱$, $\beta = ۰/۲۶$) و مشکلات رفتاری به وقایع استرس آور زندگی ($P < ۰/۰۰۱$, $\beta = ۰/۶۸$) رابطه مستقیم و معناداری دارند. برای تعیین معناداری روابط غیر مستقیم از آزمون بوت استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. اثرات غیرمستقیم در تدوین مدل افکار خودکشی نوجوانان دختر

نوع متغیر	ضریب مسیر	بوت استرپ	مقدار احتمال
پیش بین	غیر استاندارد (B)	حد بالا	حد پایین
تروماهای کودکی	۰/۵۹	۰/۲۴۸	۰/۲۹
مشکلات رفتاری	۰/۲۵۸	۰/۲۰	۰/۴۴
تروماهای کودکی	۰/۲۲	۰/۱۲۴	۰/۲۵
وقایع استرس آور	۰/۱۳۲	۰/۰۱	۰/۶۷
مشکلات رفتاری	۰/۳۳۸	۰/۵۴	۰/۳۳
وقایع استرس آور	۰/۳۲۶	۰/۱۶	۰/۷۳

بر اساس داده ها در جدول ۶، نشان می دهد که تمامی مسیرهای غیر مستقیم (تروماهای کودکی با میانجیگری مشکلات رفتاری، تروماهای کودکی با میانجیگری وقایع استرس آور زندگی و مشکلات رفتاری با میانجیگری وقایع استرس آور زندگی) رابطه ای مثبت و غیر مستقیم معناداری دارند. اثر کلی (ضریب β) تروماهای دوران کودکی بر افکار خودکشی برابر با ۰/۳۷۲ می باشد ($۰/۳۷۲ = ۰/۲۴۸ + ۰/۱۲۴$). اثر کلی (ضریب β) مشکلات رفتاری بر افکار خودکشی برابر با ۰/۷۸۶ می باشد ($۰/۷۸۶ = ۰/۳۲۶ + ۰/۴۶$).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف آزمون برازندگی مدل پیشنهادی برای تدوین ایده پردازی افکار خودکشی در نوجوانان دختر شهر خرم آباد صورت گرفت (شکل ۱). در این مطالعه، مشکلات رفتاری و وقایع استرس آور زندگی، اثر علی و مستقیم و معناداری بر افکار خودکشی دارند، همچنین تروماهای کودکی با میانجی گری مشکلات رفتاری و وقایع استرس آور زندگی نوجوان به طور غیر مستقیم توانست افکار خودکشی را پیش بینی کند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تروماهای کودکی اثر مستقیم و معنا داری بر افکار خودکشی ندارند. این یافته با مطالعات کایا و آیدین (۲۰۲۱)، استیوز و همکاران (۲۰۱۹)، کیان شیائو و همکاران، (۲۰۲۳)؛ زاشچیر ینسکایا و همکاران، (۲۰۲۳)؛ احمدی و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این موضوع می‌توان گفت سوء استفاده‌های دوره کودکی باعث بوجود آمدن اختلال‌های روانپزشکی در بزرگسالی می‌شود، که این مشکلات در صورت عدم درمان می‌تواند منجر به افکار خودکشی و اقدام به آن شود. اما خود ترومای کودکی به تنهایی منجر به خودکشی نمی‌شود. در واقع، یکی از پیامدهای مستقیم تروماهای کودکی افزایش خطر افسردگی، اختلالات روانپزشکی، اختلال شخصیت مرزی، مشکلات رفتاری و اضطراب‌های شدید در فرد می‌شود که در نهایت اگر درمان نشوند، می‌تواند منجر به افکار و اقدام به خودکشی در بزرگسالی شود. چرا که تروماهای شدید و طولانی تکانش گری را افزایش می‌دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیتها و اعمال، و کنترل هیجان‌های منفی است. این تکانش گری و بازداری نکردن هیجان‌های منفی در نوجوانی، خطر افکار خودکشی را افزایش می‌دهد.

یافته‌ها نشان می‌دهد زنانی که تحت این تصور هستند که نیازهای اساسی آنها برای امنیت و ثبات (یعنی طرحواره‌های قطع ارتباط و طرد) محقق نشده است، در معرض خطر بالایی برای ایجاد علائم افسردگی و عواقبی مانند افکار خودکشی هستند. به طور خاص، طرحواره‌های قطع/رد شامل محتوای بی‌ارزش یا احساس «احساس نکرده‌ام که برای کسی خاص هستم» را شامل می‌شود. این مضامین نشان می‌دهند افرادی که آسیب‌های دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، طرحواره‌هایی را ایجاد می‌کنند که طرد شده‌اند و دوست داشتنی نیستند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی مطابقت دارد (کالوت، ۲۰۱۵، رضایی و همکاران، ۲۰۱۶). اما نتایج نشان داده است که آسیب‌های دوران کودکی با میانجی گری وقایع استرس آور زندگی (تبعیض جنسیتی، اعتیاد به مواد مخدر و سیگار، داشتن استرس تحصیلی) و مشکلات رفتاری اثر علی و غیر مستقیم و معنا داری بر افکار خود کشی دارند.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد که مشکلات رفتاری اثر علی و مستقیم و معناداری بر افکار خودکشی دارد. این یافته با مطالعات هان تهنه و همکاران، ۲۰۱۹؛ پیتیر تامیرر و همکاران، ۲۰۲۲؛ موزلی و همکاران، ۲۰۲۳؛ دیمی تر هارتاس، ۲۰۲۳ و میری و همکاران، ۱۴۰۰ نیز همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی با مشکلات رفتاری آسیب زا، تحت شرایط منفی و استرس زا، سردرگمی، نگرانی و اضطراب، درماندگی و استرس بالایی را تجربه می‌کنند و عواطف منفی از خود نشان می‌دهند. اختلالات برون سازی^۴ مانند: کمبود توجه، بیش فعالی، پرخاشگری، اختلالات سرکشی و ارتباطی در پسران نسبت به دختران بیشتر هستند. اختلالات درون سازی^۵ مانند افسردگی، اضطراب، استرس پس از تروما در دختران شایع‌تر از پسران می‌باشد.

افسردگی شایع‌ترین اختلال مرتبط با خودکشی در نوجوانان است، که در دختران نسبت به پسران بیشتر است، ۸۷٪ تا ۹۰٪ از نوجوانان در زمان خودکشی از یک یا چند اختلال روانی (مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از تروما، اختلال شخصیتی مانند تحریک پذیری، تکانش گری و روان پریشی و اسکیزوفرنی) رنج می‌برند (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ شرنازاروف و همکاران، ۲۰۲۳؛ سپیوس و همکاران، ۲۰۲۳). در این یافته نشان داده شده که مشکلات رفتاری با میانجی‌گیری وقایع استرس آور زندگی (تبعیض جنسیتی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف سیگار، داشتن استرس تحصیلی) نیز اثر مستقیم و معناداری بر افکار خودکشی دارد. بررسی‌ها نشان داده است که یکی از علل خودکشی

1. Kaya, Idin
2. Steves
3. Qian, Xiao
4. Extroversion
5. Introversion

در کشورهای در حال توسعه، رویدادهای استرس آور زندگی است. این رویدادهای اجتماعی با توجه به تنوع فرهنگی، می‌توانند از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشند. مهم‌ترین علل اجتماعی اقدام به خودکشی در ایران مشکلات خانوادگی و زناشویی در افراد متأهل و در افراد مجرد، نوجوان و جوان مشکلات رفتاری، اقتصادی، تحصیلی و همچنین مصرف بالای مواد مخدر بودند. در خصوص مشکل تحصیلی می‌توان گفت مسئله کنکور در ایران بسیار مهم قلمداد شده و استرس زیادی را به جوانان (۱۵ - ۲۴ ساله) القا می‌کند میزان بالای اقدام به خودکشی در ماه‌های مربوط به فصل کنکور و اعلام نتایج آن را می‌توان به این پدیده نسبت داد (زرانی و همکاران، ۱۴۰۰).

یافته‌های دیگر، به بررسی رابطه بین وقایع استرس زای اخیر در زندگی نوجوانان، (تبعیض جنسیتی، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف سیگار، استرس تحصیلی) با افکار خودکشی در میان نوجوانان دختر پرداخته است. نتایج نشان داد که مجموعه این سه عامل با هم در پیش بینی افکار خودکشی معنا دار بوده و ضریب همبستگی خوبی با افکار خودکشی دارند. که با یافته‌های وانگ و همکاران (۲۰۱۸)، وو و همکاران (۲۰۱۸)، فرانکا اوبیاجلی اوکچوکو و همکاران (۲۰۲۲)، اووزچی جسی هاردی و همکاران (۲۰۲۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که نوجوانان به دلیل اینکه از لحاظ روان شناختی هنوز تکامل نیافته‌اند، ممکن است در مواجهه با وقایع استرس آور زندگی مثل شکست‌های عاطفی و یا استرس تحصیلی و تبعیض جنسیتی از هیجان‌های منفی و تکانش‌گری مانند اضطراب و افسردگی بیشتر رنج ببرند. از آنجایی که توانایی نوجوانان در حل وقایع استرس زای زندگی ضعیف است، زمانی که افراد نتوانند به سرعت مسائشان را حل کنند و از دریافت حمایت اجتماعی هم محروم باشند، در نتیجه، به مرور زمان آنها این فکر غلط را پرورش می‌دهند که خودکشی ممکن است تنها راه مقابله با حالت‌های هیجانی کنونی باشد که به موجب همین علت رو به سمت افکار خودکشی می‌آورند. از سوی دیگر اگر استرس‌ها مدت زمان زیادی ادامه یابند، از یک سو سیستم ایمنی، گوارشی و قلبی - عروقی فرد و از سوی دیگر تعادل روانی وی را تحت تأثیر قرار داده و این اختلالات جسمی و روانی نیز به نوبه خود سبب تمایل فرد به افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه می‌شود. در نهایت نتایج مطالعات گوناگون در ایران نیز حاکی از نرخ بالای خودکشی زنان و جوانان در دهه‌های گذشته در غرب کشور بوده است. گونه غالب خودکشی در لرستان (منطقه محل پژوهش) و مناطق لک نشین (کرمانشاه، ایلام و کردستان) به نوع قدرگرای^۱ دورکیم نزدیک‌تر است. به نظر می‌رسد همزیستی ارزش‌ها و هنجارهای سنتی و مدرن در کنار هم، خانواده‌ها را به کانونی از اختلاف، درگیری و خشونت تبدیل کرده است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۸). موقعیت جوانان در ارتباط با شرایط زندگی نامناسب، فقر فرهنگی، بی توجهی خانواده دختران، برای تأمین نیازهای زندگی آنان، عدم توجه عاطفی و وجود تبعیض‌های جنسیتی چه در خانواده و چه در جامعه محل سکونت دختران، سرنوشت آنان را به گروه بردگان پیوند می‌دهد. به عبارتی واقعیات اجتماعی جوامع مورد نظر، نشان دهنده احساس بی قدرتی نوجوانان و جوانان نسبت به خانواده و جامعه، در زمینه دستیابی به امکانات و شرایط زندگی مناسب و دلخواه خود است (زرانی و همکاران، ۱۴۰۰).

به‌طور کلی می‌توان گفت این پژوهش فقط بر روی نوجوانان دختر ۱۴ تا ۱۸ سال انجام شد، بنابراین در تعمیم یافته‌های آن به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود. چون شیوه نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به صورت در دسترس بود، تعمیم‌پذیری آن را با دشواری مواجه می‌سازد. با توجه به اهمیت موضوع و شیوع رو به افزایش افکار و اقدام به خودکشی در بین نوجوانان و جوانان، به بررسی سایر علل اساسی خودکشی در جامعه توجه بیش‌تری شود. با توجه به اینکه درصد مشخصی از شیوع افکار و اقدام به خودکشی برای دانش‌آموزان در این مطالعه ارائه نشده است، در سایر پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود. عدم همکاری برخی از آزمودنی‌ها و پاسخ ندادن صادقانه به پرسشنامه‌ها نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. طولانی بودن و تعداد زیاد سؤالات نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. عدم کنترل برخی از متغیرهای تأثیر گذار بر حیطه پژوهش مانند سطح اجتماعی و اقتصادی، نوع تجربه آسیب‌زا و موضوعات فرهنگی نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه پسران و با ابعاد وسیع‌تر انجام شود و نتایج یافته‌ها با یکدیگر مقایسه گردد.

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، متغیر تروماهای کودکی با میانجی‌گری مشکلات رفتاری، وقایع استرس آور زندگی در تبیین افکار خودکشی نقش دارد. بنابراین به نظر می‌رسد، در صورت عدم درمان تروماهای حاصله از دوران کودکی سلامت روانی فرد در نوجوانی و

بزرگسالی آسیب می‌بیند و زمینه برای ایجاد مشکلات و اختلالات روانی و رفتاری مثل: (اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، تکانش‌گری، شخصیت مرزی، بیقراری، ناامیدی و غیره) فراهم می‌شود. این افراد زمانی که در معرض مشکلات بعدی میان فردی مثل، وقایع استرس‌آور زندگی (اعتیاد به مواد مخدر، تبعیض جنسیتی و استرس تحصیلی) قرار بگیرند، شانس تمایل و اقدام به خودکشی در آنها افزایش یافته و ریسک خطر و اقدام به خودکشی بیشتر می‌شود. در تمام یافته‌های دیگر پژوهش، نشان داده شده است که بقیه متغیرها با افکار خودکشی رابطه مستقیم، علی و معناداری دارند.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند به مسئولین آموزش و پرورش در شناسایی عوامل و فاکتورهای خطر اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان کمک شایانی بکند. از مهم‌ترین عوامل خودکشی اختلالات روانی، مشکلات رفتاری، عوامل خانوادگی، افسردگی، استرس‌های خانوادگی و اجتماعی بیان شده است. با اقدامات شایسته مسئولین مدارس و مشاوران با پیگیری عوامل و مشکلات رفتاری نوجوان آنها را به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ارجاع دهند. همچنین متخصصان حوزه سلامت و پیشگیری نیز، در جهت تدوین و راهبرد های پیشگیری از خودکشی برای نوجوانان می‌توانند از یافته‌های این پژوهش استفاده نمایند. با درمان و اقدام زود هنگام و انجام مداخلات روان‌شناختی می‌توان از وقوع خودکشی در نوجوانان پیشگیری بعمل آورد. پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره مدارس و دانشگاه‌ها فعال و از نیروهای کارآمد و توانمند در حوزه سلامت در جهت ارائه خدمات روان‌شناختی به دانش‌آموزان و دانشجویان استفاده گردد. از دانش‌آموزان متوسطه اول و دوم در بدو ورود به مدرسه، غربالگری کلی و مصاحبه بالینی در مورد داشتن افکار خودکشی بعمل بیاید. مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر نیز استفاده از داده‌های مقطعی و محدود بودن جامعه آماری به گروه دختران نوجوان بود، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مدل پژوهش را با استفاده از گروه جنسیت پسران و در جوامع آماری دیگر مورد بررسی قرار دهند. و بهتر است با استفاده از داده‌های طولی این نمونه‌ها، در سالهای آتی و در بزرگسالی نیز مورد مطالعه قرار بگیرند.

ملاحظات اخلاقی

تمامی اصول اخلاقی در این مقاله در نظر گرفته شده است. شرکت‌کنندگان در جریان هدف پژوهش و مراحل اجرای آن قرار گرفتند. آن‌ها همچنین از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان داشتند.

حامی مالی

حامی مالی این مقاله دانشگاه لرستان می‌باشند.

تعارض منافع

اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت‌کنندگان از روند اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها، رعایت شد و هیچگونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با همکاری داشتند، تشکر می‌نماییم.

References

- ابراهیمی، ح، دژکام، م، و نقه/الاسلام، (۲۰۱۴). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- احمدی، ش، باقری، ر، رضایی، و خزاعی. (۱۴۰۱). پیش‌بینی نشانه‌های افسردگی دانش‌آموزان پسر براساس تروماهای دوران کودکی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸(۴)، ۱۹-۳۹. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.40788.2634>
- انیسی، ج، فتحی آشتیانی، س، سلطانی‌نژاد، ع، عبدا...، و امیری. (۱۳۸۵). بررسی شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در میان سربازان. *طب نظامی*، ۸(۲)، ۱۱۳-۱۱۸.

- رضائیان، م.، اشرف گنجوی، ا.، وزیری نژاد، ر.، احمدی نیا، ح.، و صوراسرافیل، ا. (۱۴۰۲). همبستگی بین میزان خودکشی با شاخص‌های آدم‌کشی، صلح، امید به زندگی، توسعه انسانی و نابرابری جنسیتی در سال ۲۰۱۶ و مقایسه آن با سال ۲۰۱۹ در کشورهای مختلف: یک مطالعه اکولوژیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲ (۱)، ۷۹-۱۰۲. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.22.1.79>
- زرانی، و احمدی. (۱۴۰۰). خودکشی در فرهنگ ایرانی: یک مطالعه مروری نظام‌مند. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۹)، ۲۰۵-۲۱۶. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7>
- سیمبر، م.، گلزار، س.، علیزاده، ش.، و حاجی فقها، م. (۱۳۹۶). عوامل خطر خودکشی نوجوانان در جهان: یک مرور روایتی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۶ (۱۲). <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.17353165.1396.16.12.2.6>
- شکری، ا.، کرمی‌نوری، ر.، فراهانی، م.، مرادی، ع.، و شهرآرای، م. (۱۳۸۹). آزمون ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه استرس تحصیلی. *نشریه علوم رفتاری*، ۴ (۱۴)، ۲۸۳-۲۷۷.
- عظیمی، ا.، یزدخواستی، ف.، مراشی، م.، و ابراهیمی، ا. (۲۰۲۲). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر فرهنگ و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و افکار خودکشی باتوجه به نقش تعدیل‌گر نوروتروفیک مشتق‌شده از مغز در دختران نوجوان. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۴ (۳)، ۱۶۳-۱۴۸. <http://dx.doi.org/10.30514/icsc.24.3.148>
- عنبی، م.، و بهرامی، ا. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی (مورد مطالعه: شهرستان‌های کوه‌دشت و پلدختر). *مطالعات/امنیت اجتماعی*، ۲۱، ۱۵۴-۱۲۱. <https://ecc.isc.ac/showJournal/1957/13008/140897>
- کاکابایی، ک.، حبیبی عسگرآبادی، م.، و فدایی، ز. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری ایشنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۱ تا ۱۸ سال کودک و نوجوان روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۱ (۴)، ۶۶-۵۰.
- میری، م.، رضائیان، م.، و قاسمی، س. ع. (۱۴۰۱). مروری نظام‌مند بر میزان شیوع و علل خودکشی (افکار و اقدام) در دانش‌آموزان و دانشجویان ایرانی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۱ (۵)، ۵۷۴-۵۵۱. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.5.551>
- یعقوبی هاشجین، س. ف.، و الهی، ط. (۱۳۹۲). تأثیر تبعیض جنسیتی ادراک‌شده بر سلامت روان زنان. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۱ (۳)، ۷-۲۶. <https://doi.org/10.22051/jwps.2014.1444>
- Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. (No Title).
- Alter, S., Wilson, C., Sun, S., Harris, R. E., Wang, Z., Vitale, A., ... & Haghighi, F. (2021). The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. *Journal of psychiatric research*, 136, 54-62.
- Back, S. N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry Reports*, 23, 1-10.
- Basiru, T., Adereti, I., Umudi, O., Ezeokoli, A., Nwoye, I., & Hardy, O. J. (2024). Do Cigarette smoking and amphetamine use predict suicide behaviors among adolescents in Liberia? Findings from a national cross-sectional survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(1), 199-215.
- Beck, A., & Steer, R. (1991). Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. *San Antonio psychological publication*, 5, 230-9.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Brown, M., Worrell, C., & Pariente, C. M. (2021). Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 211, 173291.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 85-99.
- Cano, M. Á., Schwartz, S. J., MacKinnon, D. P., Keum, B. T., Prado, G., Marsiglia, F. F., ... & de Dios, M. A. (2021). Exposure to ethnic discrimination in social media and symptoms of anxiety and depression among Hispanic emerging adults: Examining the moderating role of gender. *Journal of clinical psychology*, 77(3), 571-586.
- Cheng, F., Shi, L., Wang, S., Jin, Q., Xie, H., Wang, B., & Zhang, W. (2023). The relationship between childhood traumatic experience and suicidal tendency in non-suicidal self-injury behavior patients. *BMC psychiatry*, 23(1), 401.
- Esfahani, M., Hashemi, Y., & Alavi, K. (2015). Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 268.

- Rezaei, M., & Ghazanfari, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*, 246, 407-414.
- Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 205-208.
- Saffer, B. Y., & Klonsky, E. D. Do neurocognitive abilities distinguish suicide attempters from suicide ideators? A systematic review of an emerging.
- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2022). Childhood trauma and psychosis-what is the evidence? *Dialogues in clinical neuroscienc. e*
- Solovyova, Y., Sharapova, D., Karshiyev, Z., & Shernazarov, F. (2023). Suicide prevention in adolescents with mental disorders. *Science and innovation*, 2(D11), 303-308.
- Thakkar, J. J. (2020). Structural equation modelling. *Application for Research and Practice*.
- Wang, C. S., Lee, M., Ku, G., & Leung, A. K. Y. (2018). The cultural boundaries of perspective-taking: When and why perspective-taking reduces stereotyping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(6), 928-943.
- WHO. (2023). Preventing suicide: a resource for media professionals, 2023 update. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- Wu, C. Z., Yu, L. X., Sun, Q. W., Chen, Z. Z., & Jiang, G. R. (2018). Stress events in college students with suicide. *Chin. J. Clin. Psychol*, 26, 472-476.
- Xiao, Q., Yi, X., Fu, Y., Jiang, F., Zhang, Z., Huang, Q., ... & Chen, B. T. (2023). Altered brain activity and childhood trauma in Chinese adolescents with borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 323, 435-443.
- Yang, M., Tyrer, P., & Tyrer, H. (2022). The recording of personality strengths: An analysis of the impact of positive personality features on the long term outcome of common mental disorders. *Personality and Mental Health*, 16(2), 120-129.
- Yarar, E. Z., Bulut, B. P., & Demirbaş, H. (2023). Does gender really matter: childhood trauma, trait anger, and suicide risk in early adulthood. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), 1222-1238.
- Zashchirinskaia, O., & Isagulova, E. (2023). Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(1), 65.