



The Relationship between Childhood Maltreatment Experience and Psychological Distress with Suicide Attempts in Depressed Adolescents: The Mediating Role of Alexithymia

Authors

Mehdi Shomaliahmadabadi¹

Atefeh Barkhordariahmadabadi^{2*}

1. PhD in Psychology, Education department, Ardakan, Yazd, Iran

2. Master's student in clinical psychology, Azad University, Isfahan branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

Abstract

The present study aimed to investigate the mediating role of Alexithymia in the relationship between experiences of childhood maltreatment and psychological distress with suicidal behavior in depressed adolescents. The research design was descriptive-correlational. A total of 214 depressed adolescents from the cities of Ardakan and Meybod were selected and participated in the study in 2023 using a convenience sampling method. Participants completed questionnaires assessing depression (Beck, 1996), suicidal behavior (Osman et al., 2001), experiences of childhood maltreatment (Bernstein et al., 1994), psychological distress (Kessler et al., 2002), and Alexithymia (Parker & Taylor, 1994). Data analysis was conducted within the framework of structural equation modeling using SPSS 28 and Amos 26 software. Findings revealed that the direct effect of childhood maltreatment on suicidal behavior was non-significant ($p > 0.05$); however, the direct effects of psychological distress and Alexithymia on suicidal behavior were significant ($p < 0.05$). Path analysis indicated that the mediating role of Alexithymia in the relationship between childhood maltreatment and suicidal behavior in depressed adolescents was significant ($p < 0.05$), as well as the mediating role of Alexithymia in the relationship between psychological distress and suicidal behavior in this population ($p < 0.05$). These findings support the complex influence of Alexithymia in the relationship between childhood maltreatment, psychological distress, and suicidal behavior in depressed adolescents, which may be considered in effective interventions aimed at reducing suicidal behavior in this demographic.

Keywords: Alexithymia, Experiences of Childhood Maltreatment, Psychological Distress, Suicidal Behavior, Depressed Adolescents

***Corresponding Author:** Atefeh Barkhordariahmadabadi, Master's student in clinical psychology, Azad University, Isfahan branch (Khorasgan), Isfahan, Iran. atefeh.8449@gmail.com

Citation: Shomaliahmadabadi, Mehdi, Barkhordariahmadabadi, Atefeh. (2025). Investigate the Mediating Role of Alexithymia in The Relationship Between Experiences of Childhood Maltreatment and Psychological Distress with Suicidal Behavior in Depressed Adolescents. *Scientific Journal of Social Psychology*, 74(12), 71-85.

Extended Abstract

Introduction

Adolescent mental health has emerged as a critical global issue, with depression affecting approximately 13-19% of young people worldwide (Barker et al., 2019). This pervasive condition is closely linked to suicidal behaviors, positioning suicide as a leading cause of mortality among adolescents (WHO, 2019). Extensive research has identified childhood maltreatment and psychological distress as prominent risk factors for suicide attempts (Angelakis et al., 2020; Kee et al., 2024). Childhood maltreatment, including physical, emotional, and sexual abuse as well as neglect, exerts profound and enduring effects on mental well-being, often manifesting as depression, anxiety, and suicidal ideation in later years (Holliday et al., 2023). Similarly, psychological distress—encompassing symptoms of emotional turmoil such as anxiety and depression—serves as a significant precursor to suicidal behavior

(Horwitz, 2002). Despite these established connections, the pathways through which these factors contribute to suicide attempts are not fully understood, particularly among depressed adolescents, warranting further investigation into potential mediating mechanisms.

One such mechanism is alexithymia, a construct characterized by difficulties in identifying, describing, and processing emotions (Sifneos, 1972). Alexithymia has been associated with both childhood maltreatment and increased suicide risk, as it hampers effective emotional regulation—a key protective factor against suicidal behavior (Hong et al., 2024). Adolescents with elevated alexithymia may struggle to articulate or manage their emotional experiences, potentially resorting to maladaptive coping strategies, including suicidal actions (Heshmati et al., 2023). Although prior studies have examined these variables in isolation, the specific role of alexithymia as a mediator between childhood maltreatment, psychological distress, and suicide attempts remains underexplored in the context of adolescent depression. This gap in the literature is significant, given that not all adolescents exposed to maltreatment or distress engage in suicidal behavior, suggesting that intervening factors like alexithymia may modulate these relationships. This study aims to address this gap by investigating whether alexithymia mediates the associations between childhood maltreatment, psychological distress, and suicide attempts in a sample of depressed adolescents. By elucidating these pathways, the research seeks to enhance understanding of the mechanisms underlying suicide risk in this vulnerable group. Such insights are vital for informing targeted mental health interventions that can interrupt the progression from early adversity and emotional distress to suicidal behavior. This study contributes to the broader discourse on adolescent mental health by integrating established risk factors with a novel mediating variable, offering both theoretical advancements and practical implications for clinicians and policymakers striving to reduce suicide rates among youth.

Material and Methods

The study employed a descriptive-correlational design with a sample of 214 depressed adolescents (aged 15-18) from Ardakan and Meybod, Iran, recruited via convenience sampling in 2023. Inclusion criteria included a BDI-II score above 37.5 and enrollment in secondary schools. Participants completed the BDI-II, SBQ-R, CTQ, K10, and TAS-20. SEM was conducted using SPSS 28 and Amos 26, with model fit evaluated through indices like RMSEA, CFI, and GFI. Ethical protocols ensured informed consent and confidentiality.

Findings

The sample (N=214, 57% female, mean age=16.5) had mean scores of 15.14 (SD=31.97) for childhood maltreatment, 27.37 (SD=10.81) for psychological distress, 55.54 (SD=15.63) for alexithymia, and 8.99 (SD=14.67) for suicide attempts. SEM results are presented below:

Path	Direct Effect (β)	p-value	Indirect Effect (β)	p-value
Childhood Maltreatment → Suicide Attempts	0.045	0.663	-	-
Psychological Distress → Suicide Attempts	0.419	0.002	-	-
Alexithymia → Suicide Attempts	0.253	0.001	-	-
Childhood Maltreatment → Alexithymia → Suicide Attempts	-	-	0.132	0.004
Psychological Distress → Alexithymia → Suicide Attempts	-	-	0.149	0.001

The table illustrates that childhood maltreatment did not directly influence suicide attempts ($\beta=0.045$, $p=0.663$), suggesting its effect is not independent in this model. Conversely, psychological distress ($\beta=0.419$, $p=0.002$) and alexithymia ($\beta=0.253$, $p=0.001$) showed significant direct effects on suicide attempts. Notably, alexithymia mediated the relationships between childhood maltreatment and suicide attempts (indirect effect=0.132, $p=0.004$) and between psychological distress and suicide attempts (indirect effect=0.149, $p=0.001$). These results indicate that alexithymia acts as a critical link, amplifying the impact of maltreatment and distress on suicidal behavior.

Discussion and Conclusion

This study found that childhood maltreatment does not directly contribute to suicide attempts in depressed adolescents, diverging from prior research that often highlights a direct association (Holliday et al., 2023). Instead, its influence appears channeled through alexithymia, which also mediates the link between psychological distress and suicidal behavior. These findings align with studies suggesting that alexithymia, marked by challenges in identifying and expressing emotions, heightens suicide risk by disrupting emotional regulation (Hong et al., 2024). The mediating role of alexithymia supports the stress-diathesis model, where childhood maltreatment serves as an environmental stressor and alexithymia acts as a vulnerability factor, increasing susceptibility to suicidal tendencies (Li et al., 2024). Psychological distress, characterized by symptoms like anxiety and hopelessness, was also found to directly influence suicide attempts, consistent with literature linking emotional turmoil to suicidal ideation (Kee et al., 2024). Limitations include the cross-sectional design and regional sample, suggesting a need for longitudinal and diverse studies. This research advances understanding of suicide risk factors and informs clinical strategies.

رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پریشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده: نقش میانجی ناگویی هیجانی

نویسندگان

مهدی شمالی احمدآبادی^۱عاطفه برخوردار احمدآبادی^{۲*}

۱. دکتری روانشناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پریشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده بود. طرح پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است. ۲۱۴ نفر از نوجوانان افسرده در شهرهای اردکان و میبد در سال ۱۴۰۲ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های افسردگی (بک، ۱۹۹۶)، اقدام به خودکشی (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱)، تجربه بدرفتارهای دوران کودکی (برنشتاین و همکاران، ۱۹۹۴)، پریشانی روانشناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) و ناگویی هیجانی (بارکر و تیلور، ۱۹۹۴) را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها در چارچوب مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای *Spss ۲۸* و *Amos 26* انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد اثر مستقیم تجربه بدرفتارهای دوران کودکی به اقدام به خودکشی غیرمعنی‌دار ($P > 0.05$)؛ اثر مستقیم پریشانی روانشناختی و ناگویی هیجانی به اقدام به خودکشی معنی‌دار است ($P < 0.05$). نتایج تحلیل مسیر نشان داد نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار ($P < 0.05$) و نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده نیز معنادار بوده است ($P < 0.05$). یافته‌ها از تأثیر پیچیده ناگویی هیجانی در رابطه بین بدرفتارهای دوران کودکی، پریشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی را در نوجوانان افسرده حمایت کرد که می‌تواند در مداخلات موثر برای کاهش اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: ناگویی هیجانی، تجربه بدرفتارهای دوران کودکی، پریشانی روانشناختی، اقدام به خودکشی، نوجوانان افسرده

*نویسنده مسئول: عاطفه برخوردار احمدآبادی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

atefeh.8449@gmail.com

استناد به این مقاله: شمالی احمدآبادی، مهدی، برخوردار احمدآبادی، عاطفه. (۱۴۰۳). نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پریشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده. نشریه روانشناسی اجتماعی، ۷۴(۱۲)، ۷۱-۸۵.

مقدمه

مشکلات سلامت روان در میان نوجوانان یک نگرانی رو به رشد سلامت عمومی است که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از کودکان و نوجوانان در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مک‌کیزه^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که در سطح جهانی شیوع افسردگی و اضطراب را در میان نوجوانان با شیوع تلفیقی از ۱۳ تا ۱۹ درصد است (بارکر^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان افسردگی که یک اختلال پیچیده و فراگیر در سلامت روان است که بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳، با احساس مداوم غمگینی یا از دست دادن علاقه یا لذت در بیشتر فعالیت‌ها مشخص می‌شود و می‌تواند اثرات شدید

¹. Mkhize

². Barker

³. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

و ماندگاری بر افراد، به ویژه نوجوانان داشته باشد (بهار^۱، ۲۰۲۳). افسردگی به طور قابل توجهی بر عملکرد روزانه نوجوانان تأثیر می‌گذارد و می‌تواند به انواع مشکلات روانی و جسمی منجر شود (مکیزه و همکاران، ۲۰۲۴). مساله نگران کننده در خصوص افسردگی در نوجوانان این است که افکار و رفتارهای خودکشی^۲ در میان نوجوانان افسرده رایج است (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). افکار خودکشی که خودکشی به معنای داشتن افکار یا احساسات مرتبط با خودکشی است، در حالی که خودکشی خودکشی به معنای انتخابی نهادینه و نهاده‌ای برای پایان دادن به زندگی خود است (چنگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد خودکشی یکی از مهمترین علل مرگ و میر در نوجوانان است به طوریکه در سطح جهان، بیش از ۱۵۰۰۰۰ مرگ و میر خودکشی در این گروه سنی در سال ۲۰۱۹ تخمین زده شده است (سازمانی بهداشت جهانی^۵، ۲۰۱۹). اقدام به خودکشی حتی بیشتر از خودکشی کامل شیوع دارد (بکر و کورل^۶، ۲۰۲۰)، به طوریکه نسبت اقدام به خودکشی به خودکشی کامل در بین نوجوانان ۵۰ به ۱ تا حتی ۱۰۰ به ۱ برآورد شده است (چنگ و همکاران، ۲۰۲۴). این در حالی است که بسیاری از اقدامات انجام شده در خودکشی ممکن است هرگز گزارش نشوند؛ از این رو شناسایی، پیشگیری و رسیدگی به افکار خودکشی برای افزایش رفاه روانی و جلوگیری از خودکشی در نوجوانان بسیار مهم است.

در خصوص علل اقدام به خودکشی عوامل مختلفی از جمله مشکلات روانشناختی (وانگ و همکاران، ۲۰۲۴)، هیجان‌های منفی (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲)، ویژگی‌های خانواده و فرزندپروری (ژائو و وانگ^۷، ۲۰۲۳) مشکلات روانی (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲)، عنوان شده است. در این بین یکی از متغیرهایی که نقش مهمی در بروز رفتارهای ناکارآمد از جمله اقدام به خودکشی دارد، تجربه بدرفتارهای دوران کودکی^۸ است (حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲). تجربه بدرفتارهای دوران کودکی به تجارب آزار و غفلت افراد در دوران کودکی خود اشاره دارد که عمدتاً شامل اشکال مختلف آزار عاطفی، آزار جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی می‌شود (یائو^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

چنین تجربیاتی می‌تواند اثرات طولانی مدت عمیقی بر سلامت روان داشته باشد و بر ایجاد مشکلات روانی مختلف از جمله افسردگی و اضطراب تأثیر بگذارد (حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲). افزایش مشکلات سلامت روان در افراد با تجربه بدرفتارهای دوران کودکی را می‌توان به عوامل متعددی، از جمله مشکلات هیجانی، راهبردهای مقابله ای ناسازگار، عزت نفس پایین و الگوهای دلبستگی ناکارآمد که ممکن است احساس ناامیدی و ناامیدی را تشدید کند، نسبت داد که نقش موثری در افکار خودکشی دارد هالیدی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات تجربی تایید کرده‌اند که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی یک عامل خطر مهم برای اقدام به خودکشی است: نوجوانی که بدرفتارهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افرادی که آن را تجربه نکرده‌اند، در معرض خطر خودکشی قرار دارند (آنجلاکیس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی نتایج مطالعات پیشین از رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و خودکشی حمایت کرده است (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ هالیدی و همکاران، ۲۰۲۴).

متغیر دیگری که در ارتباط با اقدام به خودکشی مطرح می‌شود، پریشانی روانی^{۱۲} است (کی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). پریشانی روانی به طور گسترده به عنوان حالتی از رنج عاطفی تعریف می‌شود که با علائم افسردگی (به عنوان مثال، از دست دادن علاقه، ناراحتی، ناامیدی) و اضطراب (مانند بی‌قراری، احساس تنش) مشخص می‌شود (هورویتز^{۱۴}، ۲۰۰۲). از آنجاکه پریشانی روانی به عنوان یک متغیر نهفته عمدتاً به صورت علائم افسردگی و اضطراب در سطح علائم ظاهر می‌شود (ژانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰)، می‌تواند به میزان زیادی اقدام به خودکشی را پیش‌بینی کند (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱). علاوه بر این، برخی از مطالعات نشان داده‌اند که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی می‌تواند به طور مثبت سطح پریشانی روانی نوجوانان را پیش‌بینی کند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱). یک مطالعه طولی نیز نشان داد که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی یک عامل خطر برجسته

1. Bahar

2. Suicide

3. Wang

4. Cheng

5. World Health Organization (WHO)

6. Becker & Correll

7. Zhao & Wang

8. Childhood Trauma

9. Yao

10. Holliday

11. Angelakis

12. Psychological distress

13. Kee

14. Horwitz

15. Zhang

برای پربشانی روانی است و تأثیر ماندگار قابل توجهی بر آن دارد (کوزمینسکایا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). به طور کلی یافته‌های مطالعات پیشین از ارتباط بین پربشانی روانی و اقدام به خودکشی حمایت کرده است (بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کگلی^۲ و همکاران، ۲۰۲۴؛ کی و همکاران، ۲۰۲۴).

اما آنچه به عنوان مساله اصلی این پژوهش مطرح می‌شود این است که چرا لزوماً تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پربشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی همراه نیست؟ در واقع به نظر می‌رسد که عواملی به عنوان تسهیل‌گر این رابطه را تقویت نمایند. ناگویی هیجانی^۳، که با مشکلات در شناسایی و بیان هیجانات مشخص می‌شود (سیفنتوس^۴، ۱۹۷۲)، به میزان زیادی زیادی تحت تأثیر بدرفتاری در دوران کودکی است که می‌تواند مانع توسعه راهبردهای تنظیم هیجان سالم شود. این به نوبه خود می‌تواند منجر به سطوح بالاتری از پربشانی روانی شود و در نهایت خطر خودکشی را در نوجوانان افسرده افزایش دهد (هانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس نتایج مطالعات پیشین بین ناگویی هیجانی و خودکشی رابطه وجود دارد (حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ بابایی و همکاران، ۱۴۰۱؛ هانگ و همکاران، ۲۰۲۴) و از سوی دیگر مطالعات پیشین نشان داده که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی در بروز مشکلات هیجانی نقش دارد (زارع داویجانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ لی^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین بررسی پیشینه پژوهش حاکی ارتباط معنی‌دار بین پربشانی روانشناختی و ناگویی هیجانی است (السلیمان و همکاران، ۲۰۲۴؛ لی و همکاران، ۲۰۲۴).

در واقع به نظر می‌رسد از آنجاکه ناگویی هیجانی به عنوان پلی بین تجارب بدرفتاری دوران کودکی، پربشانی روانی و افکار خودکشی در نوجوانان افسرده عمل می‌کند، بتواند نقش میانجی را در این رابطه پیچیده ایفا کند. این در حالی است که تحقیقات موجود هر یک از این عوامل به طور مستقل بررسی کرده و در خصوص میانجیگری ناگویی هیجانی شکاف پژوهشی وجود دارد. از آنجائیکه درک نقش میانجی ناگویی هیجانی می‌تواند مکانیسم‌های زمینه‌ای را که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی را با پربشانی روانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده مرتبط می‌سازد، روشن کند. با شناسایی نقش میانجی ناگویی هیجانی، می‌توان مداخلاتی را برای هدف قرار دادن و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان طراحی کرد و به طور بالقوه خطر افکار خودکشی را در این جمعیت آسیب‌پذیر کاهش داد. بنابراین این مطالعه به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پربشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده نقش میانجی دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه نوجوانان افسرده ۱۵ تا ۱۸ سال در شهرهای اردکان و میبد در سال ۱۴۰۲ با تعداد تقریبی ۲۸۰۰ نفر بود. نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. از آنجا که در مدل‌سازی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه بر اساس متغیرهای پنهان تعیین می‌شود نه متغیرهای مشاهده‌پذیر؛ (۵ تا ۲۰ نمونه برای هر عامل یا متغیر پنهان لازم است)، اما بطور کلی حداقل ۲۰۰ نمونه توصیه شده است (حبیبی و عدن‌ور، ۱۳۹۷). در این پژوهش با در نظر گرفتن احتمال ریزش شرکت‌کنندگان حجم نمونه ۲۳۰ نفر در نظر گرفته شد. پس از هماهنگی با مسئولین آموزش و پرورش اردکان و میبد، پرسش‌نامه‌ها به صورت برخط طراحی و توسط رابطین در گروه‌های دانش‌آموزی توزیع شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تحصیل در دوره دوم متوسطه شهرهای اردکان و میبد، تمایل برای شرکت در پژوهش و کسب نمره بالاتر از ۳۷/۵ در پرسش‌نامه ۲۱ سوالی افسردگی بک^۷ (۱۹۹۶) و معیار خروج نیز عدم دقت در پاسخدهی به سوالات در نظر گرفته شد. به منظور غربالگری و اطمینان از معیارهای ورود شرکت‌کنندگان، ابزار مجازی پژوهش به گونه‌ای طراحی شد که تنها افراد دارای معیارهای ورود به پژوهش بتوانند تمامی سوالات را پاسخ دهند، برای سایر افراد فقط آزمون افسردگی قابل پاسخدهی بود. چنانچه نمره شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه ۲۱ سوالی افسردگی بک (۱۹۹۶)، کمتر از ۳۷/۵ بود و یا سایر معیارهای ورود را نداشتند، به صورت خودکار از مطالعه خارج و تنها آزمون افسردگی برای آن‌ها تفسیر شد. در مجموع ۱۹۳۴ نفر پرسش‌نامه را ملاحظه کرده و ۱۱۷۴ نفر به آن پاسخ دادند که از این مجموع ۲۳۹ آزمودنی معیارهای ورود به پژوهش را داشتند.

1. Kuzminskaite

2. Cogley

3. Alexithymia

4. Sifneos

5. Hong

6. Li

7. Beck

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که از اطلاعات خصوصی و شخصی شان محافظت خواهد و نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر خواهد شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در تحقیق هیچگونه بار مالی برای آنها در پی نخواهد شد. همچنین پژوهش حاضر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها و جامعه هیچ گونه مغایرتی نداشت.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی: این پرسش‌نامه توسط بک^۱ (۱۹۹۶)، در ۲۱ ماده ارائه شده است. هر ماده دارای ۴ گزینه دارد که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این تست ۶۳ است و حداقل آن صفر است. اعتبار و روایی نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسش‌نامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳/۰ تا ۹۳/۰ با میانگین ۸۶/۰ است ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۸۶ تا ۰/۸۶ قرار دارد این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. این پرسش‌نامه به صورت یک پرسش‌نامه خودگزارشی است، در این پرسش‌نامه چندین گروه سوال وجود دارد و هر سوال بیان کننده حالتی است (میرزایی و اکبری، ۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی این پرسش‌نامه در ایران در پژوهش رفیعی و سیفی با استفاده از روش آماری آزمون و بازآزمون بررسی شد که مقدار روایی ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۳۳ بدست آمد.

اقدام به خودکشی: برای سنجش اقدام به خودکشی از پرسش‌نامه تجدیدنظرشده خودکشی^۲ (SBQ-R) استفاده شد. این مقیاس یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های خودکشی است که از ۴ سؤال تشکیل شده و هر گویه ابعاد مختلفی از قابلیت فرد برای خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه اول افکار و اقدام به خودکشی، گویه دوم فراوانی افکار خودکشی طی سال گذشته، گویه سوم در بردارنده بیان نیت و گویه چهارم احتمال اقدام به خودکشی در آینده را مورد سنجش قرار می‌دهد. نقطه برش نمره کلی این آزمون، نمره ۷ برای جمعیت عادی و نمره ۸ برای بیماران بالینی است. همین طور نقطه برش سؤال اول ۲ است. طراحان این مقیاس گزارش کرده‌اند که این ابزار دارای اعتبار درونی، پایایی خوب و همین طور توانایی تمیز گروه دارای تمایلات خودکشی از گروه فاقد گرایش به خودکشی است (عثمان^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). این آزمون از پایایی درونی، روایی بالا و حساسیت عالی در تمیز آزمودنی‌های خودکشی‌گرا از غیرخودکشی‌گرا برخوردار است (عثمان و همکاران، ۲۰۰۱). در مطالعه رشید^۴ و همکاران (۲۰۱۶) آلفای کرونباخ این ابزار در جامعه ایرانی در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی ۰/۸۵ گزارش شد. در تحقیق کیانی چلمردی، رشید و رضانی (۱۳۹۸)، همسانی درونی در سطح قابل‌پذیرشی بوده است ($\alpha=0/80$). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۹۴ بدست آمد.

تجربه بدرفتارهای دوران کودکی: پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی به وسیله برنشتاین^۵ و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد. پرسش‌نامه ۵ نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را می‌سنجد که عبارت‌اند از: سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی به کار می‌رود که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای کمتر در دوران کودکی است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره‌گذاری هر یک از مؤلفه‌های پرسش‌نامه در ادامه آمده است. سؤال‌های ۱۰، ۱۶ و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سؤالات بیشتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، در مطالعه‌ای که بر روی ۳۷۸ مورد سوء استفاده با استفاده از تحلیل عامل تاییدی شاخص‌های

^۱ . Beck

^۲ . Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)

^۳ . Osman

^۴ . Rashid

^۵ . Bernstein

روایی پرسش‌نامه را محاسبه و مطلوب گزارش کردند. برنشتاین^۱ و همکاران (۱۹۹۴)، در مطالعه پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همچنین قابلیت اطمینان آزمون-بازآزمون را برای یک زیر گروه ۴۰ نفره در یک بازه زمانی ۲ تا ۸ ماهه، با یک همبستگی درون کلاسی برای مقیاس کل ۰/۸۸ گزارش کردند. روی^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، نیز پایایی پرسش‌نامه در به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ محاسبه و در دامنه ۰/۹۴ و ۰/۷۹ قرار گرفت. در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌السلام (۱۳۹۲)، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مولفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۳۲ بدست آمد.

پیشانی روانشناختی: پرسش‌نامه پیشانی روانشناختی کسلر^۳ و همکاران (۲۰۰۲)، به منظور سنجش اختلالات روانی با ۱۰ سوال طراحی و تدوین شده است. پرسش‌نامه نشانه‌های روانشناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲)، به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات=۴، بیشتر اوقات=۳، بعضی اوقات=۲، به ندرت=۱ و هیچ‌وقت=۰ است که بین ۴-۰ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. اندرسون^۴ و همکاران (۲۰۱۱)، پایایی و روایی محتوایی این پرسش‌نامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. همچنین پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲)، ۰/۹۳ گزارش شد. یعقوبی (۱۳۹۴)، نیز در ایران در پژوهشی روایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. فرازمند و ابراهیمی (۱۳۹۷)، پایایی پرسش‌نامه را استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۹۱۷ بدست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۵ (TAS-20): این پرسش‌نامه توسط باگبی، پارکر و تیلور^۶ در سال ۱۹۹۴ معرفی شده، یک یک آزمون ۲۰ سوالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱=کاملاً موافق تا ۵=کاملاً مخالف) می‌سنجد. گویه‌های ۱۸، ۱۰، ۵، ۴ و ۱۹ در این مقیاس به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از جمع نمره‌های سه زیر مقیاس، یک نمره کل برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تایید شده است. بشارت، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰ درصد تا ۷۷ درصد برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تایید شده است و نتایج ضرایب همبستگی پیرسون برای بررسی روایی همزمان نمره کل مقیاس ناگویی هیجانی با هوش هیجانی (۲=۰/۶۸) و با بهزیستی روان شناختی (۲=۰/۷۰) گزارش شده است (کاکاوند و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۸۲۹ بدست آمد. پس از حذف داده‌های پرت، ۲۱۴ داده با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و بهره‌گیری از نسخه ۲۶ نرم‌افزار Amos و نسخه ۲۸ نرم‌افزار Spss تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۱۴ شرکت‌کننده در پژوهش، سن ۹۲ نفر (۴۳/۰ درصد) پسر و ۱۲۲ نفر (۵۷/۰ درصد) نیز دختر بود. ۶۶ نفر (۳۰/۸ درصد) در پایه دهم، ۷۹ نفر (۳۶/۹ درصد) یازدهم و ۶۹ نفر (۳۲/۲ درصد) نیز در پایه دوازدهم مشغول به تحصیل بودند. معدل تحصیلی ۵۸ نفر (۲۷/۱ درصد) ضعیف، ۱۱۵ نفر (۵۳/۷ درصد) خوب و ۴۱ نفر (۱۹/۲ درصد) نیز خیلی خوب بود. توزیع فراوانی نمرات متغیرها و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه شاخص‌های نرمال بودن در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Bernstein

2. Roy

3. Psychological Distress Scale

4. Anderson

5. Toronto Alexithymia Scale

6. Bagby, Parker & Taylor

جدول ۱. توزیع فراوانی نمرات متغیرها و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش به همراه شاخص‌های نرمال بودن

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
اقدام به خودکشی	۸/۹۹	۱۴/۶۷	۰/۹۰۹	-۰/۰۷۰	۱			
تجربه بدرفتارهای دوران کودکی	۱۵/۱۴	۳۱/۹۷	۱/۵۵۹	۱/۳۲۰	۰/۲۹۴**	۱		
پیشانی روانشناختی	۲۷/۳۷	۱۰/۸۱	۰/۳۰۲	-۱/۰۰۷	۰/۵۹۸**	۰/۳۸۳**	۱	
ناگویی هیجانی	۵۵/۵۴	۱۵/۶۳	-۰/۳۴۱	-۰/۶۸۷	۰/۴۵۸**	۰/۳۴۰**	۰/۵۸۹**	۱

نتایج جدول ۱، نشان می‌دهد بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ بین پیشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ بین ناگویی هیجانی و اقدام به خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)؛ همچنین رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پیشانی روانشناختی) و میانجی (ناگویی هیجانی)، رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$) و میزان همبستگی نیز کمتر از ۰/۷ است که نشان‌دهند عدم وجود همپوشانی بین متغیرهاست. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مقدار کجی و کشیدگی در بازه مجاز ۲ تا ۲- قرار دارد و این مسأله نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. پس از بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش و نرمال بودن توزیع داده‌ها، در ادامه یافته‌های مربوط به تحلیل مسیر متغیرهای پژوهش ارائه شد. قبل از بررسی مدل، مفروضه‌های آزمون و وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی بررسی و حذف شد. برای برآورد مدل از روش بیشینه درست نمایی و شاخص‌های ریشه واریانس خطای تقریب^۱ (RMSEA)، ریشه استاندارد واریانس پس‌ماند^۲ (SRMSR) شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۳ (CFI)، شاخص برازش نرم‌شده^۴ (NFI)، شاخص نیکویی برازش^۵ (GFI) و شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده^۶ (AGFI) استفاده شد. برآورد شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. برآورد شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازندگی	مقدار	وضعیت مطلوب
آزمون مجذور کای (χ ²)	۳۴/۵۷۰	-
درجه آزادی (df)	۱۵	-
سطح معنی داری	p=۰/۰۰۳	بیشتر از ۰/۰۵
نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ ² /df)	۲/۳۰۵	کمتر از ۳
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۶۰	بیشتر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI)	۰/۹۰۹	بیشتر از ۰/۹
شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)	۰/۹۵۹	بیشتر از ۰/۹
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۰/۹۷۷	بیشتر از ۰/۹
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳۷	بیشتر از ۰/۹
شاخص توکر-لوپیس (TLI)	۰/۹۶۰	بیشتر از ۰/۹
ریشه میانگین مجزورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۸	کمتر از ۰/۰۸

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود پس از اصلاح مدل، شاخص‌های برازش مدل به حد مطلوب رسیده‌اند. بر اساس یافته‌های جدول مقدار مجذور کای معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$). ملاک نسبت مجذور کای به درجه آزادی ۲/۳۰۵ بدست آمد که مطلوب است. تمامی شاخص‌های برازش مدل نیز به معیار مطلوب برای برازش رسیده‌اند. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۹۷۷، شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۶۰، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر با ۰/۹۰۹، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با ۰/۹۵۹، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) برابر با ۰/۹۳۷ و شاخص توکر-لوپیس (TLI) برابر با ۰/۹۶۰ به دست آمده که همگی بالای ۰/۹۰ هستند که برای برازش مدل مطلوب تلقی می‌شود و مدل

۱. Root Mean Square Error of Approximation

۲. Standardized Root Mean Square Residual

۳. Comparative Fit Index

۴. Normed Fit Index

۵. Goodness of Fit Index

۶. Adjusted Goodness of Fit Index

پیشنهادی از برازش کافی برخوردار است. ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز ۰/۰۷۸ بدست آمد که مطلوب تلقی می‌شود. الگوی ساختاری مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در نوجوانان افسرده در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. الگوی ساختاری مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در نوجوانان افسرده

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	خطا	حد پائین	حد بالا	سطح معناداری
تجربه بدرفتارهای دوران کودکی	اقدام به خودکشی	۰/۰۶۱	۰/۰۴۵	۰/۰۸۹	-۰/۱۳۶	-۰/۲۱۰	۰/۶۶۳
پیشانی روانشناختی	ناگویی هیجانی	۰/۲۱۰	۰/۴۱۹	۰/۰۷۱	۰/۲۶۵	۰/۵۵۱	۰/۰۰۲
تجربه بدرفتارهای دوران کودکی	پیشانی روانشناختی	۰/۱۷۳	۰/۲۵۳	۰/۰۶۲	۰/۱۳۶	۰/۳۷۷	۰/۰۰۱
تجربه بدرفتارهای دوران کودکی	ناگویی هیجانی	۰/۲۵۰	۰/۱۲۶	۰/۰۴۹	۰/۰۲۶	۰/۲۲۵	۰/۰۱۱
پیشانی روانشناختی	ناگویی هیجانی	۰/۴۳۲	۰/۴۳۲	۰/۰۵۳	۰/۴۶۷	۰/۶۷۸	۰/۰۱

بر اساس یافته‌های جدول ۳ ضریب استاندارد مستقیم تجربه بدرفتارهای دوران کودکی به اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده غیرمعنی‌دار است ($P > ۰/۰۵$). ضرایب استاندارد مستقیم پیشانی روانشناختی و ناگویی هیجانی به اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$). ضرایب استاندارد مستقیم تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پیشانی روانشناختی به ناگویی هیجانی در نوجوانان افسرده معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$). نتایج بوت استرپ برای بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پیشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج بوت استرپ روابط غیر مستقیم نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پیشانی

مسیر	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	ضریب کل	خطا	سطح معناداری
نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای ...	۰/۰۶۳	۰/۱۳۲	۰/۱۷۷	۰/۰۶۹	۰/۰۰۴
نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین پیشانی	۰/۰۷۵	۰/۱۴۹	۰/۵۶۸	۰/۰۵۷	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین پیشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار بوده است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و پیشانی روانشناختی با اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده انجام شد. نتایج نشان داد که اثر مستقیم تجربه بدرفتارهای دوران کودکی به اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار نبوده است. در حالی که مطالعات پیشین تایید کرده‌اند که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی یک عامل خطر مهم برای اقدام به خودکشی است و نوجوانی که بدرفتارهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند بیشتر در معرض افکار و رفتارهای خودکشی هستند (حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲)، اما نتیجه بدست آمده با نتایج مطالعات پیشین از جمله ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲)، حشمتی و همکاران (۱۴۰۲)، بابایی و همکاران (۱۴۰۱)، هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)، ناهمسوست. در خصوص فقدان اثر مستقیم قابل توجه تجربه بدرفتارهای دوران کودکی به اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده می‌توان گفت که ممکن است عوامل زمینه‌ای دیگری در این رابطه وجود داشته باشد. بر اساس مطالعات پیشین

تأثیرات تجربه بدرفتارهای دوران کودکی چند وجهی است و می‌تواند در بین افراد متفاوت ظاهر شود. در حالی که تجربه بدرفتارهای دوران کودکی بدون شک یک تجربه نامطلوب قابل توجه است و می‌تواند به ایجاد و تشدید مشکلات مربوط به سلامت روان از جمله افسردگی کمک کند، عدم وجود ارتباط مستقیم با اقدام به خودکشی در این مطالعه حاکی از وجود عوامل میانجی است که بر این رابطه تأثیر می‌گذارد. از سوی دیگر نتایج حاکی از اثر مستقیم ناگویی هیجانی به اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار بود که با نتایج مطالعات پیشین از جمله حشمتی و همکاران (۱۴۰۲)، بابایی و همکاران (۱۴۰۱)، هانگ و همکاران (۲۰۲۴)، همسوست. در توضیح نتایج این بخش می‌توان گفت از آنجایی که ناگویی هیجانی با مشکلات در شناخت و بیان احساسات همراه است، به طور مداوم با نگرانی‌های مختلف سلامت روان، از جمله اضطراب و افسردگی مرتبط است. نوجوانان افسرده با سطوح بالای ناگویی هیجانی ممکن است توانایی لازم را در ابراز هیجانات منفی خود نداشته باشند که منجر به افزایش علائم افسردگی و تشدید خطر رفتارهای خودکشی می‌شود.

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از اثر مستقیم تجربه پریشانی روانشناختی به اقدام به خودکشی معنی‌دار بود که با نتایج مطالعات پیشین از جمله بابایی و همکاران (۱۴۰۱)، کگلی و همکاران (۲۰۲۴) و کی و همکاران (۲۰۲۴)، همسوست. در توضیح یافته‌های این بخش می‌توان گفت بر اساس نظریه بین فردی-روان شناختی رفتار خودکشی^۱ ترکیبی از بار سنگین ادراک شده، احساس تعلق خنثی و توانایی اکتسابی برای خودکشی به تمایل به درگیر شدن در رفتارهای خودکشی کمک می‌کند. نوجوانان افسرده اغلب با هیجانات منفی شدید، استرس، بی‌ارزشی، ناامیدی و یاس دست و پنجه نرم می‌کنند که از نشانه‌های مهم پریشانی روانی است. این پریشانی روانی تشدید شده می‌تواند بار سنگین ادراک شده را تقویت کند. نوجوانان افسرده ممکن است به این باور برسند که به دلیل شرایط خود، باری بر دوش دوستان، خانواده یا جامعه خود هستند که منجر به احساس بیگانگی و قطع ارتباط می‌شود. در نتیجه، عدم تعلق و حمایت اجتماعی ادراک شده، آشفتگی عاطفی آنها را تشدید می‌کند و ناراحتی روانی آنها را عمیق‌تر می‌کند و این مساله نیز بر افکار و اقدام به خودکشی موثر است.

نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین تجربه بدرفتارهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار بوده است. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که از یکسو تجربه بدرفتارهای دوران کودکی با ناگویی هیجانی رابطه دارد (زارع داویجانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ لی و همکاران، ۲۰۲۴) و از سوی دیگر ناگویی هیجانی از مولفه‌های مهم در افکار و رفتار خودکشی است (هانگ و همکاران، ۲۰۲۴). این نتیجه با نظریه‌هایی مانند مدل استرس- دیاتز مطابقت دارد که بیان می‌کند که ترکیبی از استعدادهایی برای آسیب‌پذیری (دیاترها) و عوامل استرس‌زای محیطی می‌تواند احتمال آسیب‌های روانی از جمله خودکشی را افزایش دهد. بر اساس این نظریه، تجربه بدرفتارهای دوران کودکی ممکن است نقش یک عامل استرس‌زای محیطی را داشته باشد، در حالی که ناگویی هیجانی به عنوان یک دیاتز عمل می‌کند که خطر درگیر شدن در رفتارهای خودکشی را در میان نوجوانان افسرده افزایش می‌دهد. در نگاهی دیگر تجارب نامطلوب در دوران کودکی می‌تواند تأثیر عمیقی بر تنظیم هیجانی، پردازش شناختی و روابط بین فردی فرد داشته باشد و زمینه‌ساز سازوکارهای مقابله‌ای ناسازگار و پریشانی روانی را در آینده در زندگی فراهم کند (لی و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین افرادی که در دوران کودکی بدرفتاری را تجربه کرده‌اند ممکن است در پردازش و ابراز هیجانات خود به اندازه کافی توانمند نباشند که منجر به افزایش سطح مشکلات روانی و اختلال در عملکرد فردی و اجتماعی می‌شود. همچنان نوجوانانی که بدرفتارهای دوران کودکی را تجربه کرده‌اند ممکن است تمایلات ناگواری را به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ناسازگار برای مقابله با رنج روانی و آسیب ایجاد کنند. این مشکلات در درک و بیان هیجانات منفی ناشی از بدرفتارهای دوران کودکی می‌تواند آسیب‌پذیری آنها را در برابر افکار و رفتارهای خودکشی به ویژه در زمینه افسردگی افزایش دهد.

¹. Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior (IPTs)

همچنین نتایج نشان داد نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین پریشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده معنادار بوده است. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که از یکسو پریشانی روانشناختی با ناگویی هیجانی رابطه دارد (هورویتز، ۲۰۰۲) و از سوی دیگر مشکلات هیجانی از مولفه‌های مهم در افکار و رفتار خودکشی است (حشمتی و همکاران، ۱۴۰۲). در توضیح یافته‌های این بخش می‌توان گفت پریشانی روانی، شامل احساس اضطراب، ناامیدی و آشفته‌گی روانی است که پیوسته با افزایش خطر افکار و رفتارهای ناکارآمد، مرتبط است (کی و همکاران، ۲۰۲۴). در خصوص نوجوانان افسرده، تجربه پریشانی روانی می‌تواند احساسات منفی را تشدید، مکانیسم‌های مقابله را کاهش و درک آن‌ها از واقعیت را تحریف کند، در نتیجه احساس ناامیدی و بی‌معنایی را تشدید می‌کند و در نهایت منجر به تقویت افکار یا اعمال خودکشی می‌شود. از سوی دیگر بر اساس مدل لازاروس و فولکمن^۱، نحوه ادراک افراد و مقابله با عوامل استرس‌زا نقش مهمی در تعیین تأثیر استرس بر بهزیستی روانشناختی و پاسخ‌های رفتاری آنها دارد. در خصوص نوجوانان افسرده، ناگویی هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی می‌تواند تأثیر منفی پریشانی روانی را بر رفتار را خودکشی تقویت می‌کند. این مساله از آنجایی محتمل است که در ناگویی هیجانی فرد در شناسایی و توصیف احساسات توانایی لازم را ندارد و ممکن است به طور مکرر هیجان‌های منفی خود را حمل کند. نوجوانان دارای ناگویی هیجانی ممکن است برای تشخیص و تنظیم حالات عاطفی خود دچار مشکل شوند که منجر به آسیب‌پذیری شدید در برابر اثرات نامطلوب پریشانی روانی می‌شود و این مساله خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، ناگویی هیجانی ممکن است توانایی نوجوانان را برای جستجو یا بهره‌مندی از مداخلات بهداشت روانی با هدف پرداختن به پریشانی روانی مختل کند و خطر رفتار خودکشی را بیشتر تشدید کند. بدون پردازش هیجانی و مهارت‌های تنظیم مؤثر، این افراد ممکن است برای ادراک و مواجهه با تجربیات درونی خود و اشتراک ناراحتی خود به دیگران تلاش مؤثری را انجام ندهند، که منجر به احساس انزوا و ناامیدی شده و پیوند بین پریشانی روانی و تمایل به خودکشی را تقویت می‌کند.

در مجموع، یافته‌های این مطالعه تأثیر متقابل پیچیده بین بدرفتاری‌های دوران کودکی، ناگویی هیجانی، پریشانی روان‌شناختی و اقدام به خودکشی را در نوجوانان افسرده روشن می‌کند. نتایج بر نقش میانجی معنادار ناگویی هیجانی در تشدید رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی با اقدام به خودکشی تأکید می‌کند. درک تأثیر ناگویی هیجانی به عنوان یک متغیر میانجی، بینش‌های ارزشمندی را در مورد مسیرهای پیچیده‌ای که از طریق آن ناملایمات اولیه زندگی می‌تواند منجر به رفتارهای خودکشی در جمعیت‌های آسیب‌پذیر شود، ارائه می‌دهد. با ترسیم این روابط، می‌توان مداخلاتی را برای هدف قرار دادن ناگویی هیجانی به عنوان یک عامل مهم در کاهش خطر اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده توسعه داد. تحقیقات آینده باید به بررسی مکانیسم‌های اساسی و مداخلات بالقوه برای پرداختن به ناگویی هیجانی در چارچوب گسترده‌تر پیامدهای سلامت روان در جمعیت‌های در معرض خطر ادامه یابد. از جمله محدودیت‌های این تحقیق شامل طراحی مقطعی محدودکننده استنتاج‌های علی و تمرکز بر یک گروه جمعیتی خاص (نوجوانان افسرده شهرهای اردکان و میبد) است که ممکن است تعمیم‌پذیری را به سایر جمعیت‌ها محدود کند. علاوه بر این، این مطالعه عمیقاً به متغیرهای مخدوش‌کننده بالقوه‌ای که می‌تواند بر روابط مشاهده شده تأثیر بگذارد، نپرداخته است که لزوم احتیاط در تعمیم نتایج را نشان می‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که انجام مداخلات با هدف بهبود آگاهی هیجانی و مهارت‌های تنظیم هیجانی می‌تواند در کاهش تأثیر پریشانی روانی بر اقدام به خودکشی در نوجوانان مؤثر باشد. علاوه بر این، همکاری‌های بین رشته‌ای بین روانشناسان، مددکاران اجتماعی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است مراقبت جامع را برای نوجوانان با سابقه بدرفتاری در دوران کودکی و چالش‌های سلامت روان از جمله اقدام به خودکشی را تسهیل کند. آموزش والدین و معلمان در زمینه شناخت و مداخله در علائم پریشانی روانی در نوجوانان نیز می‌تواند نقش مهمی در مداخله زودهنگام و تلاش‌های پیشگیری داشته باشد. در مجموع به منظور کاهش اثرات نامطلوب

¹. Lazarus & Folkman

پیشانی روانی و کاهش بالقوه خطر خودکشی در نوجوانان افسرده با تجربه بدرفتارهای دوران کودکی، مطالعات آتی باید به صورت عمیق‌تر به بررسی و بهبود ناگویی هیجانی بپردازند. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر ناگویی هیجانی، پیشانی روانشناختی و اقدام به خودکشی در نوجوانان افسرده با تجربه بدرفتارهای دوران کودکی انجام شود.

منابع

- ابراهیمی، گلی، غضنفری، احمد، مشهدی زاده، شهرام و رحیمی، سعید. (۱۴۰۲). مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تنظیم هیجانی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی (جسمی و جنسی). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱(۱)، ۹۵-۱۰۲.
- ابراهیمی، حجت‌الله، دژکام، محمود و ثقه الاسلام، طاهره. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- ابراهیمی، گلی، غضنفری، احمد، مشهدی زاده، شهرام و رحیمی، سعید. (۱۴۰۲). رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه‌ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. *روان پرستاری*، ۱۱(۱)، ۹۴-۱۰۵.
- بابایی، شهره، ناصری منش، مانیا، ابوذری، فاطمه و کرمی، صابر. (۱۴۰۱). نقش تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و ناگویی هیجانی در پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی در زنان مبتلا به تروما خیانت زناشویی. *روان پرستاری*، ۱۰(۶)، ۱۱۰-۱۲۲.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۲). مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: روش اجرا و نمره‌گذاری (نسخه فارسی). *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳۷(۱۰)، ۹۲-۹۰.
- حبیبی، آرش و عدن ور، مریم. (۱۳۹۷). مدل‌یابی معادلات ساختاری. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- حشمتی، رسول، بیرامی، منصور و نوروزی، حسین. (۱۴۰۲). نقش تجربه زیسته روان زخم در کودکی و خودتخریب‌گری بر پندار خودکشی: اثر واسطه‌ای فرونشانی عاطفی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸(۶۹)، ۱۱۳-۱۲۱.
- زارع داویجانی، علیرضا، دبیری، سولماز، جباری مقدم، سحر، فخری، پروین و ملارضا، زینب. (۱۴۰۲). پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر اساس ترومای دوران کودکی با نقش میانجی ناگویی هیجان در نوجوانان. *پژوهش در روان درمانی کودک و نوجوان*، ۲(۳)، ۵۱-۴۱.
- فرازمند، مهرانگیز و ابراهیمی، ساسان. (۱۳۹۷). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پیشانی روان‌شناختی زنان نابارور. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۱(۶)، ۳۲۹-۳۲۰.
- کاکاوند، علیرضا، شیرمحمدی، فرهاد، جعفری جوزانی، عسل و حاجی‌امیدی، سمیرا. (۱۳۹۹). نقش میانجی ناگویی هیجانی و اضطراب ناشی از کرونا در ارتباط بین تاب‌آوری با تعارضات زناشویی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۴)، ۱۵۹-۱۴۳.
- کیانی چلمردی، احمدرضا، رشید، سجاد و رضانی، شکوفه. (۱۳۹۸). اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی‌ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۲)، ۱۹۴-۲۰۹.
- رفیعی، محمد و سیفی، اکرم. (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان، *نشریه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲۷)، ۳۷.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۸۷). غربال‌گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱۱(۱)، ۵۱-۳۹.

- Alslman, E., Thultheen, I., Hamaideh, S. H., Nofal, B., Hamdan-Mansour, R., & Hamdan Mansour, A. (2023). The mediating effect of psychological distress and bullying victimization on the relationship between alexithymia and fibromyalgia among school adolescents. *Mental Health and Social Inclusion*.
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), e2012563-e2012563.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bahar, A. (2023). Determining the Relationship between the Level of Self-efficacy and Quality of Life on Coping with Depression. *Journal of education and research in nursing*, 20(3), 255-260.
- Barker, M. M., Beresford, B., Bland, M., & Fraser, L. K. (2019). Prevalence and incidence of anxiety and depression among children, adolescents, and young adults with life-limiting conditions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 173(9), 835-844.
- Becker, M., & Correll, C. U. (2020). Suicidality in childhood and adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(15), 261.
- 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.
- Cheng, X., Chen, J., Zhang, X., Wang, T., Sun, J., Zhou, Y., ... & Wei, X. (2024). Characterizing the temporal dynamics of intrinsic brain activities in depressed adolescents with prior suicide attempts. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 1179-1191.
- Cogley, C., Bramham, J., Bramham, K., Smith, A., Holian, J., O'Riordan, A., ... & D'Alton, P. (2023). High rates of psychological distress, mental health diagnoses and suicide attempts in people with chronic kidney disease in Ireland. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 38(10), 2152-2159.
- Holliday, R., Nichter, B., Holder, N., Hill, M. L., Monteith, L. L., Norman, S. B., & Pietrzak, R. H. (2023). Childhood sexual abuse and military sexual trauma interact to increase suicide risk: results from a nationally representative veteran sample. *Journal of interpersonal violence*, 38(5-6), 5354-5369.
- Hong, Y. C., Chen, S. J., Chang, Y. C., Chang, C. W., & Chiang, H. H. (2024). The role of alexithymia in suicide ideation among Taiwanese army military personnel: A serial mediation model investigating the effects of perceived stress and depression. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, e3405-e3405.
- Horwitz, A. V. (2002). Selecting outcomes for the sociology of mental health: Issues of measurement and dimensionality. *Journal of health and social behavior*, 43(2).
- Kee, D. M. H., Anwar, A., & Vranjes, I. (2024). Cyberbullying victimization and suicide ideation: The mediating role of psychological distress among Malaysian youth. *Computers in Human Behavior*, 150, 108000.

- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
- Kuzminskaite, E., Vinkers, C. H., Milaneschi, Y., Giltay, E. J., & Penninx, B. W. (2022). Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of affective disorders*, 312, 322-330.
- Li, M., Yuan, Y., Cheng, X., Wang, Y., & Xu, Z. (2024). Childhood maltreatment and insomnia in college students: the role of alexithymia and psychological distress. *Acta psychologica*, 243, 104149.
- Mkhize, M., van der Westhuizen, C., & Sorsdahl, K. (2024). Prevalence and factors associated with depression and anxiety among young school-going adolescents in the Western Cape Province of South Africa. *Comprehensive psychiatry*, 131, 152469.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454.
- Rashid, S., Khorramdel, K., Gholami, F., & Senobar, L. (2016). The relationship between interpersonal psychological theory of suicide constructs (loneliness, perceived social support, thwarted belongingness and burdensomeness) and suicidal behavior among Iranian students. *Health Education and Health Promotion*, 4(2), 35-48.
- Roy, A., Carli, V., & Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 133(3), 591-594.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press.
- Wang, Y., Liu, J., Chen, S., Zheng, C., Zou, X., & Zhou, Y. (2024). Exploring risk factors and their differences on suicidal ideation and suicide attempts among depressed adolescents based on decision tree model. *Journal of affective disorders*.
- WHO, Suicide worldwide in (2019). Global health estimates. <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world.2019>.
- Yao, K., Chen, P., Zhou, H., Ruan, J., Chen, D., Yang, X., & Zhou, Y. (2023). The effect of childhood trauma on suicide risk: the chain mediating effects of resilience and mental distress. *BMC psychiatry*, 23(1), 865.
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & Du, B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 49.
- Zhang, L., Ma, X., Yu, X., Ye, M., Li, N., Lu, S., & Wang, J. (2021). Childhood trauma and psychological distress: a serial mediation model among Chinese adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6808.
- Zhao, J., & Wang, Y. (2023). Harsh parenting and suicide ideation among Chinese adolescents: the roles of self-esteem and school social support. *BMC psychiatry*, 23(1), 609.