

## نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به خودکشی در زنان با تجربه خودسوزی

مریم شبرنگ مریدانی<sup>۱\*</sup>، مؤگان عباسی آبرزگه<sup>۲</sup>، حسین عباسی<sup>۳</sup>، مسعودشاکری<sup>۴</sup> و محدثه محمدپور<sup>۵</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به خودکشی در زنان با تجربه خودسوزی بود. این پژوهش به لحاظ روش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان متأهل با شرایط سنی ۱۸ تا ۵۵ سال دارای تجربه خودسوزی با تعداد ۲۷۷ نفر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر دهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۶۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۶۱)، فرم کوتاه طرح‌واره یانگ (۱۹۸۸)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) و پرسشنامه رویدادهای تبعیض-آمیز جنسیتی کلونوف و لندرین (۱۹۹۵) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان و نرم-افزار SPSS-۲۶ استفاده شد. نتایج نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تبعیض جنسیتی ادراک شده با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معنادار و بین حمایت اجتماعی با گرایش به خودکشی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داده است حوزه بریدگی و طرد ۰/۲۸، دیگر جهت-مندی ۰/۱۹، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۳۲، محدودیت مختل ۰/۲۲، گوش بزنگی ۰/۱۷، حمایت اجتماعی ۰/۳۲- و تبعیض جنسیتی ادراک شده ۰/۲۲ گرایش به خودکشی را در زنان با تجربه خودسوزی پیش‌بینی می‌کنند.

### کلید واژگان

تبعیض جنسیتی ادراک شده، حمایت اجتماعی، خودسوزی، گرایش به خودکشی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زنان

۱. نویسنده مسئول: دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاداسلامی واحد اراک، اراک، ایران. [m\\_moridani@yahoo.com](mailto:m_moridani@yahoo.com)

۲. دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاداسلامی واحد قم، قم، ایران. [mozhganabbasiabrazgah@gmail.com](mailto:mozhganabbasiabrazgah@gmail.com)

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران. [Hossein.abbasi@iauz.ac.ir](mailto:Hossein.abbasi@iauz.ac.ir)

۴. کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. [Masoudshakeri@gmail.com](mailto:Masoudshakeri@gmail.com)

۵. کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قاینات، قاینات، ایران. [m.mohamadpour22@gmail.com](mailto:m.mohamadpour22@gmail.com)

- مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد است

## مقدمه

خودکشی یک عمل جدی و غیر قابل بازگشت است که نه تنها از نظر عاطفی و روانی عواقب بسیار جدی دارد، بلکه از نظر فیزیکی نیز خطرات زیادی را به همراه دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که اکثر افرادی که به خودکشی روی آورده‌اند، با مشکلات روانشناختی و احساسات افسردگی، تنیدگی، اضطراب و عدم توانایی در مقابله با استرس روبرو هستند (ویلیام<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). اقدام به خودکشی به روش خودسوزی<sup>۲</sup>، روشی خشن و بی‌رحمانه در جهت پایان دادن به زندگی است که فرد با آتش زدن جسم خود تلاش می‌کند تا خود را از بین ببرد (سفیری و رضایی نسب، ۱۳۹۵). خودسوزی در عین حال روشی است که از یک سو جنبه نمایشی داشته و باعث جلب توجه اطرافیان می‌گردد و از سوی دیگر حس ترحم آنها را تحریک می‌کند. همچنین خودسوزی نوعی از روش‌های اقدام به خودکشی است که با درد فراوان برای فرد اقدام‌کننده همراه است (رضایی نسب، شیخی و جمیلی کهنه شهری، ۱۳۹۶). گاهی مشکلات روانشناختی در افراد موجب اقدام به خودکشی می‌شود. از سال ۲۰۱۴ خودکشی از سومین عامل مرگ و میر در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله به دومین عامل علت مرگ ارتقا یافته است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). خودسوزی در اغلب موارد منجر به مرگ می‌شود. اقدام به خودسوزی به دلیل آسیب‌های جسمانی عمیقی که ایجاد می‌کند اغلب منجر به مرگ افراد می‌شود. از جمله عواملی که با بروز خودکشی در ارتباط است طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۴</sup> (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۸)، حمایت اجتماعی<sup>۵</sup> (صدری دمیرچی، هنرمندقوجه بگلو و بصیرامیر، ۱۳۹۸) و تبعیض جنسیتی ادراک شده<sup>۶</sup> (یعقوبی هاشجین، حسنی و کاظمی، ۱۳۹۲) است.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجربه‌های گذشته هستند که پیکره نسبتاً منسجم و پایداری از دانش را شکل می‌دهند و می‌توانند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت کنند (اردم<sup>۷</sup>، ۲۰۲۴). هنگامی که فرد سیستمی از انتظارات را کسب می‌کند، با دقت بیشتری به عناصر مشابه در موقعیت‌های زندگی پاسخ می‌دهد (ماورودس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بر این اساس هجده طرحواره ناسازگار اولیه شناسایی شد که مطابق با پنج نیاز تحولی دوران کودکی و نوجوانی به پنج حوزه وسیع تقسیم می‌شود که عبارتند از: بریدگی و طرد<sup>۹</sup>، خودگردانی و عملکرد مختل<sup>۱۰</sup>، محدودیت‌های مختل<sup>۱۱</sup>، جهت‌مندی‌های دیگر<sup>۱۲</sup>، گوش به زنگ بودن بیش از حد<sup>۱۳</sup> و بازداری<sup>۱۴</sup> (یانگ، کلاسیکو ویشار<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۸). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خودکشی ارتباط وجود دارد زیرا طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افزایش رفتارهای تکرارشونده و بروز تنش مرتبط

1. Williams
2. self-immolation
3. world Health Organisation
4. early maladaptive schemas
5. social support
6. perceived gender discrimination
7. Erdem
8. Mavroicides
9. self-regulation
10. impaired performance
11. disruptive restrictions
12. other orientations
13. listen to the alarm too
14. inhibition
15. Young

است (طاهرزاده قهفرخی، علی‌اکبری، رازی و خالقی‌فریمانی، ۱۴۰۲؛ اسماعیلی، شیرپور، زمانی و صاحبی، ۱۳۹۸؛ ماورودس و همکاران، ۲۰۲۴؛ اردم، ۲۰۲۴؛ گرازکا و استرزالکی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۳).

متغیردیگر مؤثر بر گرایش به خودکشی حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی شامل اعتماد به خوب بودن ذاتی همکاران و نگاه مثبت به ماهیت انسان‌ها است. پذیرش اجتماعی به معنای درک همکاران می‌باشد که این افراد سلامت اجتماعی و روانی بالاتری دارند (باتل<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، نقش مهمی در میزان بروز افکار و رفتارهای خودکشی دارد (هیرچ و بارتون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ رشید و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکشی ارتباط وجود دارد (عرب، زراعتکار مکی، افتخاری کنزرکی و افشارپور، ۱۴۰۳؛ مالکی، حسن‌زاده و فخری، ۱۴۰۱؛ صدری دمیرچی، هنرمندقوجه بگلو و بصیرامیر، ۱۳۹۸؛ ژو، شن، مک‌دونل و وانگ<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴؛ پلتا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسپارکس، میتچل و لی‌دوک<sup>۶</sup>، ۲۰۲۳). بسیاری از افرادی که به خودکشی روی می‌آورند احساس تنهایی، عدم اعتماد به نفس، عدم پذیرش و رد شدن توسط اطرافیان و نبود حمایت اجتماعی را تجربه می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۲۴). وجود حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل مهم موجب افزایش استقامت روانی و توانایی فرد برای مقابله با مشکلات زندگی و احساسات منفی می‌شود (پلتا و همکاران، ۲۰۲۴).

همچنین تبعیض جنسیتی نیز به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان است. تبعیض به عنوان یک پدیده اجتماعی ساختاریافته تعریف شده است که شامل اختصاص دادن امتیاز برای اعضای گروه‌های غالب و هزینه‌هایی برای سایر گروه‌ها است (کارلینر، ساروت، گوردون و هسین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). همچنین نگرش‌های جنسیتی به ارزیابی‌های منفی مبتنی بر جنسیت اشاره می‌کند که نابرابری‌های بین مردان و زنان را القا می‌کند. تبعیض جنسیتی ادراک‌شده معمولاً به عنوان بازتاب خصومت نسبت به زنان مفهوم‌سازی شده است (نلسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). تبعیض جنسیتی به عنوان مجموعه‌ای از نگرش‌ها درباره زنان است که تصورات قالبی و نقش‌های محدودی برای زنان در نظر می‌گیرد و موجب تسلط مردان و تثبیت نگاه سنتی به زنان می‌شود (گلیک و فیسک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۶). یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از ارتباط تبعیض با کاهش سلامت و بهزیستی روان‌شناختی (پری، هارپ و اوسر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳؛ پاسکو و اسمارت ریچمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹) و خودکارآمدی (کربلایی و کرمی، ۱۳۹۸) است. افرادی با تبعیض جنسیتی ادراک‌شده استقلال کمتری در تصمیم‌گیری دارند و در نتیجه این افراد در مواجهه با چالش‌ها توانایی رویارویی ندارند و به آسانی دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شوند (پری و همکاران، ۲۰۱۳). از این‌رو می‌توان گفت که عدم توانایی مواجهه با چالش‌ها می‌تواند منجر به درماندگی آموخته شده در افراد شود. با توجه به اینکه این افراد به شیوه هیجان‌مدار به چالش‌ها واکنش نشان می‌دهند احتمال بروز رفتارهای آسیب به

1. Grażka & Strzelecki

2. Batel

3. Hirsch & Barton

4. Xu, Shen, McDonnell & Wang

5. Pletta

6. Sparks, Mitchell & LeDuc

7. Carliner, Sarvet, Gordon & Hasin

8. Nelson

9. Glick & Fiske

10. Perry, Harp & Oser

11. Pascoe & Smart Richman

خود در آنها افزایش می‌یابد (لی، وانگ، وو، کیو و وانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۲۴)، به گونه‌ای که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است بین تبعیض جنسیتی ادراک شده و خودکشی ارتباط وجود دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۴؛ بوسی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ چانگ، یپ و چن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹؛ اسدی، سیاسی‌نژاد و عباس‌زاده، ۱۴۰۱).

در ایران آمار کلی و گویایی از موارد اقدام به خودسوزی و درصد مرگ و میر آن وجود ندارد و مطالعات انجام شده محدود به یک یا چند مرکز اصلی سوانح سوختگی در شهرهای بزرگ می‌باشد (رضایی نسب و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس این مطالعات، خودسوزی یکی از روش‌های شایع خودکشی در ایران است که در استان‌های غربی کشور و در بین زنان شایع‌تر است و گاهی تا ۹ برابر مردان می‌باشد. خودسوزی در ایران، اغلب توسط کسانی انجام می‌گردد که به هیچ نوع سیستم حمایتی دسترسی نداشته و تمام اقدامات انجام شده آنها جهت رسیدن به هدف، که معمولاً رهایی از یک وضعیت آزاردهنده می‌باشد، بی‌نتیجه مانده است. در این میان زنان به دلیل وضعیت خاص جنسی، انتظارات جامعه از جنس زن (قبول هر گونه ناهنجاری، خشونت، سختی و عذاب در محیط خانواده جهت تداوم زندگی زناشویی) و عدم وجود سیستم‌های حمایتی کارآمد، بیشتر در معرض خطر خودسوزی قرار دارند (کفیری و رضایی‌نسب، ۱۳۹۵). به طور کلی می‌توان به این نکته اشاره کرد از آنجا که در اغلب مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج کشور، تعداد زنانی که از طریق خودسوزی اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به مردان بیشتر است و نیز به دلیل این که تبعات و پیامدهای جسمی، روانی، اجتماعی و خانوادگی خودسوزی زنان متأهل، از اهمیت بالایی برخوردار است، در پژوهش حاضر پژوهشگر در صدد پاسخ به این پرسش بود که «آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به خودکشی در زنان با تجربه خودسوزی نقش دارند؟».

## روش پژوهش

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی و به لحاظ شیوه‌ی گردآوری اطلاعات در گروه پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان متأهل با شرایط سنی ۱۸ تا ۵۵ سال دارای سابقه خودسوزی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهردهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ با تعداد ۲۷۷ نفر بود. برای گزینش نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان زنان متأهل دارای سابقه خودسوزی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر دهدشت در شش ماه دوم سال ۱۴۰۱ تعداد ۱۶۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

**پرسشنامه افکار خودکشی<sup>۴</sup> (BSSI):** این پرسشنامه توسط بک<sup>۵</sup> (۱۹۶۱) طراحی و دارای ۱۹ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت سه درجه‌ای (از ۰ تا ۲) است. نمره کل در بازه بین ۰ تا ۳۸ است. نمره بین ۰ تا ۵ داشتن افکار خودکشی، نمره بین ۶ تا ۱۹ آمادگی جهت خودکشی و نمره بین ۲۰ تا ۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون پایایی این آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (بک، ۱۹۶۱). انیسی و همکاران (۱۳۸۳)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از

1. Li, Wang, Wu, Qiao & Wang

2. Busby

3. Chang, Yip & Chen

4. Suicidal ideation questionnaire

5. Young Schema Short Form Questionnaire

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شده است.

فرم کوتاه طرح‌واره یانگ (YSQ-SF)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۸۸) با ۷۵ گویه ساخته شده و ۱۵ طرح‌واره و ۵ حوزه را ارزیابی می‌کند. حوزه‌ها از جمع طرح‌واره‌ها به دست می‌آید که از این رو سؤالات طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و نقص/شرم حوزه طرد و بریدگی؛ طرح‌واره‌های اطاعت و ایثار حوزه دیگر جهت‌مندی؛ طرح‌واره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خودتحوّل نیافته/گرفتار حوزه خودگردانی و عملکرد مختل؛ طرح‌واره‌های استحقاق و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی حوزه محدودیت‌های مختل و طرح‌واره‌های بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌از‌حد و بازداری را می‌سنجند. نمره‌گذاری فرم کوتاه طرح‌واره در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً غلط=۱ تا کاملاً درست=۶) است که نمرات بالاتر به معنای شدت طرح‌واره‌ها یا حوزه‌ها است. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه توسط اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۵) بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین این پژوهشگران دادند، پرسشنامه‌ی طرح‌واره یانگ با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵). شهامت و همکاران (۱۳۸۹) در ایران ضمن تأیید روایی محتوایی این ابزار، پایایی آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش همبستگی با پرسشنامه باورهای غیرمنطقی ۰/۳۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ حوزه طرد و بریدگی، حوزه دیگر جهت‌مندی، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت‌های مختل و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌از‌حد و بازداری به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط زیمت<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۸)، طراحی و دارای ۱۲ گویه است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت هفت درجه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) است. این پرسشنامه دارای سه مؤلفه حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی است. در پژوهش زیمت و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است.

پرسش‌نامه رویدادهای تبعیض‌آمیز جنسیتی<sup>۵</sup> (SSE): این پرسشنامه توسط کلونوف و لندرین<sup>۶</sup> (۱۹۹۵) طراحی شده و دارای ۲۰ گویه است. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از هرگز اتفاق نیفتاده= تا تقریباً همیشه اتفاق افتاده است=۶) است. کلونوف و لندرین (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس‌های رویدادهای

1. Young Schema Short Form

2. Schmidt

3. Perceived Social Support Questionnaire

4. Zimet

5. Gender Discrimination Incident Questionnaire

6. Klonoff & Landrine

تبعیض‌آمیز طول زندگی و سال گذشته به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش کردند و پایایی پرسش‌نامه به روش دو نیمه کردن را برای این مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ به دست آوردند. این پرسشنامه توسط یعقوبی هاشجین و همکاران (۱۳۹۲) هنجاریابی شده و پایایی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسش‌نامه بر حسب ضریب آلفای کرونباخ برای دو مؤلفه رویدادهای تبعیض‌آمیز سال گذشته ۰/۸۸ و رویدادهای تبعیض‌آمیز طول زندگی ۰/۹۰ محاسبه شد.

## یافته‌ها

جدول ۱. فراوانی و درصد مؤلفه‌های جمعیت شناختی

درصد	فراوانی	-	-	درصد	فراوانی	-	-
۴۰	۶۴	ابتدایی	تحصیلات	۱۶/۹	۲۷	۱۸-۲۵ سال	سن
۳۹/۴	۶۳	راهنمایی		۲۲/۵	۳۶	۲۶-۳۰ سال	
۷/۵	۱۲	دبیرستان		۲۶/۳	۴۲	۳۱-۳۵ سال	
۶/۳	۱۰	دیپلم		۱۱/۳	۱۸	۳۶-۴۰ سال	
۲/۵	۴	فوق دیپلم		۹/۴	۱۵	۴۱-۴۵ سال	
۲/۵	۴	لیسانس		۶/۳	۱۰	۴۶-۵۰ سال	
۱/۹	۳	فوق لیسانس		۷/۵	۱۲	۵۱-۵۵ سال	
۵۴/۴	۸۷	۱ بار	اقدام به خودسوزی	۸/۱	۱۳	آزاد	نوع شغل
۴۳/۸	۷۰	۲ بار		۱۴/۴	۲۳	دولتی	
۱/۹	۳	۳ بار		۷۷/۵	۱۲۴	خانه دار	

مطابق با جدول ۱ بیشتر شرکت‌کنندگان در پژوهش در شرایط سنی ۳۱ تا ۳۵ سال با فراوانی ۴۲ نفر معادل ۲۶/۳ درصد. بیشتر شرکت‌کنندگان با فراوانی ۱۲۴ نفر معادل ۷۷/۵ درصد خانه دار بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان یک بار به تعداد ۸۷ نفر معادل ۵۴/۴ درصد اقدام به خودسوزی کردند. بیشتر شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی با فراوانی ۶۴ نفر معادل ۴۰ درصد بودند.



فصلنامه روان‌شناسی سلامت و رفتار اجتماعی، شماره پیاپی ۱۱، دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای طحوااره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده و گرایش به خودکشی

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. گرایش به خودکشی	۱									
۲. حوزه بریدگی و طرد	۰/۵۳**	۱								
۳. حوزه دیگر جهت مندی	۰/۵۳**	۰/۷۳**	۱							
۴. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۵۹**	۰/۴۹**	۰/۶۷	۱						
۵. حوزه محدودیت های مختل	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۵۶**	۰/۵۱**	۱					
۶. حوزه گوش بزنگی و بازدارى	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۰/۴۶*	۰/۳۶**	۰/۶۳**	۱				
۷. دوستان	۰/۵۱**	-۰/۵۷**	۰/۵۸**	-۰/۵۸*	-۰/۵۸*	-۰/۵۱**	۱			
۸. خانواده	۰/۵۷**	-۰/۴۵**	۰/۵۷**	-۰/۵۱**	-۰/۶۸**	-۰/۵۱**	۰/۶۱**	۱		
۹. دیگران	۰/۴۸**	-۰/۶۸**	۰/۴۶**	-۰/۳۸*	-۰/۶۳**	-۰/۵۲*	۰/۵۲**	۰/۶۲*	۱	

								-		-	
۱۰	۰/۴۸**	۰/۶۲**	۰/۶۱**	۰/۶۸**	۰/۴۸**	۰/۵۳**	۰/۵۱**	۰/۴۳*	۰/۶۵**	۱	حمایت اجتماعی (کلی)
۱۱	۰/۵۱**	۰/۴۳**	۰/۶۵**	۰/۴۷**	۰/۵۴**	۰/۳۷*	۰/۴۹*	۰/۵۹**	۰/۵۴*	۱	تبعیض جنسیتی ادراک شده
میانگین	۲۶/۹۵	۸۶/۴۰	۳۱/۵۰	۴۸/۸۰	۵۰/۵۵	۳۲/۳۰	۱۳/۰۵	۱۲/۸۰	۱۲/۴۹	۳۸/۳۸	۶۴/۳۰
انحراف استاندارد	۸/۷۵	۳۱/۲۸	۱۱/۳۰	۲۱/۱۶	۱۶/۴۸	۱۲/۴۰	۴/۱۹	۴/۴۷	۴/۳۳	۱۲/۹۰	۳۳/۷۴
چولگی	-۰/۰۲	۰/۰۳	-۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۴	-۰/۰۱	-۰/۰۹	۰/۰۵	۰/۰۳	-۰/۱۲	-۰/۰۳۱
کشیدگی	-۱/۲۱	-۱/۱۲	-۱/۱۲	-۱/۱۵	-۱/۱۲	-۱/۱۲	-۱/۷۹	-۱/۷۱	-۰/۱۳۵	-۱/۶۵	-۱/۷۵
ضریب تحمل	۰/۴۸	۰/۳۸	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۵۱	۰/۳۹	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۵۲
تورم واریانس	۲/۰۸	۲/۶۱	۲/۰۷	۱/۱۵	۲/۱۸	۱/۴۱	۲/۴۲	۱/۲۱	۱/۶۳	۲/۱۵	۱/۱۳

\* $P < 0.05$  و \*\* $P < 0.01$

نتایج جدول ۲ نشان داده است که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تبعیض جنسیتی ادراک شده با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ( $P < 0.01$ ). همچنین نتایج نشان داده است بین حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن یعنی دوستان، خانواده و دیگران با گرایش به خودکشی ارتباط منفی و معنادار ( $P < 0.01$ ) وجود دارد. جدول فوق نشان می‌دهد که مفروضه همخطی بودن در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. زیرا که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس برای هر یک از آنها کوچکتر از ۱۰ بود.

جدول ۳. خلاصه تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	منبع تغییر	مجموعه مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده	رگرسیون	۱۲۱۲۸/۲۶	۷	۱۷۳۲/۶۱	۴۷۵۹/۴۵	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۵۵/۳۳	۱۵۲	۰/۳۶		
	کل	۱۲۱۸۳/۶۰	۱۵۹			



طبق جدول ۳ معناداری F محاسبه شده نشان می‌دهد که گرایش به خودکشی را می‌توان از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده پیش‌بینی کرد. خلاصه مدل رگرسیون در جدول ۴ گزارش شده است

جدول ۴. خلاصه مدل

آماره دوربین واتسون	SE	$\Delta R^2$	R <sup>2</sup>	R
۱/۸۱	۰/۵۹	۰/۵۰	۰/۵۹	۰/۵۹

طبق جدول ۴، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده توانستند ۰/۵۹ گرایش به خودکشی را پیش‌بینی کنند ( $P < ۰/۰۵$ ). برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای پژوهش پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای پیش‌بینی گرایش به خودکشی هستند از آزمون رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. جدول ۵، نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی گرایش به خودکشی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض

جنسیتی ادراک شده

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	BETA	T	Sig
مقدار ثابت	۲۹/۵۸	۳۳/۱	-	۲۲/۱۰	۰/۰۰۱
حوزه بریدگی و طرد	۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۲۸	۶/۲۴	۰/۰۰۱
حوزه دیگرجهت مندی	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۱۹	۵/۵۸	۰/۰۰۲
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۲۹	۰/۰۳	۰/۲۰	۶/۳۵	۰/۰۰۱
حوزه محدودیت مختل	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۲۲	۴/۸۱	۰/۰۰۱
حوزه گوش‌بزرگی	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۱۷	۱/۰۴	۰/۰۱۴
حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۳۵	۰/۰۲	-۰/۳۲	-۱۲/۵۲	۰/۰۰۱
تبعیض جنسیتی ادراک شده	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۲۲	۳/۲۹	۰/۰۰۱

طبق جدول ۵ برای تعیین سهم تفکیکی هریک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین پراکندگی متغیر ملاک (گرایش به خودکشی) از ضریب بتا استفاده شده است. نتایج حاکی از آن است که حوزه بریدگی و طرد ۰/۲۸، دیگرجهت مندی ۰/۱۹، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۳۲، محدودیت مختل ۰/۲۲، گوش‌بزرگی ۰/۱۷، حمایت اجتماعی -۰/۳۲ و تبعیض جنسیتی ادراک شده ۰/۲۲ می‌توانند گرایش به خودکشی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند، در این پیش‌بینی، بیش‌ترین نقش را حمایت اجتماعی ایفا می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به خودکشی در زنان با تجربه خودسوزی بود. نتایج نشان داده است طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی گرایش به خودکشی نقش دارند، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی طاهرزاده فخرخی و همکاران (۱۴۰۲)، اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۸)، صدری دمیرجی و همکاران (۱۳۹۸)، ماورودس و همکاران (۲۰۲۴)، اردم (۲۰۲۴) و گرازکا و استرزالکی (۲۰۲۳) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به این که طرحواره‌های ناسازگار اولیه نوعی عدم انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد می‌کنند که موجب می‌شود گرایش صفر و صد در مقابل موقعیت‌های نامطلوب و چالش‌زا برای افراد ایجاد شود. این عدم

انعطاف‌پذیری از طریق کنترل شناختی افراد تمرکز آنها را بر جنبه‌های منفی موقعیت افزایش می‌دهد، در نتیجه باعث افزایش اضطراب موجب می‌شود که افراد به جای حل موفقیت‌آمیز مسائل با واکنش افراطی با آنها برخورد کنند. در طرحواره بریدگی و طرد به دلیل اینکه افراد در تجربه کودکی خود به جای مورد حمایت بودند توسط والدین و یا مراقبت کننده اصلی از سوی آنان طرد می‌شدند در نتیجه اضطراب در کودکی شکل گرفته است که هر کسی را که با وی در ارتباط است و یا آن را دوست دارد در نتیجه وی را ترک می‌کند. عدم اطمینان به عواطف دیگران و ترس از طرد شدن مانع می‌شود که این افراد روابط گرم و صمیمی را بر پایه عزت‌نفس با دیگران تشکیل دهند. از این‌رو زمان رابطه با همسر خود نیز با کوچکترین تنش دچار احساس طرد می‌شوند و این احساس با واکنش‌های خلقی منفی مانند افکار آسیب به خود همراه می‌شود. همچنین تجربه آسیب به خود با مشکلات خلقی در ارتباط است. این افراد نمی‌توانند خود، زندگی و مسائل آن را کنترل کنند، از این رو پیوسته تحت تأثیر دیگران قرار دارند که این عامل پس از مدتی با سردرگمی موجب می‌شود که زندگی پوچ و بی‌ارزش تلقی شود. در نتیجه خاتمه دادن به زندگی به عنوان تنها راه خلاص شدن از مشکلات است (گرازکا و استرزالکی، ۲۰۲۳). همچنین با توجه به اینکه افرادی که دارای سطح بالایی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند و اغلب مشکلات هیجانی دارند، این مشکلات موجب کاهش کنترل‌پذیری هیجانی می‌شود. لذا می‌توان انتظار داشت که با محدودیت‌ها و مشکلات ایجاد شده به جای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به شیوه ناکارآمد واکنش نشان می‌دهند، از این رو آسیب به خود برای اتمام اضطراب به عنوان رفتاری نهایی انجام می‌شود.

همچنین نتایج نشان داده است بین حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به خودکشی رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی عرب و همکاران (۱۴۰۳)، مالکی و همکاران (۱۴۰۱)، صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸)، ژو و همکاران (۲۰۲۴)، پلتا و همکاران (۲۰۲۴) و اسپارکس و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. لذا می‌توان بیان کرد، افرادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند در هنگام مواجهه با تنش به جای صحبت کردن با دیگران و یا دریافت کمک عاطفی از آنها ناچار هستند خود به تنهایی با آن مشکل روبرو شوند. از این رو پس از مدتی تجربه تنهایی مواجهه با مشکلات با کاهش انعطاف‌پذیری شناختی هیجانی موجب می‌شود که فرد خود را در دنیای متخاصم تصور کند که تنها و رها شده است، پس خاتمه دادن به زندگی خود را انتخاب می‌کند. زیرا وی بر این باور است که زندگی کردن در دنیای پوچ و بی‌ارزش زیستن ندارد و تحمل کردن مشکلات به تجربه کردن دردهای درک شده ارزشمند نیست از این رو تحت‌تأثیر هیجانات منفی خود قرار گرفته و به زندگی خود خاتمه می‌دهد (ژو و همکاران، ۲۰۲۴). در صورتی که افراد دارای حمایت اجتماعی مطلوب، هنگامی که با یک تنش یا مشکل مواجه می‌شوند در طلب حمایت از دیگران بر می‌آیند، تا بتوانند به شیوه منطقی‌تری آن مشکل را حل کنند یا با آن کنار بیایند. این تجربه کنار آمدن با مشکل که از تجربه دیگران نیز به دست می‌آید به فرد کمک می‌کند که خود را تنها نبیند از این رو با فاصله گرفتن از مشکل و از دور دیدن آن مشکل را از خود جدا می‌بیند و به حل آن اقدام می‌کنند. عدم جداسازی خود از مسئله یا مشکل موجب ایجاد واکنش‌های منفی روانشناختی می‌شود که خودکشی و آسیب به خود به عنوان آسیب‌زننده‌ترین رفتار و واکنش افراطی به آن است. در نتیجه برخورداری از حمایت اجتماعی از دیگران به صورت عاطفی یا شناختی هیجانی موجب کاهش مشکلات هیجانی و کسب دیدگاه منطقی‌تر مقابله و پاسخ به مشکل پیش‌آمده می‌شود (اسپارکس و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داده است، تبعیض جنسیتی ادراک شده، گرایش به خودکشی را در زنان با تجربه خودسوزی پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی لی و همکاران (۲۰۲۴)، بوسبی و همکاران (۲۰۲۰)،

چانگ و همکاران (۲۰۱۹) و اسدی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. با توجه به اینکه موقعیت زنان در جامعه، عمیقاً تحت تأثیر وضعیت و سطوح توسعه در کشورها است. به میزانی که کشورها توسعه یافته‌تر باشند، شکاف بین توسعه‌یافتگی زنان و مردان کاهش می‌یابد. از دیدگاه اجتماعی- روانی، زنان و مردان از لحاظ ملاحظات زیست‌شناختی، نقش و مسئولیت‌هایی که جامعه برای آنها و موقعیتشان در خانواده و اجتماع طراحی می‌کند، متفاوت هستند. در این رویکرد، عوامل روانی اجتماعی، مثل حمایت اجتماعی، ارتباطات اجتماعی، کنترل کار بیشتر در نظر گرفته می‌شوند (بوسی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین می‌توان این نکته را خاطر نشان کرد که شرایط فرهنگی خاص و سیطره مردان بر زنان که به نوعی در جوامع مردسالار بیشتر دیده می‌شود یکی از عوامل اصلی تبعیض جنسیتی است، در نتیجه با کاهش سلامت روان و افزایش مشکلات روانشناختی در زنان ریسک رفتارهای آسیب به خود را افزایش می‌دهد. جنسیت که در بافت فرهنگی خاص و در شرایط اجتماعی و خانوادگی خاصی اتفاق می‌افتد منجر به کاهش عزت‌نفس و افزایش اضطراب زنان می‌گردد این مشکلات در نتیجه شناخت‌ها و باورهای معیوبی را در زنان ایجاد می‌کند که همراه با عدم توانایی و ضعیف بودن آنها است این احساس ضعف و ناتوانی موجب می‌شود که حتی در مواجهه با تنش‌ها و چالش‌ها به شیوه‌ای نامعقول به آنها پاسخ دهند. زیرا زنان به این باور رسیده‌اند که توانا تر از مشکلات نیستند. این احساس که پیوسته باید مورد حمایت دیگران قرار گیرند و خود به تنهایی نمی‌تواند از پس مشکلات برآیند موجب می‌شود که در شرایط سخت می‌توانند در مقابل مشکلات مقابله کنند (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). حتی اگر از آن توانایی برخوردار باشند شیوه استفاده از توانایی‌های خود را ندارند و همین امر موجب می‌شود که زنان از راهبردهای حل مسئله کمتر استفاده کنند.

شاید بتوان این را به عنوان عامل مهم در نظر گرفت که اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است و این اقدام اکثراً در زنان به دنبال حمایت‌طلبی و جلب توجه می‌باشد و می‌توان آن را نوعی دادخواهی از جامعه و یا فرهنگ مردسالاری دانست که پیوسته احساس ضعف را به زنان گوشزد کرده‌اند. وجود سقف‌های شیشه‌ای در شرایط شغلی زندگی موفقیت‌های تحصیلی و حتی اجتماعی موجب می‌شود که زنان پیوسته پشت سر مردان حرکت کنند. ناکامی‌های اجباری ایجاد شده که هم نتیجه عدم باور به خود در زنان و هم نتیجه گوشزد ناتوانی از سوی جامعه و فرهنگ است موجب می‌شود که اغلب زنان دارای خشم سرکوب شده‌ای باشند که به دلیل ترس از آسیب رساندن به دیگران با آسیب به خود این خشم را تخلیه می‌کنند. به عبارتی رفتارهای خود آسیب‌رسان در زنان که اغلب با دادخواهی و یا تخلیه هیجانی خشم همراه است در جوامع در حال پیشرفت با تبعیض درک شده از سوی زنان همخوان است. از سویی دیگر ویژگی زنانگی محض به زنان و قرار دادن زنان در چارچوب زنانگی تعریف شده که بدور از موفقیت‌های تعریف شده مردانه است و موجب ایجاد احساس حقارت و خود کم‌بینی در زنان می‌شود که جوامع در حال پیشرفت را مشاهده می‌کنند. در نتیجه زنان با رفتارهای خودآسیب‌رسان در تلاش هستند که به این ظلم ایجاد شده پایان دهند. ازدواج‌های اجباری، کودک‌همسری، خشونت و حتی تعرض در خانواده و جامعه به عنوان معلول‌های مهم تبعیض جنسیتی مطرح است. با توجه به آنچه مطرح شد می‌توان بیان کرد که تبعیض جنسیتی با اثرگذاری بر متغیرهای روانشناختی منجر به ایجاد خودکشی در زنان می‌شود (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). در مناطقی که خودسوزی به عنوان یک رفتار یاری‌رسان در زنان مطرح است شروع رفتارهای خودکشی که بر پایه سوزاندن خود است به وفور مشاهده می‌شود. به عبارتی این رفتار به عنوان یک رفتار آموختنی از دیگران در برخی از مناطق ایران مشاهده شده است که اکثر خودکشی در زنان از این طریق انجام می‌شود و معمولاً میزان تبعیض‌های جنسیتی در این مناطق با توجه به بافت فرهنگی آنها به وفور مشاهده می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تبعیض جنسیتی ادراک شده با گرایش به خودکشی رابطه مثبت و معنادار و بین حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به خودکشی رابطه منفی و معنادار وجود دارد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده قادر به پیش‌بینی ۰/۵۹ گرایش به خودکشی هستند. پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها است که باید هنگام تفسیر و تعمیم‌دهی به گروه‌های دیگر در نظر داشت. با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش به زنان متأهل با شرایط سنی ۱۸ تا ۵۵ سال دارای سابقه خودسوزی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهردهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ با تعداد ۱۶۰ نفر لذا تعمیم آن به سایر جوامع باید با احتیاط صورت گیرد. در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودگزارشی جمع‌آوری شدند و امکان کنترل سایر عوامل مانند تحصیلات، درآمد خانواده و سابقه مشکلات رفتاری و آسیب به خود در سایر اعضای خانواده وجود نداشت. در مجموع، با توجه به یافته‌های به دست آمده و مرور پژوهش‌های گذشته لازم است که این پژوهش در میان زنان و مردان عادی با در نظر گرفتن جنسیت صورت گیرد تا بتوان عوامل مرتبط با گرایش به خودکشی در گروه‌های آسیب‌پذیر را مورد شناسایی قرار داد.

### منابع

- اسماعیلی، محمداسماعیل، شیرپور، امید، زمانی، نرگس، و صاحبی، علی. (۱۳۹۸). پیش‌بینی گرایش به خودکشی دانشجویان براساس معنویت و ارضای نیازهای اساسی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *نشریه اسلام و سلامت*، ۴(۱)، ۱۳-۱۹.
- اسدی، محبوبه، سیاسی‌نژاد، سیده رباب، و عباس زاده، اکرم. (۱۴۰۱). نقش حمایت اجتماعی و تبعیض جنسیتی ادراک شده در پیش‌بینی افکار خودکشی در زنان دارای سابقه رفتارهای آسیب به خود، چهارمین همایش ملی پژوهش‌های حرفه‌ای در روانشناسی و مشاوره با رویکرد از نگاه معلم، میناب.
- رضایی نسب، زهرا، شیخی، محمدتقی، جمیلی کهنه شهری، فاطمه. (۱۳۹۶). مطالعه توصیفی از اقدام به خودسوزی زنان شهر ایلام. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۱۵(۴)، ۳۶۵-۳۷۶.
- سفیری، خدیجه، و رضایی نسب، زهرا. (۱۳۹۵). مطالعه‌ای کیفی از پدیده خودسوزی زنان شهر ایلام. *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۲۵)، ۱۲۳-۱۴۲.
- شاهت، فاطمه، ثابتی، علیرضا، و رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی سبک‌های فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۲۵۴-۲۳۹.
- صدری دمیرچی، اسماعیل، هنرمندقوجه بگلو، پژمان، بصیرامیر، محمد. (۱۳۹۸). افکار خودکشی در سالمندان بدون همسر: نقش تحریف‌های شناختی بین فردی، عاطفه مثبت و منفی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی. *روانشناسی پیری*، ۵(۴)، ۳۵۹-۳۷۴.
- ظاهرزاده قهفرخی، سجاد، علی اکبری، فرشته، رازی، زینب السادات، و خالقی فریمانی، تینا. (۱۴۰۲). پیش‌بینی تمایل به خودکشی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی شیوه‌های حل مسئله در نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۴)، ۳۹-۵۷.
- عرب، علی، زراعتکار مکی، مرضیه، افتخاری کنزرکی، فرزانه، و افشارپور، پریا. (۱۴۰۳). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس دشواری تنظیم هیجان و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانش‌آموزان متوسطه. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۲۰(۲۴)، ۱-۱۳.
- کنفیری، خدیجه، و رضایی نسب، زهرا. (۱۳۹۵). مطالعه‌ای کیفی از پدیده خودسوزی زنان شهر ایلام. *زن و جامعه*، ۷(۱)، ۱۲۳-۱۴۲.
- کربلایی، محبوبه، و کرمی، جهانگیر. (۱۳۹۸). پیش‌بینی خودکارآمدی بر اساس تاب‌آوری، تبعیض جنسیتی ادراک شده و طرحواره‌های نقش جنسیتی زنان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۹(۳۶)، ۷۳-۸۸.
- رشید، سجاد، کیانی، احمدرضا، خرم‌دل، کاظم، محمدنژادی، بهجت، عبداللهی، بهناز، و مکارمی مقدم، فرنوش. (۱۳۹۵). همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده، تعلق‌پذیری خنثی و احساس بار بودن با خودکشی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی. *نشریه پژوهنده*، ۲۱(۴)، ۱۹۳-۱۹۸.



مالکی، گل آرا، حسن‌زاده، رمضان، و فخری، محمد کاظم (۱۴۰۱). مدل‌یابی روابط ساختاری حمایت اجتماعی با افکار خودکشی با نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در دانش‌آموزان. *مجله علمی پژوهان*، ۲۰ (۳)، ۱۷۶-۱۶۹.

یعقوبی هاشجین، فاطمه، حسنی، جعفر، و کاظمی، محمود (۱۳۹۲). بررسی خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه رویدادهای تبعیض جنسیتی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳ (۱۱)، ۱۰۹.

- Batel, S. (2020). Research on the social acceptance of renewable energy technologies: Past, present and future. *Energy Research & Social Science*, 68, 101544.
- Busby, D. R., Horwitz, A. G., Zheng, K., Eisenberg, D., Harper, G. W., Albucher, R. C., ... & King, C. A. (2020). Suicide risk among gender and sexual minority college students: The roles of victimization, discrimination, connectedness, and identity affirmation. *Journal of psychiatric research*, 121, 182-188.
- Carliner, H., Sarvet, A. L., Gordon, A. R., & Hasin, D. S. (2017). Gender discrimination, educational attainment, and illicit drug use among US women. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 279-289.
- Chang, Q., Yip, P. S., & Chen, Y. Y. (2019). Gender inequality and suicide gender ratios in the world. *Journal of affective disorders*, 243, 297-304.
- Erdem, M. (2024). The relationship between spirituality and suicide in young adults: the mediating role of early maladaptive schemas in Turkey. *International Review of Psychiatry*, 1-7.
- Grażka, A., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: a systematic review. *Brain sciences*, 13(8), 1216.
- Glick, P., Fiske, S.T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3), 491-512.
- Hirsch, J. K., & Barton, A. L. (2011). Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College Health*, 59(5), 393-398.
- Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1995). The Schedule of Sexist Events: A measure of lifetime and recent sexist discrimination in women's lives. *Psychology of Women Quarterly*, 19(4), 439-470.
- Li, N., Wang, P., Wu, X., Qiao, Z., & Wang, W. (2024). Discrimination faced by economically disadvantaged students: The mediating role of interpersonal factors in perceived discrimination predicting suicidal ideation. *Current Psychology*, 43(12), 11352-11359.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Thompson, K., Selwyn, C., Finnegan, H., & Misra, T. (2017). Maladaptive schemas mediate poor parental attachment and suicidality in college students. *Death studies*, 41(6), 337-344.
- Mavroeides, G., Basta, M., Vgontzas, A., Karademas, E., Simos, P., & Koutra, K. (2024). Early maladaptive schema domains and suicide risk in major depressive disorder: The mediating role of patients' illness-related self-regulation processes and symptom severity. *Current Psychology*, 43(5), 4751-4765.
- Nelson, T. D. (2009). *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination*. Psychology Press.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), 531.
- Perry, B. L., Harp, K. L., & Oser, C. B. (2013). Racial and gender discrimination in the stress process: Implications for African American women's health and well-being. *Sociological Perspectives*, 56(1), 25-48.



- Pletta, D. R., Austin, S. B., Chen, J. T., Radix, A. E., Keuroghlian, A. S., Hughto, J. M., & Reisner, S. L. (2024). Lower levels of social support are associated with risk for future suicide attempts in a clinical sample of transgender and gender diverse adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-12.
- Sparks, S., Mitchell, S. M., & LeDuc, M. K. (2023). Association between perceived social support and suicide ideation distress among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. *Journal of Clinical Psychology*, 79(5), 1467-1479.
- World Health Organisation. Preventing suicide: A global imperative. Retrieved December 28, 2015; from <http://www.who.int/mental-health/suicide-prevention/world-report-2014/en>.
- Williams SG, Langhinrichsen-Rohling J, Wornell C, Finnegan H. Adolescent Transitioning to High School: Sex Differences in Bullying Victimization Associated With Depressive Symptoms, Suicide Ideation, and Suicide Attempts. *J Sch Nurs*. 2017;1059840516686840.
- Xu, W., Shen, X., McDonnell, D., & Wang, J. (2024). Childhood maltreatment and suicidal ideation among Chinese adolescents: moderated mediation effect of perceived social support and maladaptive cognitive emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*, 151, 106732.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (1998). Schema therapy: A practitioner's guide [H. Hamidpour, Z. Andooz Persian trans]. *Tehran: Arjmand*.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.