



The Relationship Between Childhood Trauma and Suicidal Thoughts in Individuals with Depressive Symptoms: The Mediating Role of Experiential Avoidance and Emotion Dysregulation

Tannaz Boostanchi Kashani¹, Nakisa Zolnouri², Hosna Norouzi Bahari³,
Maryam Shabrang Moridani^{4*}

1. Master of Child and Adolescent Clinical Psychology, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Master of General Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
3. Master of General Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.
4. PhD Student of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Corresponding Author: Maryam Shabrang Moridani, PhD Student of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

E-mail: m.shabrangmoridani@iau.ir

Received: 12 Jul 2025

Accepted: 21 Sep 2025

Abstract

Introduction: Although previous studies have shown that there is a strong relationship between childhood traumatic experiences and suicidal ideation, the mechanisms mediating this relationship have not been well studied. The present study aimed to investigate the structural relationships between childhood trauma and suicidal ideation in individuals with depressive symptoms with the mediating role of experiential avoidance and emotion dysregulation.

Methods: The research method was descriptive-correlational, using structural equations. The statistical population of this study consisted of all individuals with depressive symptoms who referred to clinics and psychological service centers in Tehran in 2025. Of these individuals, 230 were selected using convenience sampling. The tools used in this study include Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Suicidal Ideation Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Childhood Trauma Questionnaire, (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)), Data analysis was also performed using Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software.

Results: The results showed that the research model has a good fit. The direct path of childhood trauma on suicidal ideation ($\beta = 0.51$, $T = 4.25$), experiential avoidance ($\beta = 0.54$, $T = 6.22$), and emotional dysregulation ($\beta = 0.77$, $T = 13.24$) was positive and significant. The indirect effect of childhood trauma on suicidal ideation through the mediating role of experiential avoidance is significant ($P < 0.05$, $b = 0.62$). The indirect effect of childhood trauma on suicidal ideation through the mediating role of emotional dysregulation is significant ($P < 0.05$, $b = 0.72$). The results also showed that the research variables explained a total of 75% of the variance in suicidal ideation (0.67).

Conclusions: Based on the research findings, it can be concluded that a better clinical understanding of emotion regulation and experiential avoidance in the pathology of suicidal ideation is a key element in the assessment and clinical work with individuals with depressive symptoms. Therefore, it is suggested that special attention be paid to emotion regulation-based therapies, mindfulness-based cognitive therapy, and acceptance and commitment therapy with the aim of reducing suicidal thoughts in people with depressive symptoms.

Keywords: Experiential avoidance, Suicidal thoughts, Emotion dysregulation, Childhood trauma, Depressive symptoms.



رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی در افراد با علائم افسردگی: نقش میانجی اجتناب

تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی

طناز بوستانچی کاشانی^۱، نکیسا ذوالنوری^۲، حسنا نوروزی بهاری^۳، مریم شبرنگ مریدانی^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: مریم شبرنگ مریدانی، دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
ایمیل: m.shabrangmoridani@iau.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۳۱

چکیده

مقدمه: اگرچه مطالعات قبلی نشان دادند که رابطه قوی بین تجربه ترومای کودکی و افکار خودکشی وجود دارد اما مکانیسم های میانجی این رابطه به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری بین ترومای کودکی با افکار خودکشی در افراد با علائم افسردگی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد دارای علائم افسردگی مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند، از این افراد ۲۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، مقیاس افکار خودکشی بک، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان، پرسشنامه ترومای دوران کودکی، پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم بودند. همچنین تحلیل داده ها با استفاده از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و در فضای نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. مسیر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی ($\beta = 0.51, T = 4.25$)، و اجتناب تجربه ای ($\beta = 0.54, T = 6.22$) و بدتنظیمی هیجانی ($\beta = 0.77, T = 13.24$) مثبت و معنادار بود. اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی اجتناب تجربه ای معنی دار است ($b = 0.62, P < 0.05$). اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار است ($b = 0.72, P < 0.05$). نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۷۵ درصد از واریانس افکار خودکشی ۰/۶۷ را تبیین کردند.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت، درک بالینی بهتر از تنظیم هیجان و اجتناب تجربه ای در آسیب شناسی افکار خودکشی یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با افراد دارای علائم افسردگی می باشد. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف کاهش افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: اجتناب تجربه ای، افکار خودکشی، بدتنظیمی هیجانی، ترومای کودکی، علائم افسردگی.

اهمیت آن و آسیب های جبران ناشدنی این دوره تأکید داشته اند (۹). یافته های مطالعات بررسی عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و عصبی بیولوژیکی نشان می دهد که آسیب های اولیه زندگی بر توسعه سیستم های عصبی بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر عملکرد روانشناختی آینده تأثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود که احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد (۱۰). در این راستا افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود. ارتباط میان ناملایمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می شود (۱۱).

یکی از مسیرهای میانجی مهم بین تجربه تروما و افکار خودکشی، اجتناب تجربه ای است (۱۲). اجتناب تجربی نوعی عدم تمایل نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت های بدنی، هیجان ها، افکار، خاطره ها و زمینه های رفتاری) و تلاش کردن برای اجتناب از تجربه های دردناک و یا وقایعی است که موجب فراخواندن این تجارب می شوند (۱۳). عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده می شود و آرامش کوتاه مدت ایجاد می کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می شود (۱۴). براساس نظر هیز و همکارانش (۱۵ و ۱۳) تلاش برای فاصله گرفتن از تجارب درونی منجر به مشکلات روانی و رفتاری از جمله مصرف مواد، افسردگی، اضطراب، خودکشی و رفتارهای پرخاشگرانه می شود. همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهند که با گذشت مدت زمانی از تروما، این مولفه اجتناب تجربه ای است که عامل مهم و پایداری در حفظ مشکلات روان شناختی است (۱۶). در واقع هر چه ترومای دروان کودکی بیشتر باشد، افراد ممکن است اجتناب از احساسات، افکار و خاطرات منفی بیشتر را گزارش نمایند. به عبارت دیگر از آنجایی که ممکن است کودک با ترک فیزیکی نتواند از موقعیت آزاردهنده فرار کند، راهبردهای اجتناب تجربه ای (استراتژی های مقابله ای غیرفعال) ممکن است به کودک اجازه دهد تا از لحاظ ذهنی از رویدادهای خصوصی دردناک و آزاردهنده اجتناب کند (۱۷). اجتناب تجربه ای به عنوان سبکی از تعامل با تجربیات درونی توصیف می شود که در نهایت ممکن است منجر به استفاده از راهکارهای تنظیم هیجان خاص مانند سرکوب، اجتناب از رفتار و درد شناختی

براساس جدیدترین داده های ملی ایالت متحده خودکشی در حال حاضر دومین عامل مرگ و میر در بین افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله است (۱). میزان خودکشی در ایران از غالب کشورهای غربی پایین تر است، اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر است و در طی سه دهه اخیر رشد معناداری داشته است (۲). خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی است، به طوری که تخمین زده می شود سالانه ۸۰۰۰۰۰ نفر در سراسر جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند (۱). کامینگز و کامینگز (۳) خودکشی را یک فرآیند سه مرحله ای می دانند آنها پیشنهاد می کنند که مرحله ۱ مرحله «ایده پردازی» است، که طی آن فرد بیشتر و بیشتر به خودکشی فکر می کند. مرحله ۲ مرحله «برنامه ریزی» است که طی آن فرد شروع به تدوین یک برنامه خاص برای خودکشی می کند، افراد در این مرحله نیاز اساسی به مراقبت روان شناختی موثر دارند. مرحله ۳ «خودکشی» زمانی شروع می شود که فرد تصمیم می گیرد به زندگی خود پایان دهد (۳). افراد دارای علائم افسردگی یکی از گروه های در معرض خودکشی می باشند و افکار خودکشی یک عامل پیشگویی کننده مهم برای اقدام به خودکشی و تکمیل آن است (۴). شواهد پژوهشی نشان می دهد عواملی اعم از قرار گرفتن در معرض خودکشی در میان بستگان یا دوستان، اضطراب اجتماعی، افسردگی و ترومای کودکی از عوامل خطر افکار خودکشی می باشند (۵).

ترومای کودکی زمانی ایجاد می شود که یک فرد در دوران کودکی یا نوجوانی تحت رفتار نامناسبی قرار می گیرد که خارج از توانایی مقابله ای فرد با این رفتارهاست، از جمله این رفتارها شامل آزار عاطفی، غفلت عاطفی، آزار جسمی و غفلت جسمی است (۶). ترومای دوران کودکی می تواند به عنوان یک عامل خطر اساسی برای افسردگی عمل کند. شواهد پژوهشی نشان می دهد که بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، سابقه تجربه ترومای دوران کودکی را گزارش کرده اند و علائم افسردگی شدیدتری را نشان می دهند (۷). ترومای دوران کودکی تأثیر طولانی مدتی بر خطر ابتلا به علائم افسردگی در افراد، حتی تا اواخر عمر دارد (۸). از سویی دیگر، زمینه بسیاری از افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه در دوران کودکی به وجود می آید. دوره کودکی از جمله دوره های مهم زندگی محسوب می شود که متخصصان و نظریه پردازان مختلف در مورد

شود (۱۸). در این راستا، تنظیم هیجان یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده که با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی، عملکرد حرفه ای و اجتماعی همراه است (۱۹).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه‌های مختلف ضروری است و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می‌شود (۲۰). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می‌شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۲۱). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می‌شود که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ‌دهی به هیجان‌ها می‌شود. پاسخ‌های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی‌های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه‌هایی از این راهبردها هستند (۲۲ و ۲۳). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه‌های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی وجود دارد (۲۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین بدتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی رابطه وجود دارد (۲۵) کسانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند، مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانات نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی نکرده‌اند، گزارش کرده‌اند (۲۶) و رابطه مثبتی بین سطوح بدتنظیمی هیجانی و تعداد اقدام به خودکشی پیدا شده است (۲۷).

در این راستا، افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می‌کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می‌یابد. بنابراین شناسایی عوامل خطر و فرآیندهای شناختی و هیجانی که به فکر خودکشی منجر می‌شود می‌تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی موثر باشد. همچنین پژوهش‌های مبتنی بر معادلات ساختاری با بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم شایسته است معلوم کنیم که این عوامل خطر چطور با هم تعامل دارند تا بهترین نقطه را برای مداخله انتخاب کنیم. لذا، برای کمک به پیشگیری

از خودکشی تعیین متغیرهای روان شناختی مرتبط با افکار و رفتار خودکشی مهم است تا امکان مداخلات روان شناختی هدفمندتر برای جلوگیری از خودکشی فراهم شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی در افراد با علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است که در سال ۱۴۰۴ بر روی ۲۳۰ نفر از افراد دارای علائم افسردگی مراجعه کننده به کلینیک‌های سطح شهر تهران به روش نمونه گیری دردسترس انجام شد. بنا به نظر کلاین برای مدل یابی معادلات ساختاری حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (۲۸). شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با کلینیک‌های سطح شهر تهران و کارشناسان آن مراکز و انجام هماهنگی‌های لازم، نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. به علاوه پس از اطمینان داده شدن به آزمودنی‌ها جهت رعایت گمنامی، پرسشنامه‌ها که شامل رضایت نامه کتبی هم بود، در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن علائم افسردگی (کسب نمره بالای ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم)، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-24 و SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II (Beck Depression Inventory-II): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک (Beck) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌

آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer) (۳۴) تدوین شده است. تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در این مقیاس نشان داده است. نمره هر گزینه به این صورت مشخص می‌شود، تقریباً هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت‌ها=۳، اغلب=۴، تقریباً همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمره گویه‌های ۱،۲،۳،۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰، ۱۷،۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ معکوس می‌شود. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های شش‌گانه با جمع نمره گویه‌های هر زیرمقیاس محاسبه می‌شود (۳۵). نتایج پژوهش گراتز و رومر حاکی از آن است که پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ است. همچنین روایی همزمان با پرسشنامه پذیرش و عمل مورد بررسی و برابر با ۰/۶۹ بود که نشان‌دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۳۴). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران (۳۶) ۰/۹۲ به دست آمده است. براساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران (۳۶) تمامی زیرمقیاس‌های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان‌دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است (۳۶).

۴- پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه‌گیری می‌کند (۳۷). سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه‌ها جای نمی‌گیرند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه‌گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید

شود شدت نشانه‌ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰-۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانگر افسردگی شدید می‌باشد (۲۹). نتایج پژوهش بک و همکاران (۲۹) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۰/۹۱) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده‌اند. همچنین نتایج پژوهش بک (Beck) و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همپلتون (Hamilton Depression Rating Scale) برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می‌باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۲۹). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۳۰). حمیدی و همکاران (۳۱) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۸۰ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

۲- مقیاس افکار خودکشی بک (Beck Suicidal Ideation Scale): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می‌باشد مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. سوالات این مقیاس در مورد فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر انفعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می‌باشد. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۲). در ایران انیسی و همکاران (۳۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۷۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

۳- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): یک ابزار سنجش ۳۶

می‌شود. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش داداند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴، و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹، به دست آمد (۳۹). عباسی و همکاران (۴۱) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. به این ترتیب، از این پرسشنامه جهت سنجش گرایش به اجتناب تجربه ای در افراد استفاده می‌شود.

یافته ها

تعداد افراد شرکت کننده ۲۳۰ نفر بودند. ۱۲۰ نفر (۵۲/۲ درصد) مرد و ۱۱۰ نفر (۴۷/۸ درصد) زن بودند. ۵۱ نفر (۲۲/۲ درصد)، دیپلم، ۸۵ نفر (۳۷ درصد) لیسانس، ۸۴ نفر (۳۶/۵ درصد) فوق لیسانس و ۱۰ نفر (۴/۳ درصد) دکترا بودند. ۱۱۵ نفر (۵۰ درصد)، مجرد، ۱۱۰ نفر (۴۷/۸ درصد) متاهل و ۵ نفر (۲/۲ درصد) مطلقه بودند. ۹۳ نفر (۴۰/۴ درصد) کارمند و ۱۳۷ نفر (۵۹/۶ درصد) دارای شغل آزاد بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۱/۱۵ و ۲/۲۸۴ بود.

طبقه بندی می‌شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۳۷). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۸).

۵- پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): این پرسشنامه توسط باند (Bond) و همکاران (۳۹) تدوین شده است و یک نسخه ۱۰ سوالی از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (Hayes) و همکاران (۴۰) ساخته شده بود. پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی‌اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه‌ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و براساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره‌گذاری

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
افکار خودکشی	۱۶/۶۰	۶/۷۱	۰/۲۶	-۰/۶۸
آزار عاطفی	۱۳/۸۸	۴/۷۳	-۰/۰۸	-۱/۴۳
آزار جنسی	۱۳/۵۰	۴/۵۲	-۰/۰۲	-۱/۴۹
آزار فیزیکی	۱۵/۰۸	۳/۶۴	-۰/۵۳	-۰/۵۳
غفلت عاطفی	۱۴/۱۳	۴/۶۸	-۰/۲۱	۱/۳۶
غفلت جسمی	۱۳/۸۰	۴/۵۵	۰/۰۷	-۱/۳۲
نمره کل ترومای کودکی	۷۰/۳۹	۱۸/۸۴	-۰/۲۳	-۱/۲۴
اجتناب از تجارب هیجانی	۱۵/۰۸	۷/۷۹	۰/۳۶	-۱/۰۵
کنترل روی زندگی	۷/۱۲	۳/۴۸	۰/۰۳	-۱/۷۰
نمره کل اجتناب تجربه‌ای	۲۲/۲۰	۱۰/۷۱	۰/۱۴	-۱/۴۹
عدم پذیرش	۱۴/۴۴	۹/۳۳	۰/۴۱	-۱/۶۹
اهداف	۱۰/۲۰	۵/۵۷	-۰/۲۸	-۱/۸۶
تکانه‌ها	۱۵/۳۲	۸/۳۶	-۰/۳۳	-۱/۷۲
آگاهی	۱۴/۵۹	۷/۹۹	۰/۳۲	-۱/۶۹
راهبردها	۱۹/۰۳	۱۰/۹۴	۰/۲۹	-۱/۸۷
شفافیت	۱۴/۱۳	۷/۵۵	۰/۰۴	-۱/۶۶
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۸۷/۷۰	۴۸/۸۴	۰/۲۸	-۱/۸۶
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۵۰	نسبت بحرانی: ۲/۱۲		

طناز بوستانچی کاشانی و همکاران

آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» و نسبت بحرانی استفاده می‌شود که مقادیر به دست آمده برای ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد نشان دهنده نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است، که نتایج در جدول ۱- آمده است بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. مقدار ضریب مردیا و نسبت بحرانی باید کمتر از ۵ باشد که در این پژوهش «ضریب مردیا» ۲/۵۰ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۱۲ به دست آمد که نشان دهنده برقراری فرض نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات در این پژوهش است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی‌ها ۲۳۰ نفر بودند. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده‌ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می‌شود که مقادیر آن باید در بازه ۲- تا ۲+ باشد که نشان دهنده نرمال بودن تک متغیره توزیع نمرات باشد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره‌های دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. برای بررسی همخطی چندگانه از ضریب تحمل و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی‌باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از

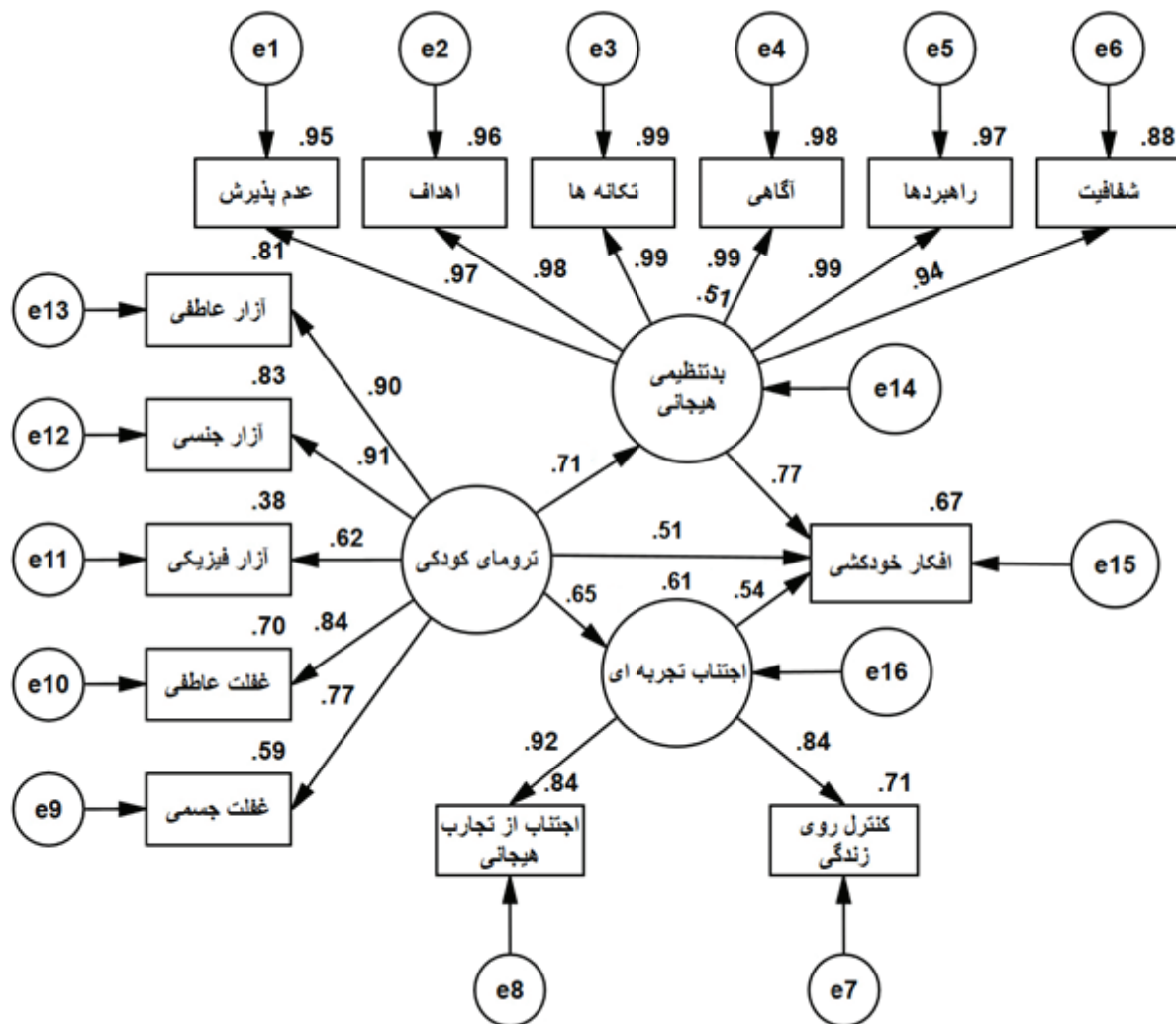
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
۱- افکار خودکشی	۱																
۲- آزار عاطفی	۰/۳۶**	۱															
۳- آزار جنسی	۰/۲۹**	۰/۵۶**	۱														
۴- آزار فیزیکی	۰/۲۶**	۰/۶۹**	۰/۲۶**	۱													
۵- غفلت عاطفی	۰/۲۷**	۰/۶۳**	۰/۴۶**	۰/۶۷**	۱												
۶- غفلت جسمی	۰/۲۱**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	۰/۶۲**	۰/۴۶**	۱											
۷- نمره کل تروما	۰/۳۲**	۰/۶۹**	۰/۵۷**	۰/۶۸**	۰/۶۶**	۰/۴۷**	۱										
۸- اجتناب از تجارب	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۶۷**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۴۸**	۰/۴۱**	۱									
۹- کنترل روی زندگی	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۷۶**	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۰/۴۹**	۰/۴۵**	۰/۳۷**	۱								
۱۰- نمره کل اجتناب	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۶۴**	۰/۴۲**	۰/۳۸**	۰/۵۰**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۶۱**	۱							
۱۱- عدم پذیرش	۰/۵۹**	۰/۴۶**	۰/۴۸**	۰/۵۲**	۰/۳۹**	۰/۴۹**	۰/۴۷**	۰/۵۳**	۰/۶۲**	۰/۶۴**	۱						
۱۲- اهداف	۰/۴۱**	۰/۳۸**	۰/۳۲**	۰/۶۹**	۰/۵۲**	۰/۳۲**	۰/۶۹**	۰/۳۲**	۰/۵۲**	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۱					
۱۳- تکانه‌ها	۰/۵۰**	۰/۴۹**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۶۸**	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۱				
۱۴- آگاهی	۰/۵۱**	۰/۶۰**	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۶۶**	۰/۶۳**	۰/۳۲**	۰/۶۹**	۰/۵۰**	۰/۶۱**	۱			
۱۵- راهبردها	۰/۶۱**	۰/۶۳**	۰/۶۵**	۰/۴۲**	۰/۵۸**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۶۸**	۰/۵۰**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۵۱**	۰/۳۲**	۰/۶۹**	۱		
۱۶- شفافیت	۰/۶۰**	۰/۵۲**	۰/۳۱**	۰/۶۹**	۰/۴۹**	۰/۵۲**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	۰/۵۱**	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۵۰**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۵۰**	۱	
۱۷- نمره کل بدتنظیمی	۰/۳۵**	۰/۵۹**	۰/۶۶**	۰/۴۵**	۰/۳۹**	۰/۵۰**	۰/۵۱**	۰/۶۰**	۰/۵۸**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۵۳**	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۶۳**	۰/۶۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین ترومای کودکی با افکار خودکشی ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی ($P < 0/01$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

است که ترومای با نقش میانجی اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی در مجموع ۶۷ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل پژوهش در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل نهایی پژوهش را نشان می دهد که در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی با نقش میانجی اجتناب تجربه ای و بدتنظیمی هیجانی برابر با ۰/۶۷ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن

جدول ۳. شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۸۵/۴۵	-
	درجه آزادی (DF)	۷۳	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۱۷	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳	کمتر از ۰/۰۸
شاخص های نسبی	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۳ می باشد که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افکار خودکشی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

جدول ۴. شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	افکار خودکشی	۰/۵۱	۰/۵۰	۰/۰۹	۴/۲۵	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	اجتناب تجربه ای	۰/۶۵	۰/۶۱	۰/۱۰	۵/۲۴	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	بدتنظیمی هیجانی	۰/۷۱	۰/۶۹	۰/۱۳	۱۱/۸۹	۰/۰۰۱
اجتناب تجربه ای	افکار خودکشی	۰/۵۴	۰/۵۸	۰/۱۱	۶/۲۲	۰/۰۰۱
بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۷۷	۰/۷۹	۰/۱۴	۱۳/۲۴	۰/۰۰۱

اجتناب تجربه ای ($\beta = ۰/۵۴$ ، $T = ۶/۲۲$) و بدتنظیمی هیجانی ($\beta = ۰/۷۷$ ، $T = ۱۳/۲۴$) مثبت و معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پژوهش از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای میانجی (غیرمستقیم) در جدول ۵- ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی (۱/۹۶+ و ۱/۹۶-) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی ($\beta = ۰/۵۱$ ، $T = ۴/۲۵$) و

جدول ۵. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	اجتناب تجربه ای	افکار خودکشی	۰/۶۲	۰/۳۲	۰/۳۹	۰/۰۰۱
ترومای کودکی	بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۷۲	۰/۴۱	۰/۶۶	۰/۰۰۱

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی اجتناب تجربه ای معنی دار است ($b=0/62, P<0/05$). اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار است ($b=0/72, P<0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر ترومای کودکی بر افکار خودکشی با میانجی گری بدتنظیمی هیجانی و اجتناب تجربه ای در افراد با علائم افسردگی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی در افراد با علائم افسردگی تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های برادسکی و استانی (Brodsky and Stanley) (۴۲)؛ مارتین (Martin) و همکاران (۲۵)؛ آنستیس (Anestis) و همکاران (۲۷)؛ روچ (Roach) و همکاران (۴۳) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت ترومای کودکی علاوه بر اینکه تاثیرات زبان باری در حیطه رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان او را در بزرگسالی نیز تهدید می کند. در واقع، یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است. چرا که تروماهای شدید تکانشگری را افزایش می دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت ها و اعمال، و کنترل هیجان های منفی است که متعاقباً منجر به افزایش رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی می شود (۴۴). همچنین، تروماهای دوران کودکی و استرس های مداوم در زندگی کودکی، سیستم های عصبی مرکزی را که در پاسخ به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، آسیب پذیر می سازد. به عبارت دیگر آسیب های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی تنظیم هیجان به شیوه ای سالم می شود. درواقع تروماهای دوران کودکی، به ویژه آسیب های تکرار شونده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می کند (۴۵). متعاقباً نقص در تنظیم هیجان نیز به عنوان هسته آسیب زای اضطراب، افسردگی و افکار خودکشی تلقی می شود زیرا فکر کردن در مورد خودکشی

ممکن است به عنوان یک منحرف کننده از هیجانات دشوار عمل کند. برخی از افراد افکار خودکشی را به عنوان یک مکانیسم مقابله ای توصیف کرده اند که به آنها کمک می کند تا کنترل را دوباره به دست آورند (۴۶). از سویی دیگر، مطابق با مدل آبشار هیجان (۴۷)، هنگامی که شدت هیجانات منفی به یک وضعیت غیرقابل تحمل فزونی یابد، نقصانی را در راهبردهای موثر تنظیم هیجان وارد می کند که این دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانات و عدم وجود رفتار هدفمند در سوق دادن فرد به سوی افکار خودکشی موثر است (۴۷).

از سویی دیگر، یافته های پژوهش حاضر نشان داد ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق اجتناب تجربه ای بر افکار خودکشی در افراد با علائم افسردگی تاثیر دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های هایز (Hayes) و همکاران (۱۳)؛ احمدی و همکاران (۴۸)؛ آنجلاکیس و گودینگ (Angelakis and Gooding) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت افراد دارای سابقه تروما در دوران کودکی، بیشتر از راهبردهای مقابله ای ناسازگار (اجتناب تجربه ای) استفاده می کنند، خود این راهبردها نیز در بلند مدت باعث ایجاد مشکلات روان شناختی از قبیل افکار خودکشی می شوند. در واقع تمرکز درونی در زمینه انجام اعمال غیرموثر جهت کنترل احساسات دردناک و اتخاذ راهبردهای ناسازگارانه، خود زمینه ساز مشکلات بعدی هستند (۵۱). به عبارتی دیگر، افرادی که سابقه سوء استفاده در دوران کودکی دارند، نوعی درون داد متناقض و غیرقابل کنترل از مراقبانشان دریافت می کنند که با سبک دلبستگی هراسان و مضطرب آنها هماهنگ است؛ لذا خود این مسئله منجر به پدید آمدن نوعی از راهبردهای اجتناب هیجانی و افکار منفی تکراری در آنان می شود که حاصل آن اختلال تماس با لحظه حال و تجارب بدنی است (۵۲). در واقع، اجتناب تجربی در افراد مواجه شده با تروما (آسیب) به عنوان یک عاملی به کار می رود که از روبرو شدن با نشانه ای یادآور رویدادهای آسیب زا محافظت می کند و این اجتناب از نشانه های یادآور حوادث آسیب زا باعث می شود که آنها دچار اضطراب نشوند. علاوه بر این، اجتناب تجربی را به عنوان شکلی از اعمال و رفتارهایی به کار می برند که از افکار آزاردهنده ناشی از رویدادهای آسیب زا اجتناب شود. لذا عملکرد اجتناب تجربی، موجب کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده می شود و آرامش

سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می یابد. بنابراین شناسایی فرآیندهای روان شناختی که به افکار خودکشی منجر می شود می تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی موثر باشد. در این راستا، درک بالینی بهتر از تنظیم هیجان و اجتناب تجربه ای در آسیب شناسی افکار خودکشی یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با افراد دارای علائم افسردگی می باشد. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف کاهش افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی توجه ویژه ای شود.

سیاسکزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نموده اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

کوتاه مدت ایجاد می کند که در نتیجه این عمل، به شکل منفی رفتار تقویت می شود (۱۳) بنابراین مشکلات روانی و رفتاری مانند افکار خودکشی در بازماندگان تروما ممکن است محصول جانبی فاصله گیری و عدم آگاهی از تجربیات درون روانی ناشی از اجتناب تجربه ای باشد (۵۳). در زمینه محدودیت های این پژوهش می توان گفت از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید براساس روابط همبستگی صورت گیرد نه براساس روابط علت و معلولی؛ همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس های خودگزارشی استفاده شده است. در نهایت متخصصان می توانند از یافته های این پژوهش در آسیب شناسی، ارزیابی و کار بالینی بر روی افراد دارای علائم افسردگی استفاده کنند.

نتیجه گیری

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی و اجتناب تجربه ای بر افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی تاثیر دارد. افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه

References

1. Milliman CC, Dwyer PA, Vessey JA. Pediatric suicide screening: a review of the evidence. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021;59:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.011>
2. KeyvanaraM, MousaviSG, KhayyerZ, Ngaosuvan L. A qualitative exploration of motives of suicide attempts among Iranian women. *Australian journal of psychology*. 2020; 72 (2):133-44. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12277>
3. Cummings NA, Cummings JL. *Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health*. Routledge; 2012 Aug 21. <https://doi.org/10.4324/9780203106815>
4. A. Aradilla-Herrero, J. Tomás-Sábado and J. Gómez-Benito, "Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students," *Nurse Education Today*, vol. 34, no. 4, pp. 520-525, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001>
5. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal*

- of psychiatry. 1973 Apr;130(4):455-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.4.455>
6. Qin Q, Jiang Y, Mei X, Zhu Y, Li H, Li S, Chen K, Zhang C, Wang X, Bai H, Zhang J. The effect of childhood trauma on depression in college students: A moderated mediation model. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Feb 23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.067>
7. Schulz A, Becker M, Van der Auwera S, Barnow S, Appel K, Mahler J, Schmidt CO, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. The impact of childhood trauma on depression: Does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *Journal of psychosomatic research*. 2014 Aug 1; 77(2):97-103. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.06.008>
8. Fan L, Chen Y, Zhu M, Mao Z, Li N. Correlation between childhood trauma experience and depressive symptoms among young adults: the potential mediating role of loneliness. *Child Abuse & Neglect*. 2023 Oct 1; 144:106358. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106358>
9. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy

- RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021 Mar;143(3):189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
10. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jun 1;31(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
11. Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, Hazlett EA, Goodman M, Ge Y, Yehuda R, Galfalvy H. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. *Journal of psychiatric research*. 2021 Apr 1;136:54-62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.030>
12. Marx BP, Sloan DM. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*. 2005 May 1; 43(5):569-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>
13. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec; 64(6):1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
14. Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*. 2009 Nov 1; 16(4):368-85. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
15. Hayes SC. A contextual approach to therapeutic change. 1987.
16. Marx BP, Sloan DM. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*. 2005 May 1; 43(5):569-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>
17. Reddy MK, Pickett SM, Orcutt HK. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*. 2006 Mar 30;6(1):67-85. https://doi.org/10.1300/J135v06n01_04
18. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec;64(6):1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
19. Abdollahi A, Hosseini S, Zamanshoar E, Beh-Pajoo A, Carlbring P. The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students. *Studia Psychologica*. 2018;60(1):30-41. <https://doi.org/10.21909/sp.2018.01.750>
20. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). *Journal of Clinical Psychology*. 2022 Jun 22;14(2).
21. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):53-72. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01277.x>
22. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
23. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. *IJPN* 2022; 10 (3) :14-29.
24. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*. 2019 Sep;49(12):2060-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
25. Martin C, Vujanovic A, Day SX. Posttraumatic stress disorder symptom severity and emotion regulation in acute-care psychiatric inpatients: associations with suicidality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2017 Oct 21;26(9):1024-41. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1341443>
26. Gómez-Expósito A, Wolz I, Fagundo AB, Granero R, Steward T, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Fernández-Aranda F. Correlates

- of non-suicidal self-injury and suicide attempts in bulimic spectrum disorders. *Frontiers in psychology*. 2016 Aug 22;7:1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01244>
27. Aneštis MD, Kleiman EM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Nov 1;55(8):1820-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2014.07.007>
28. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford publications; 2015.
29. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory*. second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
30. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*. 2011;63 Suppl 11:S454-66. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
31. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189-98. [Persian]
32. Beck A, Steer R. *Manual for the beck scale for suicide ideation* 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
33. Anisi, J., Fathi, A. A., Salimi, S., & Ahmadi, N. K. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers]. *Journal of Military Medicine*. 2005; 7(1), 33-37. (Persian).
34. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
35. Besharat, M. *Emotion Regulation Difficulty Scale*. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 13 (47): 89-92.
36. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. *Jornal of Hakim Health System Research (Hakim)*. 2011;13 (1): 11-18.
37. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
38. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
39. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1; 42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
40. Hayes SC, Follette VM, Linehan M, editors. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press; 2004 Aug 31.
41. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological Methods and Models*. 2012 Dec 21; 3(10/Winter 2013):65-80.
42. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008 Jun 1; 31(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
43. Roach EL, Haft SL, Huang J, Zhou Q. Systematic review: The association between race-related stress and trauma and emotion dysregulation in youth of color. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023 Feb 1; 62(2):190-207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.04.013>
44. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014.

45. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018 Jan 1; 2(1):5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.004>
46. Lakeman R, FitzGerald M. How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 Oct;64(2):114-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
47. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*. 2008 May 1;46(5):593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
48. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling structural relationships between Trauma experience and Peritraumatic dissociation in People with Earthquake Trauma Experience: The Mediating Role of experiential avoidance. *IJPN*. 2022 Dec 10;10(5):14-26.
49. Angelakis I, Gooding P. Experiential avoidance in non-suicidal self-injury and suicide experiences: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2021 Oct;51(5):978-92. <https://doi.org/10.1111/sltb.12784>
50. Reddy MK, Pickett SM, Orcutt HK. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*. 2006 Mar 30;6(1):67-85. https://doi.org/10.1300/J135v06n01_04
51. Mohammadabady MF, Karami S, Shahheydari A, Kamkar M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia, Experiential Avoidance and Self-Compassion in Adults with Childhood Trauma Experience. 2023, 4 (11): 95-107.
52. Marx BP, Sloan DM. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*. 2005 May 1;43(5):569-83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>