

Modeling the Relationships Between Childhood Traumatic Experience and Emotional Dysregulation with Suicidal Thoughts: The Mediating Role of Mindfulness

Mahtab Ahmadvand¹, Mozhgan Kazemi², Somayeh Rouzban³, Soraya Rouzban^{4*}

1. Master of Clinical Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

2. Master of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

3. Master of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.

4. Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

Corresponding Author: Soraya Rouzban, Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

E-mail: sorayarouzban1@gmail.com

Received: 2025/07/08

Accepted: 2025/12/01

Abstract

Introduction: Suicide is a psychiatric emergency, and several factors play a role in its occurrence. Identifying these risk factors and taking measures to reduce them seems essential. Therefore, the present study aimed to model the relationships between childhood traumatic experiences, emotional dysregulation, and suicidal thoughts, considering the mediating role of mindfulness.

Methods: The present correlational study was based on structural equations. The statistical population of the study included all patients referred to clinics in Tehran in 2024, of whom 220 were selected through convenience sampling and responded to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Beck Suicidality Inventory (BSIS), Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS), and Mindful Awareness and Attention Scale (MAAS). Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software were used to analyze the data.

Results: The results showed that the direct effect of childhood trauma on suicidal thoughts ($\beta = 0.66$, $T = 6.25$), the direct effect of emotional dysregulation on suicidal thoughts ($\beta = 0.76$, $T = 7.31$), and the direct effect of mindfulness on suicidal thoughts ($\beta = -0.58$, $T = -21$) were significant. Also, the indirect effect of childhood trauma on suicidal thoughts through the mediating role of mindfulness was significant ($P < 0.05$, $b = -0.47$), and the indirect effect of emotional dysregulation on suicidal thoughts through the mediating role of mindfulness was significant ($P < 0.05$, $b = -0.53$). The results also showed that the research variables explained a total of 78% of the variance in suicidal thoughts.

Conclusions: Based on the results of the present study, it is suggested that special attention be paid to emotion regulation-based therapies, mindfulness-based cognitive therapy, and acceptance and commitment therapy to reduce suicidal thoughts in people who have experienced childhood trauma.

Keywords: Suicidal thoughts, Emotional dysregulation, Childhood trauma, Mindfulness.

مدل یابی روابط بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی: نقش میانجی ذهن آگاهی

مهتاب احمدوند^۱، مژگان کاظمی^۲، سمیه روزبان^۳، ثریا روزبان^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

نویسنده مسئول: ثریا روزبان، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

ایمیل: sorayarozban1@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۱۷

چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از فوریت های روان پزشکی است و عوامل متعددی در وقوع آن نقش ایفا می کنند، شناسایی این عوامل خطر و اتخاذ تدابیری در جهت کاهش این عوامل امری ضروری به نظر می رسد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مدل یابی روابط بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی با توجه به نقش میانجی ذهن آگاهی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل جامعه آماری پژوهش تمامی مراجعه کنندگان به کلینیک های سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند، که از میان آنها تعداد ۲۲۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSIS)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) و مقیاس آگاهی و توجه هشیارانه (MAAS) پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد اثر مستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی ($\beta = 0.66, T=6.25$)، اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی ($\beta = 0.76, T=7.31$) و اثر مستقیم متغیر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی ($\beta = 0.58, T=-5.21$) معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی ذهن آگاهی معنی دار ($b=0.47, P<0.05$) بود و اثر غیرمستقیم بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی ذهن آگاهی معنی دار ($b=-0.53, P<0.05$) بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۷۸ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر 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 تجربه ترومای کودکی توجه ویژه ای شود.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، بدتنظیمی هیجانی، ترومای کودکی، ذهن آگاهی.

مقدمه

خودکشی (Suicide) یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است بنابراین، پیشگیری از خودکشی یک اولویت حیاتی بهداشت عمومی است (۱). افکار و رفتارهای خودکشی باعث بار بهداشتی و مالی قابل توجهی می شود و به تنهایی بیش از ۷۰ میلیارد دلار در سال هزینه دارد (۲). براساس جدیدترین داده های ملی ایالت متحده خودکشی در حال حاضر دومین عامل مرگ و میر در بین افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله است (۳). اگرچه میزان خودکشی در کشورهای اسلامی پایین است اما شواهدی دال بر افزایش آن در ایران وجود دارد. 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 (۴). 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 که نشان می دهد تعداد اقدام به خودکشی ممکن است ۲۰ برابر این رقم باشد (۳). افزایش موارد خودکشی در میان جوانان در سال ۲۰۱۸ زمانی که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد که خودکشی دومین عامل مرگ و میر افراد بین ۱۵ تا ۲۹ سال است، به سطح هشداررسیده است و پیشبینی می شود تا سال ۲۰۳۰ افزایش ۲۵ درصدی داشته باشد (۴). یکی از پیشرفت های کلیدی در بررسی پدیده خودکشی این بوده که نشان داده است که رشد و تحول افکار خودکشی و پیشرفت از مرحله فکر به اقدام به خودکشی پدیده های متفاوتی هستند که می توانند پیش بینی کننده های متمایز و نیرومندی برای خودکشی باشند (۵). با مطالعه ۶۲۰۰ نفر بزرگسال در آمریکا نشان داده شد که ۳۶٪ از آن ها که دارای سابقه اقدام به خودکشی بوده اند وجود هرگونه افکار فعال خودکشی را در دوره قبل خودکشی به طور کل رد کردند و تنها ۱۱٪ از آن ها افکار خودکشی فعال و افکار خودکشی غیرفعال داشته اند (۶). همچنین کلارکین و همکاران نیز با انجام مطالعه ای بر روی ۳۲۸ دانشجو نشان دادند که از هر ۴ نفر که افکار خودکشی داشته اند یک نفر در مقطعی از زندگی به احتمال بسیار زیاد برنامه خودکشی خود را عملی خواهد کرد (۷). شواهد پژوهشی اخیر نشان داده است که یکی از عناصر کلیدی مرتبط با آسیب پذیری رشدی برای افکار و رفتارهای خودکشی (Suicidal thoughts and behaviors)

قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی است (۸). اشکال متنوع تجربیات آسیب زا و بدرفتاری های دوران کودکی با آسیب پذیری های روان شناختی مختلفی از جمله بزهکاری (delinquency)، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی در سال های بعدی زندگی همراه است (۹). در واقع 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 اهمیت آن و آسیب های جبران ناشدنی این دوره تاکید داشته اند (۱۰). تروماهای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می افتد که سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می شود (۱۱). 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 تاثیر می گذارد که به نوبه خود بر عملکرد روانشناختی آینده تاثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود که احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد (۱۲). 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 (۱۳). از سویی دیگر، تنظیم هیجان (Emotion regulation) یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس زای زندگی ایفا می کند که با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی، عملکرد حرفه ای و اجتماعی همراه است (۱۴).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه های مختلف ضروری است و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می شود (۱۵). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندهای راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۱۶). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان (Emotion dysregulation) غالباً با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود

ذهنی در زمان حال و در نهایت منجر به پذیرش آنها می شود (۲۶). همچنین به معنای آگاهی، توجه به هوشیاری، تمرکز بر نکات مهم و حفظ توجه به تجربیات در لحظه است (۲۷). پژوهش ها نشان می دهند که بهزیستی روانشناختی و شادی درونی ممکن است از طریق ذهن آگاهی افزایش یابد. علاوه بر این، تلاش ها برای تقویت ذهن آگاهی به عنوان یک درمان مستقل (به عنوان مثال، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Stress Reduction) یا اجزای سایر درمان ها (مانند شناخت درمانی برای افسردگی) افزایش یافته است (۲۸). ذهن آگاهی پیش بینی کننده ی افکار خودکشی است (۲۹) و پژوهش ها به ارتباط منفی ذهن آگاهی و افکار خودکشی (۳۰) دست یافته اند.

خودکشی یکی از فوریت های روانپزشکی است که از معضلات اساسی در بهداشت روانی جامعه به شمار می رود. عوامل متعددی در وقوع خودکشی نقش ایفا می کنند. با توجه به آمار روز افزون خودکشی، شناسایی این عوامل خطر و اتخاذ تدابیری در جهت کاهش این عوامل امری ضروری به نظر می رسد. در واقع ضرورت پژوهش حاضر ناشی از این است که افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روانی است چراکه هرچه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اینکه فرد از مرحله فکر به اقدام به خودکشی منتقل شود بیشتر خواهد بود (۳۱، ۳۲). بنابراین، شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده در زمینه افکار خودکشی در جهت رشد و گسترش برنامه ها و سیاست های پیشگیری از خودکشی ضرورت دارد. با توجه به تأثیرات عوامل روانشناختی از قبیل ترومای کودکی، بدتنظیمی هیجان و ذهن آگاهی بر افکار خودکشی بررسی این متغیرها می تواند در جهت اقدامات و مداخلات لازم در زمینه خودکشی مفید واقع شود. بنابراین با توجه به مباحث فوق، پژوهش حاضر با هدف مدلیابی روابط بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی با توجه به نقش میانجی ذهن آگاهی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع روش های مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش تمامی مراجعه کننده گان به کلینیک های سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. کلاین (Kline) (۳۳) معتقد است حداقل

که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نیافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۱۸، ۱۷). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی وجود دارد (۱۹)، در این راستا، گزارش های نظری از رفتار خودکشی به ابعاد خاص اختلال در تنظیم هیجان اشاره می کند که به ویژه با خودکشی مرتبط است. لینهان (Linehan) (۱۹۹۳) به عنوان بخشی از کار خود در مورد اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder) پیشنهاد کرده است که افراد مبتلا به BPD اغلب هیجانات منفی خود را بی اعتبار می کنند یا آنها را نمی پذیرند و زمانی که احساس می کنند راه های دیگری برای مقابله ندارند ممکن است برای فرار از هیجانات خود اقدام به خودکشی کنند. بنابراین رفتارهای خودکشی یک عملکرد تنظیم هیجان را انجام می دهند و می توانند به عنوان راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار در نظر گرفته شوند (۲۰). نقص در راهبردهای تنظیم هیجان نیز در افکار خودکشی دخیل است. در کودکان افسرده، پاسخ های تنظیم هیجان ناسازگار با افکار، برنامه ریزی و تلاش برای خودکشی مرتبط است (۲۱) عدم آگاهی فرد از راهبردهای مقابله هیجانی به طور مثبت با افکار خودکشی مرتبط است، که اثرات آن عمدتاً با ناامیدی و نشخوار فکری (rumination) توضیح داده شده است (۲۲).

همچنین شواهد پژوهشی نشان می دهد فشارهای روانی یکی از علل اصلی خودکشی است و هر گونه عامل محافظتی می تواند فرد را در برابر فشار روانی مقاوم کند یکی از این عوامل محافظتی ذهن آگاهی (mindfulness) است (۲۳). پژوهشگران ذهن آگاهی را به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر فشارهای روانی معرفی کرده اند (۲۴). ذهن آگاهی یک متغیر کلیدی است که بر رابطه بین ویژگی های شخصیتی و افکار خودکشی تأثیر می گذارد. ذهن آگاهی در سنت های بودایی ردیابی شده است و می توان آن را به عنوان نشان دادن توجه زیاد به آنچه در حال رخ می دهد تعریف کرد (۲۵). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی نوعی خودتنظیمی است که فرد به تجربه های آنی توجه می کند و این باعث افزایش شناخت فرد از رویدادهای

آمده است (۳۵).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale):

یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer) (۳۶) تدوین شده است و ۶ مولفه عدم پذیرش با سوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ اهداف با سوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ تکانه ها با سوالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ آگاهی با سوالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ راهبردها با سوالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵ و ۳۶؛ و شفافیت با سوالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس هستند (۳۷). 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 نشان دهنده روایی مطلوب این پرسشنامه است (۳۶). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس براساس آلفای کرونباخ در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۹۲ به دست آمده است. براساس نتایج پژوهش عزیزی و همکاران (۳۸) تمامی زیر مقیاس های این مقیاس با وابستگی به نیکوتین همبستگی مثبت و معنادار و با مقیاس تحمل آشفتگی هیجانی رابطه منفی و معناداری دارد که نشان دهنده روایی ملاکی و سازه این پرسشنامه است.

پرسشنامه 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 می باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می باشد. 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 (۳۹). در ایران انیسی و همکاران (۴۰) 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.

حجم نمونه برای مدل معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر قابل دفاع است، اما در این پژوهش برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۲۲۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تکمیل فرم رضایت آگاهانه، داشتن تحصیلات سیکل، سکونت در تهران، نداشتن اختلالات روانپزشکی و عدم مصرف مواد براساس گزارش آزمودنی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش بود. در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی ها رعایت گردید. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-26 و SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire):

این پرسشنامه شامل ۲۸ سوال است که 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 اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. 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 طبقه بندی می شود. 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 (۳۴). 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 همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست

(۴۲). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲. گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۴۳).

یافته ها

تعداد آزمودنی ها ۲۲۰ نفر بودند. ۱۱۵ نفر (۵۲/۳) مرد و ۱۰۵ نفر (۴۷/۷) زن بودند. ۴۹ نفر (۲۲/۳ درصد)، دیپلم ۴۹ نفر (۲۲/۳ درصد) فوق دیپلم، ۷۴ نفر (۳۳/۶ درصد) لیسانس، ۱۷ نفر (۷/۷ درصد) فوق لیسانس و ۳۱ نفر (۱۴/۱ درصد) دکترا بودند. ۱۲۱ نفر (۵۵) مجرد و ۸۴ نفر (۳۸/۲) متاهل و ۱۵ نفر (۶/۸) مطلقه بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۷/۴۷ و ۷/۱۵ بود.

مقیاس آگاهی و توجه هوشیارانه (Mindfulness Attention Awareness Scale): این مقیاس توسط برون و رایان (Brown & Ryan) در سال ۲۰۰۳ برای سنجش ذهن آگاهی افراد ساخته شده و دارای ۱۵ عبارت است. این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۶ درجه ای، از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۶ (تقریباً هرگز) نمره گذاری می شود. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷. گزارش شده است. همچنین روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P < 0.001$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۴۱). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه های تنیدگی کم، مرتبط است

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

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
افکار خودکشی	۲۵/۲۰	۵/۵۹	-۰/۵۹	-۱/۰۴
آزار عاطفی	۱۱/۷۵	۳/۲۸	-۰/۹۹	۰/۱۰
آزار جنسی	۱۳/۳۰	۳/۱۷	-۱/۴۱	۰/۸۵
آزار فیزیکی	۱۳/۱۵	۳/۵۶	-۰/۶۹	-۰/۲۱
غفلت عاطفی	۱۳/۵۵	۳/۹۸	-۰/۳۷	-۱/۰۱
غفلت جسمی	۱۳/۸۵	۳/۱۶	-۱/۸۳	۱/۹۷
نمره کل ترومای کودکی	۶۵/۶۰	۱۶/۷۰	-۱/۰۲	۰/۱۷
عدم پذیرش	۱۵/۵۰	۵/۲۶	-۰/۵۳	-۱/۱۲
اهداف	۱۷/۵۵	۶/۱۲	-۰/۹۱	-۰/۸۳
تکانه ها	۱۹/۸۵	۷/۴۴	-۰/۴۰	-۰/۷۷
آگاهی	۱۷/۸۵	۶/۳۲	-۰/۹۰	-۰/۸۷
راهبردها	۲۴/۳۵	۸/۵۵	-۰/۸۵	-۰/۹۹
شفافیت	۱۵/۳۰	۵/۹۰	-۰/۹۷	-۰/۷۴
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۱۱۰/۴۰	۳۷/۶۹	-۱/۰۵	-۰/۷۲
ذهن آگاهی	۲۷/۶۵	۱۰/۵۹	۰/۱۷	-۱/۵۵
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)		ضریب مردیا: ۲/۷۲	نسبت بحرانی: ۲/۵۲	

استفاده شد که نتایج نشان داد که آماره های 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 نمی باشند. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می توان از آزمون های

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. همچنین برای انجام معادلات ساختاری به شیوه پارامتریک، پیش فرض نرمال بودن داده ها و متغیرها لازم است. برای سنجش نرمال بودن تک متغیره داده ها از مقادیر «چولگی» و «کشیدگی» استفاده می شود 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

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» ۲/۷۲ و مقدار نسبت بحرانی ۲/۵۱ 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.

پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره داده ها از ضریب کشیدگی استاندارد شده «مردیا» (Mardia) و نسبت بحرانی استفاده می شود 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 که بر اساس نتایج مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
۱- افکار خودکشی	-														
۲- آزار عاطفی	۰/۳۹***	-													
۳- آزار جنسی	۰/۳۹***	۰/۵۱***	-												
۴- آزار فیزیکی	۰/۳۹***	۰/۵۱***	۰/۳۸***	-											
۵- غفلت عاطفی	۰/۳۵***	۰/۵۱***	۰/۳۹***	۰/۴۱***	-										
۶- غفلت جسمی	۰/۳۷***	۰/۴۰***	۰/۴۱***	۰/۵۶***	۰/۳۹***	-									
۷- نمره کل ترومای کودکی	۰/۴۰***	۰/۶۸***	۰/۳۸***	۰/۵۱***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	-								
۸- عدم پذیرش	۰/۳۱***	۰/۴۱***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۵۱***	۰/۳۸***	۰/۳۱***	-							
۹- اهداف	۰/۶۵***	۰/۴۶***	۰/۸۱***	۰/۴۰***	۰/۶۰***	۰/۴۰***	۰/۵۱***	۰/۴۰***	-						
۱۰- تکانه ها	۰/۶۱***	۰/۴۶***	۰/۶۰***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	-					
۱۱- آگاهی	۰/۵۹***	۰/۴۶***	۰/۳۸***	۰/۸۱***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۷۸***	۰/۵۱***	۰/۳۸***	۰/۵۰***	-				
۱۲- راهبردها	۰/۴۶***	۰/۶۰***	۰/۵۱***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۷۸***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۸۱***	۰/۷۸***	-			
۱۳- شفافیت	۰/۳۸***	۰/۴۱***	۰/۵۱***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	-		
۱۴- نمره کل بدتنظیمی	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۶۱***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۵۰***	۰/۵۱***	۰/۳۸***	-	
۱۵- ذهن آگاهی	۰/۳۶***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۴۰***	۰/۳۸***	۰/۳۸***	۰/۵۰***	۰/۵۱***	۰/۵۱***	۰/۴۰***	۰/۳۹***	-

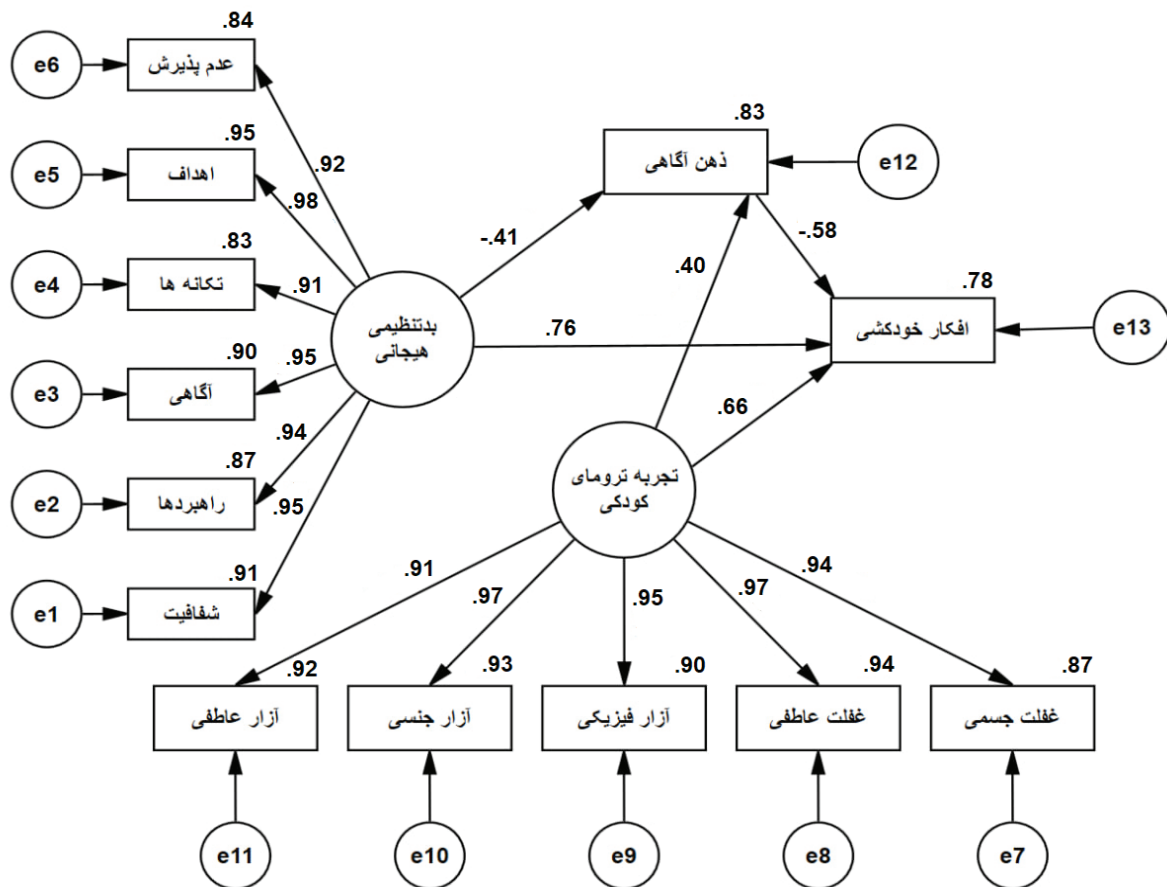
** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

بین ذهن آگاهی با افکار خودکشی ($P < ۰/۰۱$) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی ($P < ۰/۰۱$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیر مستقیم ارائه می شود.

بررسی مدل پژوهش فراهم گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدل سازی معادلات



شکل ۱. مدل نهایی و برازش شده پژوهش

بیانگر آن است که ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با میانجی ذهن آگاهی در مجموع ۷۸ 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 و برازش شده پژوهش را نشان می دهد. در این مدل مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای افکار خودکشی براساس ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با نقش میانجی ذهن آگاهی برابر با ۰/۷۸ بدست آمد، این موضوع

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۹۳/۲۶	-
	درجه آزادی (DF)	۶۲	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۵۰	کمتر از ۳
شاخص های نسبی	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۶	بیشتر از ۰/۹۰

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) $0/001$ و شاخص RMSEA برابر $0/05$ 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 براساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افکار خودکشی پرداخت.

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	افکار خودکشی	$0/66$	$0/61$	$0/11$	$6/25$	$0/001$
بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	$0/76$	$0/71$	$0/12$	$7/31$	$0/001$
ذهن آگاهی	افکار خودکشی	$-0/58$	$-0/55$	$0/10$	$-5/21$	$0/001$
ترومای کودکی	ذهن آگاهی	$0/40$	$0/39$	$0/09$	$4/33$	$0/001$
بدتنظیمی هیجانی	ذهن آگاهی	$-0/41$	$-0/42$	$0/08$	$-4/34$	$0/001$

($\beta = -0/58$, $T = -5/21$) و ذهن آگاهی ($\beta = 0/76$, $T = 7/31$) بر افکار خودکشی معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل برازش شده از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

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 $0/90$ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر اساس

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی $(+1/96$ و $-1/96)$ قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از $0/05$ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم ترومای کودکی ($\beta = 0/66$, $T = 6/25$)، بدتنظیمی هیجانی

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	ذهن آگاهی	افکار خودکشی	$-0/47$	$-0/14$	$-0/18$	$0/001$
بدتنظیمی هیجانی	ذهن آگاهی	افکار خودکشی	$-0/53$	$-0/56$	$-0/77$	$0/001$

و غیرمستقیم از طریق ذهن آگاهی با افکار خودکشی ارتباط دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های نورانی و همکاران (۴۴)، فرجامی و همکاران (۴۵)، وانگ (Wang) و همکاران (۴۶) و پارک (Park) و همکاران (۴۷) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت ترومای کودکی علاوه بر اینکه تاثیرات زیان 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

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با 2000 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 ذهن آگاهی معنی دار است ($b = -0/47$, $P < 0/05$). اثر غیرمستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی ذهن آگاهی معنی دار است ($b = -0/53$, $P < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل یابی روابط بین تجربه ترومای کودکی و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی با میانجی گری ذهن آگاهی انجام شد. اولین یافته پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای کودکی به صورت مستقیم

اقدام به خودکشی می شود (۴۸).

از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن آگاهی اثر مستقیم و منفی معناداری با افکار خودکشی دارد. این یافته با پژوهش های اقدامی و فولادچنگ (۲۳)، ماسکردینی (Moscardini) و همکاران (۴۹) و بروکس استفان (Brooks Stephens) و همکاران (۵۰) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت فردی که ذهن آگاه نیست، به دلیل عدم توانایی در دیدن واقعیت ها به طور واضح و دقیق، بیشتر به نقاط ضعف و جنبه های منفی زندگی متمرکز می شود. این نگرش منفی می تواند منجر به تجربه احساسات ناخوشایند مانند افسردگی و اضطراب شود که نهایتاً ممکن است به بروز افکار خودکشی در او منجر گردد (۵۱). در مقابل زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می شود که فرد نسبت به خود، استعدادها و لحظه حال آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه در برابر هیجانات منفی شدید از امیدواری و خوش بینی بیشتری بهره برد. در واقع فرد با سطح بالای ذهن آگاهی قادر است افکار و احساسات منفی را بدون قضاوت مشاهده کند و به جای واکنش سریع و ناخودآگاه به صورت آگاهانه و کنترل شده پاسخ دهد که این موارد بهبود کیفیت زندگی روانی را در دوره نوجوانی تسهیل کرده و کاهش افکار خودکشی را در پی دارد.

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بدتنظیمی هیجانی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ذهن آگاهی با افکار خودکشی ارتباط دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش های ارسلان ده و همکاران (۵۲)، کولمنرو-ناوارته (Colmenero-Navarrete) و همکاران (۵۳) و روگانت (Rogante) و همکاران (۵۴) همسو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت شواهد پژوهشی نشان می دهد که بین بدتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی رابطه وجود دارد (۵۵) کسانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته اند، مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانات نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی نکرده اند، گزارش کرده اند (۵۶) و رابطه مثبتی بین سطوح بدتنظیمی هیجانی و تعداد اقدام به خودکشی پیدا شده است (۵۷). فکر کردن در مورد خودکشی نیز 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 (۵۸). از سوی دیگر، مطابق با مدل آشار هیجان (۵۹)، هنگامی که شدت هیجانات منفی و نشخوارهای فکری 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 (۵۹). همچنین مطابق با مدل گریه برای درد؛ خودکشی یک واکنش به موقعیت های استرس زا است که در آن فرد شکست را می فهمد و امیدی به حل آن ندارد، با استفاده از این مدل، افراد هنگامی که هیجانات منفی شدید را، غیرقابل تحمل می پندارند، و هنگامی که فاقد راهبردهای ادراک شده برای تنظیم مناسب هیجانات و حل وضعیت پریشانی هستند، به خودکشی رو می آورند (۶۰).

نتیجه گیری

به طور کلی نتیجه گیری پژوهش حاضر نشان داد ترومای دوران کودکی و بدتنظیمی هیجانی با میانجی گری ذهن آگاهی می تواند به طور معناداری با افکار خودکشی مرتبط باشد. بر این اساس پیشنهاد می شود در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد برای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی و همچنین تهیه و تدوین پروتکل های آموزشی براساس الگو به دست آمده از یافته های حاضر استفاده شود. همچنین پیشنهاد می شود سایر متغیرهای روان شناختی از قبیل متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با افکار خودکشی مورد بررسی قرار گیرد. به علاوه مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی است که باید در کنار نتیجه گیری پژوهش، مورد توجه قرار گیرند. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر ابزار سنجش خودگزارشی بوده است، لذا احتمال سوگیری در گزارش ما وجود دارد و تعمیم نتایج به سایر جمعیت ها و فرهنگ ها محدود است. همچنین، مطالعه حاضر از نوع همبستگی است و به ما اجازه استنباط روابط علی را نمی دهد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Zortea TC, Brenna CT, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, Arensman E, Corcoran P, Hatcher S, Heise MJ, Links P. The impact of infectious disease-related public health emergencies on suicide, suicidal behavior, and suicidal thoughts. *Crisis*. 2020. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753>
2. DiBlasi E, Kang J, Docherty AR. Genetic contributions to suicidal thoughts and behaviors. *Psychological medicine*. 2021;51(13):2148-55. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001720>
3. 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>
4. Keyvanara M, Mousavi SG, Khayyer Z, 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>
5. kazemi rezaei A, Ramezan Saatchi L, Rahimi M, Moradi S. Predictors of suicidal behavior with emphasis on protective factors and risk factors among prisoners. *IJPN* 2023; 11 (3) :1-13
6. Wasstler HM, Bryan AO, Bryan CJ. Suicide attempts among adults denying active suicidal ideation: An examination of the relationship between suicidal thought content and suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*. 2022;78(6):1103-17. <https://doi.org/10.1002/jclp.23268>
7. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F, Levy KN, Kernberg OF. An object relations model of borderline pathology. *Journal of personality disorders*. 2007;21(5):474-99. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
8. Cleare S, Wetherall K, Clark A, Ryan C, Kirtley OJ, Smith M, O'Connor RC. Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International journal of environmental research and public health*. 2018 Jun;15(6):1235. <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/6/1235#https://doi.org/10.3390/ijerph15061235>
9. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002; 51:519-31. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01352-X)
10. 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;143(3):189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
11. Kazemi Rezaei S A, hashemi M, Niknam M, Hatamian P. The Relationship Between Childhood Trauma and Obsessive-Compulsive Symptoms :The Mediating Role of Thought-Action Fusion and Experiential Avoidance. *Advances in Cognitive Sciences* 2025; 27 (1): 45-58.
12. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 31(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
13. 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; 136:54-62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.030>
14. Rahmani S, Rahmati A, Rezaei SA, Pishgahi B. The effectiveness of self-compassion therapy on cognitive emotion regulation strategies and anxiety sensitivity in female nurses. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article*. 2020 Oct;8(4).
15. 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;14(2).
16. 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/10.2307/1166138>
17. Khoshsorour S, Kazemi 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; 6(1):60-8. <http://ijrn.ir/article-1-404-fa.html>
18. 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. <http://ijpn.ir/article-1-2054-en.html>
19. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*. 2019; 49(12):2060-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
20. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36:833-9. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9419-2>
21. Tamás Z, Kovacs M, Gentzler AL, Tepper P, Gáboros J, Kiss E, Kapornai K, Vetró Á. The relations of temperament and emotion self-regulation with suicidal behaviors in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of abnormal child psychology*. 2007; 35:640-52. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9119-2>
22. Miranda R, Tsypes A, Gallagher M, Rajappa K. Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research*. 2013; 37:786-95. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9524-5>
23. Eghdami Z, Fouladchang M. Predicting suicidal thoughts based on parental psychological control: The mediating role of mindfulness. *Journal of Psychology*. 2022; 26(1):1-11. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1401.26.1.11.8>
24. Harker R, Pidgeon AM, Klaassen F, King S. Exploring resilience and mindfulness as preventative factors for psychological distress burnout and secondary traumatic stress among human service professionals. *Work*. 2016; 54(3):631-7. <https://doi.org/10.3233/WOR-162311>
25. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822. <https://psycnet.apa.org/buy/2003-02410-012> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
26. Jury TK, Jose PE. Does rumination function as a longitudinal mediator between mindfulness and depression?. *Mindfulness*. 2019; 10:1091-104. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1031-z>
27. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 2003 Jul 1;8(2):73. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.09.007>
28. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2004;57(1):35-43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)
29. Collins KR, Stritzke WG, Page AC, Brown JD, Wyld TJ. Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life?. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 226:100-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.043>
30. Roush JF, Brown SL, Mitchell SM, Cukrowicz KC. Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. *Psychotherapy research*. 2019; 29(4):514-23. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395923>
31. Ordaz SJ, Goyer MS, Ho TC, Singh MK, Gotlib IH. Network basis of suicidal ideation in depressed adolescents. *Journal of affective disorders*. 2018; 226:92-9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.021>
32. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *American journal of psychiatry*. 2021;178(7):611-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
33. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023.
34. 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; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
35. 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; 1(97):98. <http://www.iranapsy.ir/Article/22268/FullText>
36. 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; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
37. kazemi rezaei A, Hatamian P, Vatankhah amjad F, pahlavan yousefkhani M. The Relationship between Emotional Disorder and Repeated Negative Thoughts with Body Image Concern Due to the Mediating Role of Family Support in Women Applying for Cosmetic Surgery. IJPN 2022; 10 (1) :18-27
38. Azizi A, Mirzaei A, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. Hakim Research Journal. 2010;13(1):11-18. <http://hakim.tums.ac.ir/article-1-608-fa.html>
39. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-239.
40. 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.
41. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;84(4):822. <https://psycnet.apa.org/buy/2003-02410-012> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
42. Carlson LE, Brown KW. Validation of the Mindful Attention Awareness Scale in a cancer population. Journal of psychosomatic research. 2005; 58(1):29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
43. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(2):154-162. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1047-fa.html>
44. Nouraei, N., Goodarzi, M., Aflakseir, A. The Mediating Role of Mentalization and Self-Emotion Regulation in the Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation. Journal of Clinical Psychology, 2024; 16(2): 13-25.
45. Farjami M, Farjami Z, Shakibaeinezhad A, Paezy L. Formulation The Model of Self-Injurious Behaviors Based on The Experience of Childhood Trauma and Alexithymia With The Mediation Of Mentalization In Adolescents. IJPN 2024; 12(1):50-63. <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.1.50>
46. Wang Y, Warmenhoven H, Feng Y, Wilson A, Guo D, Chen R. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation, the mediating role of identification of all humanity, indifference and loneliness. Journal of affective disorders. 2022; 299:658-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.052>
47. Park C, Park IH, Yoo T, Kim H, Ryu S, Lee JY, Kim JM, Kim SW. Association between childhood trauma and suicidal behavior in the general population. Chonnam medical journal. 2021;57(2):126. <https://doi.org/10.4068/cmj.2021.57.2.126>
48. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014; 19(4) :275-282. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
49. Moscardini EH, Robinson A, Gerner J, Tucker RP. Perceived stress and suicidal ideation: The role of dispositional mindfulness. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2023;53(5):776-86. <https://doi.org/10.1111/sltb.12982>
50. Brooks Stephens JR, Lebeaut A, Jewell RD, Zegel M, Walker RL, Vujanovic AA. Living in the present moment: The role of mindfulness in the association between impulsivity and suicidality among black emerging adults. Mindfulness. 2023;14(7):1790-803. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02180-x>
51. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. Clinical psychology review. 2011;31(6):1041-56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
52. arsalandeh F, iliyaifar G, shakibaeinezhad A, ghanbari E. The Effect of Childhood Trauma and Emotional Dysregulation on Suicidal Thoughts With The Mediation of Rumination in Nurses With Depressive Symptoms. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023; 12(3): 90-104. <http://ijnv.ir/article-1-1064-fa.html>
53. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. Archives of suicide research. 2022;26(4):1702-35. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1999872>

54. Rogante E, Cifrodelli M, Sarubbi S, Cořtanza A, Erbuto D, Berardelli I, Pompili M. The role of emotion dysregulation in understanding suicide risk: A systematic review of the literature. In *Healthcare*. 2024;12(2):169. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020169>
55. 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;26(9):1024-41. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1341443>
56. 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; 7:1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01244>
57. Anestis 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;55(8):1820-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2014.07.007>
58. Lakeman R, FitzGerald M. How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;64(2):114-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
59. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*. 2008;46(5):593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
60. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Masterton G, McConachie S, O'Connor RC. Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010 Mar;49(1):15-30. <https://doi.org/10.1348/014466509X415735>