مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، اردیبهشت ۱۴۰۳، ۱۱۸-۱۰۴

نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی با عامل واسطه‌ای سلامت جسمانی: یک مطالعه توصیفی

فاطمه فرنیا[۱]، اسحق رحیمیان بوگر[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۰۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۲/۱۲/۲۲ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از علل مرگ و میر در سراسر دنیا است که موجب تأثیر بلندمدت بر خانواده، اجتماع و اقتصاد می‌شود. هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ترومای کودکی، استرس روانی-اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی به‌واسطه سلامت جسمانی بود.

مواد و روش‌ها: در یک طرح توصیفی از میان افراد ساکن در استان البرز و تهران در بازه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال در بهار ۱۴۰۰ تا تابستان ۱۴۰۱، ۴۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه ترومای کودکی Bernstein و همکاران (۱۹۹۴)، زمینه‌یابی سلامت Ware و Sherbourne (۱۹۹۲)، پرسش‌نامه اقدام به خودکشی Cull و Gill (۱۹۸۸)، مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی Holmes و Rahe (۱۹۶۷)، و پرسش‌نامه تعارضات بین فردی Pierce و همکاران (۱۹۹۱) جمع‌آوری و توسط روش تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ترومای کودکی (β=۰/۲۱۷، P<۰/۰۰۱) و استرس روانی اجتماعی (β=۰/۳۸۵، P<۰/۰۰۱) بر اقدام به خودکشی اثر مثبت و معناداری دارد. هم‌چنین، تعارضات بین فردی بر اقدام به خودکشی اثر منفی و معناداری داشت (β=-۰/۱۳۰، P=۰/۰۴۷). به‌علاوه، اثر غیرمستقیم ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی بر اقدام به خودکشی از طریق سلامت جسمانی معنادار بود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی به‌طور مستقیم و نیز با کاهش سلامت جسمانی می‌توانند عامل خطری برای اقدام به خودکشی باشند. پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان در تدوین برنامه‌های پیش گیرانه و مداخله‌ای در زمینه خودکشی، این عوامل را مورد نظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: ترومای کودکی، استرس، تعارضات روان‌شناختی، سلامت، اقدام به خودکشی

ارجاع: فرنیا ف، رحیمیان بوگر ا. نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی با عامل واسطه‌ای سلامت جسمانی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۲، صفحات: ۱۸-۱۰۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان،، سمنان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان،، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳-۳۱۵۳۳۰۶، پست الکترونیکی: i_rahimian@semnan.ac.ir

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، خودکشی (Suicide) اقدامی آگاهانه و عمدی برای از بین بردن خود می باشد (۱). آمارهای بین‌المللی خودکشی را یکی از ده علت اصلی مرگ در بیشتر کشورهای دنیا می‌شمارند به‌طوری‌که در سطح جهان، هر سال تقریباً ۸۰۰،۰۰۰ نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند (۲). افزایش نرخ خودکشی خسارات جبران ناپذیر مالی و روانی را به جامعه وارد کرده است که این موضوع اهمیت پیش‌بینی عوامل خطر مرتبط با خودکشی را برجسته‌تر می‌کند (۳). هم‌چنین، با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه روان‌درمانی افراد با گرایش آسیب زدن به خود و خودکشی، هنوز کاهش محسوسی در میزان نرخ اقدام به خودکشی دیده نمی‌شود که یکی از دلایل این امر می‌تواند شناخت کم عوامل تأثیرگذار بر خودکشی باشد. در نتیجه شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی، گامی مهم جهت پیشرفت مداخلات و پیش گیری از خودکشی است (۴).

یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در اقدام به خودکشی سابقه ترومای کودکی (Childhood trauma) است. مطالعات مختلف از ارتباط قابل توجه میان ترومای کودکی و افکار خودکشی حمایت می‌کنند (۷-۵). ترومای کودکی هر رفتاری است که موجب آزار جسمی، روانی، ذهنی و عاطفی کودک می‌شود و به روند رشد طبیعی و سلامت او آسیب می‌زند (۸). Capuzzi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که سابقه سوء استفاده جنسی و غفلت عاطفی به طور قابل توجهی احتمال اقدام به خودکشی در طول دوران زندگی را افزایش می‌دهد (۶). Bahk و همکاران نیز نشان دادند که از میان چند نوع بدرفتاری دوران کودکی تنها سوء استفاده جنسی در دوران کودکی به‌طور مستقیم افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کند (۹).

مشکلات سلامت جسمانی (Physical health) از دیگر عوامل تأثیرگذار بر اقدام به خودکشی است که در سال‌های اخیر توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است (۱۰). Black و همکاران یک مدل معادلات ساختای برای بررسی روابط میان سلامت جسمانی ضعیف و خودکشی طراحی کردند (۳). در میان پانزده بیماری جسمی مورد بررسی، بیماری‌های کلیوی، اچ‌آی‌وی، سرطان، بیماری‌های کبد و بیماری‌های قلبی افکار خودکشی را به میزان قابل توجهی افزایش دادند. Padmakar و همکاران در پژوهش خود از ارتباط میان بیماری‌های مزمن، بیماری ایدز و اختلالات خواب با افزایش خطر خودکشی حمایت کردند (۱۱).

تعارضات بین فردی (Interpersonal conflicts) از دیگر عوامل تأثیرگذار بر افزایش میزان خودکشی است که به عنوان محرک اقدام به خودکشی توسط بیش از نیمی از افراد گزارش می‌شود (۱۲). طبق مطالعات متعدد، هر سبک از تعارضات بین فردی از جمله درگیری بین همسران یا تعارضات خانوادگی می تواند باعث افزایش خطر خودکشی شود (۱۵-۱۳). هم‌چنین، بررسی افرادی که دارای چندین سابقه اقدام به خودکشی بودند، نشان داد که تعارضات بین فردی از جمله عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی در این گروه از افراد وجود دارد (۱۶).

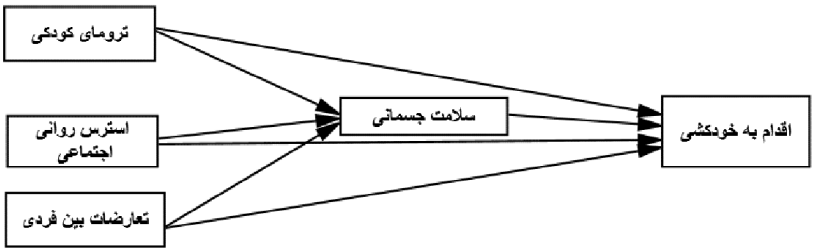
رویدادهای استرس‌زای زندگی نیز می‌توانند خودکشی را پیش‌بینی کنند و نمی‌توان تأثیر استرس روانی اجتماعی بر اقدام به خودکشی را نادیده گرفت (۱۹-۱۷، ۳). استرس روانی اجتماعی (Psychosocial stress)، استرسی است که در موقعیت ها و روابط اجتماعی تجربه می‌شود (۲۰). علاوه بر این، پژوهش ها از تأثیر قابل توجه استرس روانی اجتماعی در اقدام به خودکشی در میان نوجوانان و دانشجویان حمایت کرده است و دلیل آن را عواملی نظیر انتقال از دبیرستان به دانشگاه، افزایش حجم کار و فشارهای تحصیلی و سازگاری با محیط جدید بیان می‌کند (۲۲، ۲۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

عوامل متعددی نظیر تروماهای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی بر سلامت جسمانی اثر دارند. هم چنین، تروماهای کودکی با خطر بیشتر برای مبتلا شدن به بیماری‌های مزمن بزرگسالان از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی، سرطان، آسم، بیماری انسدادی مزمن ریه، بیماری کلیوی، دیابت، اضافه وزن یا چاقی و افسردگی همراه است (۲۴، ۲۳). هم‌چنین، قرار گرفتن در معرض استرس‌های روانی اجتماعی باعث به وجود آمدن مشکلات متعدد سلامت جسمانی می‌شود (۲۷-۲۵). علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که تعارضات بین فردی از جمله عوامل روانی اجتماعی تأثیرگذار بر بیماری‌ها هستند (۲۸). بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در اقدام به خودکشی در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیش‌گیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. به طور کلی، با توجه به این‌که رویکردهای پیش‌گیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش عوامل روان‌شناختی (نظیر ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی) در اقدام به خودکشی مبهم باقی مانده و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور هم‌زمان این متغیرها را بررسی کند، کمتر انجام شده است (۱۸)، لذا هدف پژوهش حاضر تعیین نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی با بررسی عامل واسطه‌ای سلامت جسمانی است. در شکل ۱ مدل پیشنهادی پژوهش ارائه شده است.



شکل ۱- مدل پیشنهادی نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین‌فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی در افراد ۵۰-۱۸ سال شهر تهران و البرز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد ۵۰-۱۸ سال ساکن تهران و البرز طی زمستان ۱۴۰۰ تا تابستان سال ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه با رجوع به پیشنهاد Kline (۲۹) در خصوص محاسبه پارامترهای مدل برای انجام مطالعات با روش معادلات ساختاری استفاده تعیین شد. Kline مطرح می‌کند که با توجه به پارامترهای مورد بررسی حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود (۲۹)؛ بنابراین، در پژوهش حاضر با توجه به تعداد پارامترهای مورد بررسی و احتمال ریزش نمونه‌ها و نیز اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم دهی بهتر، نمونه‌ای برابر با ۴۰۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. طول دوره مطالعه حدوداً ۹ ماه بود و زمان جمع‌آوری داده‌ها بین ساعات ۱۰ صبح الی ۵ عصر بود که داده‌های مربوط به هر شرکت‌کننده به طور فردی جمع‌آوری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به روش خودگزارشی بود و با توجه به بررسی ملاک‌های ورود و خروج در حین نمونه‌برداری و دقت در توضیح مطالعه به شرکت‌کنندگان و اخذ همکاری، ریزشی در نمونه‌های جمع‌آوری شده وجود نداشت.

ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: افراد ساکن تهران و البرز، افراد در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال (به‌دلیل رخداد

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

بالای اقدام به خودکشی در این دامنه سنی و همکاری بهتر شرکت‌کنندگان در این دامنه سنی در پژوهش)، توانایی خواندن و نوشتن زبان فارسی، و توانایی استفاده از شبکه‌های مجازی جهت پر کردن پرسش‌نامه‌های مورد استفاده بود. هم‌چنین، ملاک‌های خروج از نمونه پژوهش شامل عدم تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش و برخورداری از بیماری‌های مزمن پزشکی و اختلالات شدید روان‌پزشکی و یا بستری شدن در فرایند انجام مطالعه بر اساس سوابق و پرونده پزشکی و خودگزارشی بود.

در این پژوهش بعد از انتخاب داوطلبانه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آن‌ها، سایر موارد اخلاق حرفه‌ای در پژوهش از جمله رازدای و صیانت از حقوق شرکت‌کنندگان، حق انصراف از پژوهش هر زمان که خواهان آن هستند، تعهد اخلاقی جهت محرمانه بودن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها نیز رعایت شده است. پژوهش فوق با شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.308 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان مصوب گردید. لازم به ذکر است که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنسیت و سطح تحصیلات و بیماری‌های جسمانی در انتهای پرسش‌نامه‌ها مورد سؤال قرار گرفت. در این پژوهش از پنج پرسش‌نامه خودگزارشی به‌منظور گردآوری داده‌ها به شرح زیر استفاده گردید.

پرسش‌نامه ترومای کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی توسط Bernstein و همکاران با هدف تعیین تروما و آسیب دوران کودکی طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم آن با ۵۳ مورد ارائه شد. در نهایت آخرین نسخه آزمون با ۳۴ مورد در سال ۱۹۹۸ طراحی و پیشنهاد شد. پس از تغییراتی، نسخه فعلی ۲۸ موردی که به نسخه کوتاه نیز معروف است، ساخته شد. پاسخ‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت با توجه به فراوانی وقوع تجربیات به صورت زیر مشخص می‌شوند: نمرات ۱=هرگز، ۲=به ندرت، ۳=گاهی، ۴=اغلب، و ۵=همیشه. این پرسش‌نامه عوامل سوء استفاده را می‌سنجد که بر اساس ۵ گویه، شامل آزار جسمی، آزار عاطفی، بی‌توجهی فیزیکی، غفلت عاطفی و سوء استفاده جنسی تنظیم شده است. در امتیازدهی، گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای هر خرده مقیاس نمره‌ای از ۵ تا ۲۵ به دست می‌آید که نمرات بالاتر نشان دهنده تجربه ترومای بیشتر دوران کودکی است. Bernstein و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. هم‌چنین، روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمان‌گران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (۳۰). پایایی این پرسش‌نامه با دو روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۹). در ایران نیز آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج گانه آن گزارش کرده‌اند و روایی هم‌زمان با مقیاس افسردگی Beck را ۰/۳۶ گزارش کردند (۳۱). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۸۳ و نمره کل ۰/۸۵ به دست آمد.

زمینه‌یابی سلامت-فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (36-item short-form health survey; SF-36): فرم کوتاهی از نظرسنجی سلامت در سال ۱۹۹۲ توسط Ware و Sherbourne برای ارزیابی دو اندازه‌گیری کلی سلامت جسمی و روانی ایجاد شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۶ گویه و چهار حیطه عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمانی و سلامت عمومی و چهار حیطه عملکرد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

اجتماعی، نقش عاطفی، سلامت روان و نشاط و سلامت روان است. کل نمرات از ۰ تا ۱۰۰ به دست آمد که نمره بالاتر نشان دهنده سلامت بهتر است (۳۱). در این پژوهش از خرده مقیاس سلامت جسمانی و حیطه آن برای ارزیابی سلامت جسمانی استفاده شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در جامعه ایرانی تأیید شده و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸گانه آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازمایی آن‌ها بافاصله زمانی یک هفته از ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس اقدام به خودکشی (Suicide Probability Scale; SPS): برای ارزیابی اقدام به خودکشی، از مقیاس احتمال خودکشی که توسط Cull و Gil در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است، استفاده شد. این پرسش‌نامه خودگزارشی با ۳۶ سؤال از ۴ خرده مقیاس ناامیدی، افکار خودکشی، خصومت و خودارزیابی منفی تشکیل شده است. هر گویه بر روی طیف لیکرت چهار درجه‌ای از نمره صفر (هرگز) تا نمره ۳ (همیشه) درجه‌بندی و نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان دهنده احتمال خودکشی بیشتر و نمرات کمتر نشانه احتمال خودکشی کمتر است. دامنه نمرات برای کل پرسش‌نامه ۰ تا ۱۰۸ است. کسب نمره ۷۵ تا ۱۰۸ نشان‌دهنده خطر بالای خودکشی است. نمره ۵۰ تا ۷۴ نشان‌دهنده خطر متوسط و نمره ۰ تا ۴۹ نشان دهنده خطر کم خودکشی است (۳۳). در پژوهش Khanipour، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد، لذا این پرسش‌نامه پایایی بسیار بالایی دارد (۳۴). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (Psychosocial Stress Questionnaire): در این مطالعه از مقیاس استرس Holmes و Rahe برای اندازه‌گیری استرس روانی اجتماعی استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۶۷ برای ارزیابی تغییرات زندگی با در نظر گرفتن ۴۳ رویداد زندگی طراحی شد تا تأثیر استرس را با توجه به تغییراتی که در زندگی فرد رخ می‌دهد، مانند ایجاد بیماری، اندازه‌گیری کند (۳۵). در این مقیاس، فرد میزان استرس‌آمیز بودن هر موقعیت را از ۱۱ تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌نماید و نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان دهنده استرس بیشتر و نمرات کمتر نشانه استرس کمتر است. نمره کل از ۱۵۰ تا ۳۰۰ نشان دهنده ۵۰ درصد احتمال بیمار شدن به واسطه استرس است. امتیاز ۳۰۰ یا بیشتر احتمال ابتلاء به بیماری را تا ۸۰ درصد در ۲ سال آینده پیش‌بینی می‌نماید. ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ و روایی آن با استفاده از ضریب همبستگی Pearson برابر با ۰/۳۶ به دست آمد (۳۶). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه تعارضات بین فردی (Quality of Relationship Inventory; QRI): این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۱ توسط Pierce و همکاران برای بررسی کیفیت روابط یک فرد با افراد خاص زندگی (والدین، همسر، دوستان) طراحی شد. نسخه نهایی پرسش‌نامه دارای ۲۵ سؤال است که شامل سه خرده مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (۷ گویه)، تعارضات بین فردی (۱۲ سؤال) و عمق روابط (۶ سؤال) است (۳۷). در این تحقیق از خرده مقیاس تعارض بین فردی برای سنجش تعارضات بین فردی استفاده شده است. در اینجا روش نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای با هیچ = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳ و زیاد = ۴ است. باید در نظر داشت که سؤالات مرتبط در خرده مقیاس تعارض به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هم چنین، در تمامی سؤالات فرد باید کیفیت روابط با والدین، همسر و دوستان را ارزیابی کند. نمره ۱۳ در خرده مقیاس تعارض پرسش‌نامه، ۲۵ درصد نمرات برتر را نشان داد و به عنوان سطوح

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

بالای تعارض شناسایی شد. هم‌چنین، پایایی به روش باز آزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳۱ و برای خرده مقیاس تعارضات بین فردی بالای ۰/۷ گزارش شد (۳۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸۱ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی Pearson) و مدل‌یابی معادلات ساختاری (Structural Equations Modeling; SEM) تحلیل شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این پژوهش ۴۰۰ نفر از افراد ساکن تهران و البرز با میانگین و انحراف معیار سنی ۹/۲۴ ± ۳۶/۰۸ سال (میانگین سنی زنان ۹/۴۱ ± ۳۶/۲۲ سال و میانگین سنی مردان ۹/۱۲± ۳۴/۹۵ سال) در طیف سنی ۱۸ تا ۵۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۲۸۲ نفر (۷۰/۵ درصد) از شرکت کنندگان زن و ۱۱۸ نفر (۲۹/۵ درصد) مرد بودند. هم‌چنین، سطح تحصیلات ۵۰ نفر (۱۲/۵ درصد) از شرکت کنندگان دیپلم و زیردیپلم، ۱۳۹ نفر (۳۴/۸ درصد) کاردانی، ۱۶۲ نفر (۴۰/۵ درصد) کارشناسی و ۴۵ نفر (۱۱/۳ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. هم‌چنین، ۳۵ نفر (۸/۸ درصد) دارای بیماری‌های جسمانی و ۳۶۵ نفر (۹۱/۲ درصد) فاقد بیماری‌های جسمانی بودند.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ گزارش شده است. با توجه به نتایج ماتریس همبستگی، بین ترومای کودکی و استرس روانی اجتماعی با اقدام به خودکشی رابطه مثبت و معنادار و بین تعارضات بین فردی و سلامت جسمانی با اقدام به خودکشی رابطه منفی و معنادار وجود داشت. هم‌چنین، بین ترومای کودکی و استرس روانی اجتماعی با سلامت جسمانی رابطه منفی و معنادار و بین تعارضات بین فردی با سلامت جسمانی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرهای پژوهش نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی در افراد ۵۰-۱۸ سال شهر تهران و البرز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (n=۴۰۰)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه-بیشینه	۱	۲	۳	۴	۵
۱. ترومای کودکی	۴۸/۰۱	۱۵/۲۹	۹۸-۲۵	۱				
۲. استرس روانی اجتماعی	۲۳۷/۲۵	۱۲/۳۶	۲۶۸-۲۰۵	۰/۴۸*	۱			
۳. تعارضات بین فردی	۹۲/۷۷	۹/۵۵	۱۱۴-۷۱	-۰/۴۰*	-۰/۳۰*	۱		
۴. سلامت جسمانی	۵۳/۹۸	۵/۶۹	۶۴-۳۸	-۰/۲۸*	-۰/۳۰*	۰/۲۶*	۱	
۵. اقدام به خودکشی	۶۷/۷۴	۹/۰۴	۹۷-۴۹	۰/۴۷*	۰/۵۶*	-۰/۳۲*	-۰/۳۴*	۱

**** ضریب همبستگی Pearson، P<۰/۰۰۱***

در پژوهش حاضر جهت بررسی برازش رابطه از روش مدل یابی معادلات ساختاری با رویکرد تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از کاربرد این روش، بررسی پیش‌فرض‌های این رویکرد آماری ضروری است. بنا بر پیشنهاد Kline مفروضه‌های بهنجاری تک متغیری به کمک برآورد مقادیر کجی و کشیدگی آزمون و تأیید شدند (۳۹). با توجه به این‌که دامنه کجی و کشیدگی متغیرها در بازه ۲± قرار داشت، نرمال بودن تک متغیری مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن چندمتغیره از ضریب کشیدگی استاندارد شده Mardia (Mardia standardized kurtosis coefficient) و نسبت بحرانی استفاده شده است. بنابر

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

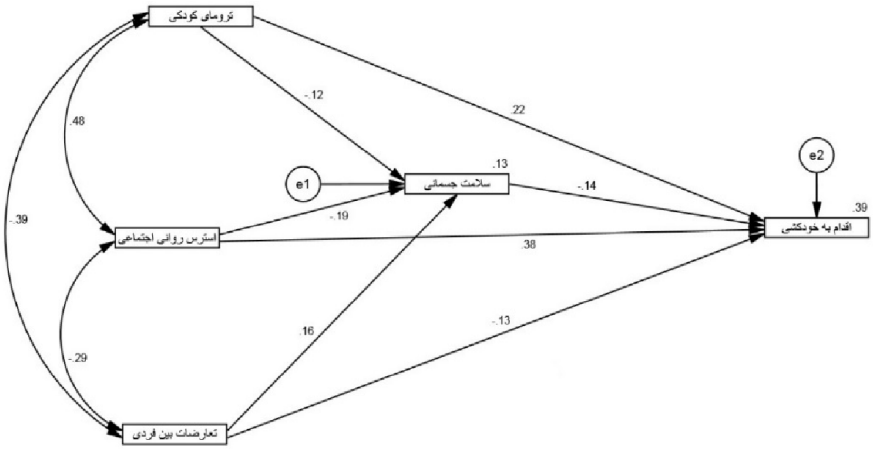
پیشنهاد Blunch، مقادیر کوچک‌تر از ۵ برای نسبت بحرانی به عنوان عدم تخطی از نرمال بودن چندمتغیره در نظر گرفته می شود (۴۰). در این پژوهش ضریب Mardia ۴/۰۰۶ و نسبت بحرانی ۲/۰۱۴ به دست آمد که کمتر از عدد ۵ می‌باشد؛ بنابراین، فرض نرمال بودن چندمتغیره برقرار است. جهت بررسی عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیره، شاخص فاصله Mahalanobis، مورد بررسی قرار گرفت و سطوح معناداری کمتر از ۰/۰۵ حاکی از دور افتاده بودن داده‌های پرت مورد نظر است (۳۵). بر اساس این شاخص، داده پرت شناسایی نشد. هم‌چنین، مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه با شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس ارزیابی شد. در این تحلیل در هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه هم‌خطی چندگانه مشاهده نشد. بررسی مفروضه‌ها نشان داد که متغیر ترومای کودکی دارای کجی برابر با ۰/۵۷، کشیدگی برابر با ۰/۱۲، شاخص تحمل برابر با ۰/۶۶ و تورم واریانس برابر با ۱/۵۱ بود. متغیر استرس روانی اجتماعی دارای کجی برابر با ۰/۷۶، کشیدگی برابر با ۰/۷۴، شاخص تحمل برابر با ۰/۳۲ و تورم واریانس برابر با ۲/۴۴ بود. متغیر تعارضات بین فردی دارای کجی برابر با ۰/۰۲، کشیدگی برابر با ۰/۵۹-، شاخص تحمل برابر با ۰/۳۷ و تورم واریانس برابر با ۱/۳۸ بود. متغیر سلامت جسمانی دارای کجی برابر با ۰/۸۰، کشیدگی برابر با ۰/۲۹، شاخص تحمل برابر با ۰/۸۱ و تورم واریانس برابر با ۲/۵۷ بود و متغیر اقدام به خودکشی دارای کجی برابر با ۰/۷۲، کشیدگی برابر با ۰/۶۶ و شاخص تحمل برابر با ۰/۷۱ و تورم واریانس برابر با ۱/۶۲ بود که نشان دهنده برقراری مفروضه‌های آماری در همه موارد بود. بنابراین، بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که روش تحلیل مسیر، روش مناسبی برای ارزیابی برازش مدل است.

پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی الگوی مدل پیشنهادی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به این‌که تعداد متغیرهای ماتریس واریانس کوواریانس با تعداد پارامترهای برآورد شده برابر می‌باشد، مدل پیشنهادی پژوهش اشباع شده است و درجه آزادی در مدل پیشنهادی برابر صفر می‌باشد، بر اساس دیدگاه Kline نیازی به بررسی شاخص‌های برازش مدل نمی‌باشد زیرا برازش کامل مدل را نشان می‌دهد (۳۹). به عبارتی دیگر، از تمامی اطلاعات ماتریس واریانس کوواریانس برای برآورد پارامترهای مدل استفاده شده و تنها راه برای قضاوت برازش مدل استفاده از ضرایب مدل است و ضرایب پارامترها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر اقدام به خودکشی ۰/۳۹ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی یعنی ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی، تعارضات بین فردی و سلامت جسمانی ۳۹ درصد از تغییرات اقدام به خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند که این میزان در حد متوسط می‌باشد. شکل ۲، مدل آزمون‌شده پژوهش را نشان می‌دهد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED



شکل ۲- ضرایب استاندارد مدل آزمون شده نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی در افراد ۵۰-۱۸ سال شهر تهران و البرز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (n=۴۰۰)

ضرایب استاندارد کلیه مسیرها و مقادیر بحرانی در مدل آزمون شده در جدول ۲ قابل مشاهده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد ترومای کودکی (β=۰/۲۱۷، P<۰/۰۰۱) و استرس روانی اجتماعی (β=۰/۳۸۵، P<۰/۰۰۱) بر اقدام به خودکشی اثر مثبت و معناداری دارد. هم‌چنین، نتایج نشان داد تعارضات بین فردی بر اقدام به خودکشی اثر منفی و معناداری داشت (β=-۰/۱۳۰، P=۰/۰۴۷).

جدول ۲- ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی پیشنهادی نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی در افراد ۵۰-۱۸ سال شهر تهران و البرز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (n=۴۰۰)

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	مقدار P
ترومای کودکی ---> اقدام به خودکشی	۰/۲۱۷	۰/۰۲۸	۴/۶۱۰	<۰/۰۰۱
استرس روانی اجتماعی ---> اقدام به خودکشی	۰/۳۸۵	۰/۱۷۵	۸/۴۲۲	<۰/۰۰۱
تعارضات بین فردی ---> اقدام به خودکشی	-۰/۱۳۰	۰/۰۴۱	-۱/۹۹۵	۰/۰۴۷
ترومای کودکی ---> سلامت جسمانی	-۰/۱۲۳	۰/۰۲۱	-۲/۲۱۱	۰/۰۲۷
استرس روانی اجتماعی ---> سلامت جسمانی	-۰/۱۹۰	۰/۱۲۹	-۳/۵۵۱	<۰/۰۰۱
تعارضات بین فردی ---> سلامت جسمانی	۰/۱۵۸	۰/۰۳۰	۳/۰۹۱	۰/۰۰۲
سلامت جسمانی ---> اقدام به خودکشی	-۰/۱۴۴	۰/۰۶۷	-۳/۴۳۱	<۰/۰۰۱

در ادامه، نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای با استفاده از آزمون بوت‌استرپ (Bootstrap) به جهت آزمودن مسیر واسطه‌ای در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج آزمون بوت‌استرپ نشان داد اثر غیرمستقیم ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی بر اقدام به خودکشی از طریق سلامت جسمانی به ترتیب برابر ۰/۰۱۱، ۰/۱۰۵ و ۰/۰۲۲- به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بودند.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۳- نتایج بوت‌استرپ برای مسیر غیر مستقیم الگوی پیشنهادی نقش ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی در افراد ۵۰-۱۸ سال شهر تهران و البرز در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ (n=۴۰۰)

مسیر	اثر غیرمستقیم	خطا	حد پایین	حد بالا	مقدار P
ترومای کودکی به اقدام به خودکشی از طریق سلامت جسمانی	۰/۰۱۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۳۰	۰/۰۲۹
استرس روانی اجتماعی به اقدام به خودکشی از طریق سلامت جسمانی	۰/۱۰۵	۰/۰۴۷	۰/۰۳۵	۰/۲۲۵	۰/۰۰۲
تعارضات بین فردی به اقدام به خودکشی از طریق سلامت جسمانی	-۰/۰۲۲	۰/۰۱۰	-۰/۰۴۶	-۰/۰۰۶	۰/۰۰۲

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی اثر مستقیم در اقدام به خودکشی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۸، ۷، ۵). در تبیین این یافته Capuzzi و همکاران نظریه چرخه خشونت را بیان کردند که طبق آن کودکانی که در معرض ترومای کودکی خشونت قرار داشتند خطر بالاتری برای تبدیل شدن به بزرگسالانی خشن را دارند و این کودکان در بزرگسالی در معرض خطر بالاتر برای تلاش‌های خودکشی، رفتارهای آسیب‌رسان به خود، رفتارهای پرخاشگرانه و هم‌چنین اختلالات روانی هستند (۶). در این رابطه، Angelakis و همکاران نیز معتقد بودند که انواع شدید بدرفتاری در دوران کودکی مانند سوء استفاده فیزیکی یا جنسی حالتی از عادت به درد و کاهش ترس از مرگ را ایجاد می‌کند که به‌تدریج توانایی فرد را برای خودکشی افزایش می‌دهد (۵). در تبیین این یافته، Baghian Koleh Marz و همکاران بیان داشتند که ترومای کودکی تأثیرات منفی بی‌شماری بر کودکان بر جای می‌گذارد که یکی از مهم‌ترین این تأثیرات مشکلات هیجانی است. این افراد در تنظیم هیجان خود دچار مشکل هستند که یکی از عوامل تأثیرگذار در خودکشی است (۷).

یافته‌ها هم‌چنین نشان دادکه استرس روانی اجتماعی اثر مستقیم در اقدام به خودکشی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر مطابقت داشت (۲۲، ۱۹، ۱۸، ۳). پژوهش Black و همکاران از تأثیر استرس‌های روانی اجتماعی در پیش‌بینی اقدام به خودکشی حمایت کرده است (۳). در تبیین این یافته، Polanco-Roman و همکاران بیان داشتند که رویدادهای استرس‌زای زندگی به‌طور مداوم به‌عنوان یک عامل خطر برای رفتار خودکشی شناسایی شده‌اند، زیرا اغلب قبل از اقدام به خودکشی رخ می‌دهند. واکنش به رویدادهای استرس‌زای زندگی مانند افکار مزاحم، بیش انگیختگی فیزیولوژیکی، اجتناب شناختی رفتاری ممکن است خطر افکار و اقدام به خودکشی را افزایش دهد. آن‌ها بیان کردند که نشخوار فکری به‌عنوان یک پاسخ مقابله‌ای اجتنابی در برابر تجربه‌های استرس‌زا عمل می‌کند و مانع از پردازش شناختی رویدادهای استرس‌زا می‌شود. در نتیجه باعث می‌شود علائم مرتبط با استرس حفظ شود. در استدلال آن‌ها سبک‌های پاسخ شناختی ناسازگار مانند نشخوار فکری ممکن است با تسهیل فعال‌سازی طرح‌واره‌های مرتبط با خودکشی آسیب‌پذیری به فکر و اقدام به خودکشی را افزایش دهد. هم‌چنین، نشخوار فکری خطر ابتلاء به افسردگی را افزایش می‌دهد که خود افسردگی نیز همایندی بالایی با خودکشی دارد (۱۸).

علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تعارضات بین فردی اثر مستقیم در اقدام به خودکشی دارند. یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی مطابقت داشت (۱۳، ۱۲). در این زمینه، Okoedion و Okolie بیان می‌کنند که تعارضات بین فردی یکی از عوامل اصلی خطر خودکشی است که معمولاً قبل

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

از خودکشی رخ داده است (۱۳). آن‌ها در تبیین این یافته بیان داشتند که اغلب ما انسان‌ها تعارضات بین فردی را تجربه می‌کنیم، اما آن چیزی که باعث می‌شود فردی در پاسخ به تعارضات بین فردی خودکشی کند احساس تنهایی، حمایت اجتماعی ضعیف و فقدان رابطه است. در تبیین این یافته، Rosario-Williams و همکاران نیز از نظریه بین فردی خودکشی کمک گرفتند و معتقد هستند که تعارضات بین فردی باعث به وجود آمدن حس تعلق پذیری خنثی می‌شود که از عناصر مهم خودکشی در نظریه بین فردی است. آن‌ها معتقدند کسی که ازدواج با کیفیت پایین دارد و دچار تعارضات مختلف با همسر خود است تعلق عاطفی کمی دارد که این امر خود موجب انزوای اجتماعی و بالا رفتن احتمال وقوع خودکشی می‌شود (۱۲).

هم‌چنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد ترومای کودکی اثر غیر مستقیم در اقدام به خودکشی به واسطه سلامت جسمانی دارد. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های مرتبط مطابقت داشت (۲۴، ۲۳، ۱۶). پژوهش Nelson و همکاران از تأثیر ترومای کودکی بر سلامت جسمانی حمایت کرده‌اند (۲۳). در تبیین این یافته، Jiang و همکاران بیان کرده‌اند که قرار گرفتن در معرض ترومای کودکی باعث فعال شدن بیش از حد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌شود که این مسیر، مسیر بیولوژیکی درگیر در پاسخ به استرس می‌باشد و باعث می‌شود افرادی که در معرض ترومای کودکی قرار می‌گیرند استری روانی بالاتری را نسبت به افراد بدون سابقه ترومای کودکی تجربه کنند و بالا رفتن سطح کورتیزول در آن‌ها باعث آسیب پذیری بیشتر نسبت بیماری‌های جسمی در کودکی و بزرگسالی می‌شود. از سوی دیگر، مشکلات سلامت جسمانی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی می‌شود (۲۴). در تبیین این یافته Padmakar و همکاران نشان دادند که ارتباط قوی بین سلامت جسم و روان وجود دارد و بیماری‌های جسمی می‌توانند اثرات قابل توجهی بر روان فرد داشته باشد و باعث بروز مشکلاتی نظیر افسردگی و اضطراب شوند که این دو اختلال همایندی بالایی با خودکشی دارند و سبب افزایش احتمال خودکشی می‌شوند (۱۱).

علاوه بر این، استرس روانی اجتماعی اثر غیر مستقیم در اقدام به خودکشی به واسطه سلامت جسمانی دارد. یافته حاضر نیز با نتایج پژوهش‌های قبلی مطابقت داشت (۲۷-۲۵). در تبیین این یافته، Mohan و همکاران بیان کردند که استرس سیستم عصبی سمپاتیک را تحریک می‌کند که فعال شدن سیستم عصبی سمپاتیک التهاب سلولی را افزایش می‌دهد که نقش مهمی در بیماری‌های جسمی دارد. هم‌چنین، بیماری‌های جسمی احتمال اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (۲۷)، در تبیین این یافته Barrero-Castillero و همکاران این چنین استدلال کردند که افزایش خطر خودکشی در بیماری‌های جسمی به این علت است که بیماران ممکن است به دلیل محدودیت‌های عملکردی به اشتباه تصور کنند که باری اضافه بر روی دوش دیگران هستند. برای مثال، بیماران مبتلا به سرطان ناعلاج ممکن است نگران این باشند که باعث مشکلات نا به‌جا برای دیگران و باری بر دوش آن‌ها هستند. هم‌چنین، بیماری‌های جسمی مزمن با افزایش احتمال بیکاری همراه است که خود این موضوع به شدت با احساس بار اضافه بودن و به تبع آن افزایش خطر خودکشی همراه است (۲۶).

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تعارضات بین فردی نیز اثر غیرمستقیم در اقدام به خودکشی به واسطه سلامت جسمانی دارد. یافته‌های مطالعه حاضر با پژوهش Pikhart و Pikhartova همسو است. آن‌ها در تبیین این یافته بیان می‌کنند که انواع مختلف تعارضات بین فردی از جمله تعارضات زناشویی سبب افزایش خشم، خصومت، استرس می‌شود که افزایش این موارد سبب افزایش فشار خون و سایر مشکلات جسمی می‌شود (۲۸). علاوه بر این، طبق یافته‌های Petitte و همکاران افراد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

مبتلا به بیماری‌های قلبی یا ریوی نمرات بالاتری را در مقیاس احساس تنهایی نسبت به افراد عادی گزارش کردند و بیماران دچار سکته مغزی نیز انزوای اجتماعی ادراک شده بیشتری را نسبت به گروه سالم هم‌سن گزارش کردند. این انزوای اجتماعی و احساس تنهایی به‌عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های خودکشی شناسایی شده است. هم‌چنین، تنهایی ممکن است چند بیماری جسمی مزمن نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، چاقی و دیابت را از طریق پاسخ‌های فیزیولوژیکی بدتر کند (۴۱).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. اول، در پژوهش حاضر عوامل بوم‌شناختی نظیر اثرات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی شرکت‌کنندگان به‌طور دقیق مورد سنجش، بررسی و کنترل قرار نگرفت. لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی عوامل بوم‌شناختی مورد سنجش و کنترل قرار بگیرند، زیرا می توانند از جمله عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی باشند. دوم، جمع‌آوری داده‌های پژوهش صرفاً از طریق پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی انجام شده است. پیشنهاد می‌شود از سایر روش‌های معتبر علاوه بر پرسش‌نامه نیز استفاده شود. سوم، این پژوهش در جمعیت عمومی انجام شده است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جمعیت بالینی نیز انجام شود. چهارم، طرح پژوهش حاضر از نوع کمی بوده است که پیشنهاد می‌شود از طرح‌های پژوهش کیفی، پژوهش کمی-کیفی و یا طرح‌های طولی استفاده شود تا امکان دست‌یابی به اطلاعات عمیق‌تری در مورد متغیرهای پژوهش فراهم گردد.

نتیجه‌گیری

به طور کل نتایج پژوهش حاضر نشان داد ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم با میانجی‌گری سلامت جسمانی، با اقدام به خودکشی ارتباط دارند. با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد در نظر گرفتن ترومای کودکی، استرس روانی اجتماعی و تعارضات بین فردی و ساختارهای مربوط به آن ها در برنامه‌های پیش‌گیری و خدمات مشاوره‌ای اقدام به خودکشی مؤثر واقع شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه سمنان است. به این وسیله از معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه سمنان به‌دلیل تصویب طرح پژوهشی پایان‌نامه برای اجرا و نیز از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در پژوهش که در تکمیل پرسش‌نامه‌ها نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع: از طرف نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی در مقاله گزارش نشده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر فاقد هرگونه حمایت مالی از جانب سازمان‌های دولتی یا خصوصی بوده است.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش تحت شناسه اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.308 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام شد.

مشارکت نویسندگان:

- **طراحی ایده:** اسحق رحیمیان بوگر و فاطمه فرنیا
- **روش کار:** اسحق رحیمیان بوگر و فاطمه فرنیا
- **جمع‌آوری داده‌ها:** فاطمه فرنیا
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** فاطمه فرنیا و اسحق رحیمیان بوگر
- **نظارت:** اسحق رحیمیان بوگر
- **مدیریت پروژه:** اسحق رحیمیان بوگر
- **نگارش-پیش‌نویس اصلی:** فاطمه فرنیا و اسحق رحیمیان بوگر
- **نگارش-بررسی و ویرایش:** فاطمه فرنیا و اسحق رحیمیان بوگر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. WHO, CONSTITUTION OF. World health organization. Air Quality Guidelines for Europe, 2020, 91.

2. Ruger JP. International institutional legitimacy and the World Health Organization. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68(8): 697-700.

3. Black J, Bond MA, Hawkins R, Black E. Test of a clinical model of poor physical health and suicide: The role of depression, psychosocial stress, interpersonal conflict, and panic. *J Affect Disord* 2019; 257: 404-11.

4. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull* 2017; 143(2): 187-98.

5. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2020; 3(8): 2012563-75.

6. Capuzzi E, Caldiroli A, Besana F, Tagliabue I, Capellazzi, M, Cova F, et al. The association between childhood trauma and lifetime suicide attempts among a sample of male prisoners: A pilot observational study. *J Forensic Leg Med* 2021; 80: 102180.

7. Baghian Koleh Marz M, Karmi J, Momeni Kh, Elahi A. The role of childhood trauma experience, cognitive reactivity and mental pain in suicide attempters and normal people. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2018; 14(53): 77-89. [Farsi]

8. Zarrati I, Bermas H, Sabet M. Correlation between Childhood Trauma and Suicidal Ideation by Mediation of Mental Pain and Object Relations. *JHPM* 2020; 9(3): 34-48. [Farsi]

9. Bahk Y, Jang S, Choi K, Lee S. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: Role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig* 2017; 14(1): 37.

10. Renemane L, Kivite-Urtane A, Rancans E. Suicidality and its relation with physical and mental conditions: Results from a cross-sectional study of the nationwide primary care population sample in Latvia. *Medicina* 2021; 57(9): 970.

11. Padmakar S, Murti K, Pandey K, Kumari S, Kumar R, Siddiqui NA, et al. Suicidal ideation associated with vitiligo-A systematic review of prevalence and assessment. *Clin Epidemiol Glob Health* 2022; 101140.

12. Rosario-Williams B, Rowe-Harriott S, Ray M, Jeglic E, Miranda R. Factors precipitating suicide attempts vary across race. *J Am Coll Health* 2022; 70(2): 568-74.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]
[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

13. Okoedion EG, Okolie UC. Youth suicidal behaviour: an evaluation of risk factors in Edo State, Nigeria. *World Sci News* 2019; 125: 51-71.

14. Diamond G, Kodish T, Ewing ES, Hunt QA, Russon JM. Family processes: Risk, protective and treatment factors for youth at risk for suicide. *Aggression and Violent Behavior* 2022; 64: 101586.

15. Thapaliya S, Sharma P, Upadhyaya K. Suicide and self harm in Nepal: A scoping review. *Asian J Psychiatr* 2018; 32: 20-6.

16. Habibi F, Rahimian Boogar I. The role of physical health and psychological pain in the prediction of suicide attempt: mediating factor of distress tolerance and self-directed aggression. *Journal of Psychology* 2023; 3(27): 332-42.

17. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020; 266: 731-42.

18. Polanco-Roman L, Gomez J, Miranda R, Jeglic E. Stress-related symptoms and suicidal ideation: The roles of rumination and depressive symptoms vary by gender. *Cogn Ther Res* 2016; 40(5): 606-16.

19. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14(3): 239-46.

20. Kogler L, Müller VI, Chang A, Eickhoff SB, Fox PT, Gur RC, et al. Psychosocial versus physiological stress-meta-analyses on deactivations and activations of the neural correlates of stress reactions. *NeuroImage* 2015; 119: 235-51.

21. Macalli M, Navarro M, Orri M, Tournier M, Thiébaut R, Côté SM, et al. Predicting suicidal thoughts and behaviors among college students: A machine learning approach. *Scientific Reports* 2021; 11(11363).

22. Bae S, Cho Y. Analysis of the influence of hopelessness, psychosocial stress and depression on suicide ideation among middle school students using the structural equation model. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society* 2014; 15(6): 3685-95.

23. Nelson CA, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ* 2020; 28(371).

24. Jiang S, Postovit L, Cattaneo A, Binder EB, Aitchison KJ. Epigenetic modifications in stress response genes associated with childhood trauma. *Front psychiatry* 2019; 8(10): 808.

25. Hamer M. Psychosocial stress and cardiovascular disease risk: the role of physical activity. *Psychosom Med* 2012; 74(9): 896-903.

26. Barrero-Castillero A, Morton SU, Nelson III CA, Smith VC. Psychosocial stress and adversity: effects from the perinatal period to adulthood. *Neoreviews* 2019; 20(12): 686-96.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

27. Mohan A, Huybrechts I, Michels N. Psychosocial stress and cancer risk: a narrative review. *Eur J Cancer Prev* 2022; 31(6): 585-99.

28. Pikhart H, Pikhartova J. The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases. World Health Organization. *Regional Office for Europe* 2015; 41.

29. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed. New York, NY: Guilford Press 2016, pp. 366.

30. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse negl* 2003; 27(2): 169-90.

31. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.

32. Almasi M, Mahmoudiani S, Ghasemi T. Comparing Spiritual Health and Quality of Life among Fertile and Infertile Women. *IJN* 2015; 28(94): 87-95. [Farsi]

33. Cull JG, Gill WS. Suicide Probability Scale (SPS) Manual. LosAngeles, CA: Western psychological Service. 1988: pp. 256.

34. Khanipour H. Self-injurious behaviors in adolescents: nature, likelihood of suicide and the role of psychological factors and peers. PhD dissertation in psychology. Allameh Tabatabaei University. 2013; 77. [Farsi]

35. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 11(2): 213-8.

36. Haidari A, Namjo Sangri Z. Comparison of emotional disability, attachment and stress between married male and female employees of Ahvaz National Drilling Company. *Social Psychology* 2010; 20(5): 21-40. [Farsi]

37. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one?. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(6): 1028.

38. Hosseni Ghadamgahi J, Dejkam M, bayanzadeh SA, Phaze A. The Quality of Relationship, Stress and Coping Strategy in Patients with Coronary Heart Disease. *IJPCP* 1998; 4(1): 14-25. [Farsi]

39. Kline R. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling (4th edition). New York, NY: Guilford. 2016: pp. 64-96.

40. Blunch N. Introduction to structural equation modeling using IBM SPSS statistics and AMOS, 2ed edition. New York, SAGE Publications Ltd. 2013, pp. 266.

41. Petitte T, Mallow J, Barnes E, Petrone A, Barr T, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *Open Psychol J* 2015; 8(2): 113-21.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Role of Childhood Trauma, Psychosocial Stress, and Interpersonal Conflicts in the Prediction of Suicide Attempt with the Mediating Factor of Physical Health: A Descriptive Study

Fatemeh Farnia[1], Isaac Rahimian-Boogar[2]

Received: 26/11/23 Sent for Revision: 12/03/24 Received Revised Manuscript: 13/05/24 Accepted: 14/05/24

Background and Objectives: Suicide is one of the causes of death all over the world, which causes a long-term impact on the family, society, and economy. The purpose of this study was to analyze the trajectory of childhood trauma, psychosocial stress, and interpersonal conflicts in predicting suicide attempts due to physical health.

Materials and Methods: In a descriptive design, 400 participants aged 18-50 years living in Alborz and Tehran Provinces were selected by the convenience sampling method in the spring of 2020 to the summer of 2021. Data were collected using Bernstein et al's Childhood Trauma Questionnaire (1994), Ware and Sherbourne's Health Survey (1992), Cull and Gill's Suicide Probability Scale (1988), Holmes and Rahe's Social Readjustment Rating Scale (1967), and Pierce et al's Quality of Relationship Inventory (1991) and analyzed by path analysis method.

Results: The results showed that childhood trauma (β=0.217, $p<0.001$) and psychosocial stress (β=0.385, $p<0.001$) had a positive and significant effect on suicide attempts. Also, the results indicated that interpersonal conflicts had a negative and significant effect on suicide attempts (β=-0.130, $p=0.047$). In addition, the indirect effects of childhood trauma, psychosocial stress, and interpersonal conflicts on suicide attempts through physical health were significant ($p<0.05$).

Conclusion: Childhood trauma, psychosocial stress, and interpersonal conflicts can be a risk factor for suicide attempting directly and also with a decrease in physical health. It is recommended that mental health specialists consider these factors in developing preventive and intervention programs in the field of suicide.

Key words: Childhood trauma, Stress, Psychological conflicts, Health, Suicide attempt

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences approved the study (IR.SEMUMS.REC.1400.308).

Authors' contributions:

- **Conceptualization:** Isaac Rahimian-Boogar and Fatemeh Farnia
- **Methodology:** Isaac Rahimian-Boogar and Fatemeh Farnia
- **Data collection:** Fatemeh Farnia
- **Formal analysis:** Fatemeh Farnia and Isaac Rahimian-Boogar
- **Supervision:** Isaac Rahimian-Boogar
- **Project administration:** Isaac Rahimian-Boogar
- **Writing - original draft:** Fatemeh Farnia and Isaac Rahimian-Boogar
- **Writing - review and editing:** Fatemeh Farnia and Isaac Rahimian-Boogar

Citation: Farnia F, Rahimian-Boogar I. The Role of Childhood Trauma, Psychosocial Stress, and Interpersonal Conflicts in the Prediction of Suicide Attempt with the Mediating Factor of Physical Health: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (2): 104-18. [Farsi]

1- MSc Student in Clinical Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2- Associate Prof., Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
ORCID: 0000-0003-3029-9050
(Corresponding Author) Tel: (023) 31533066, E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-07]

[DOI: 10.61186/jrums.23.2.104]