



Suicidal Thoughts and Behaviors among Women Victims of Domestic Violence Referred to Social Emergency: Emphasis on the Role of Childhood Traumas

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Babaei Nadiluei K.*¹ PhD,
Osuli B.² MA,
Ebadi Z.¹ MA,
Sattari Sefidan Jadid K.² MA

How to cite this article

Babaei Nadiluei K, Osuli B, Ebadi Z, Sattari Sefidan Jadid K. Suicidal Thoughts and Behaviors among Women Victims of Domestic Violence Referred to Social Emergency: Emphasis on the Role of Childhood Traumas. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2020;26(1):1-8.

ABSTRACT

Aims: Facing childhood trauma can have significant psychological and neurological effects on the individual and can lead to many psychological disorders. When people face with a problem that it is associated with their childhood memories choose ineffective coping strategies, such as suicide, which have many unfortunate consequences. Accordingly, the aim of this study was to investigate the suicidal thoughts and behaviors among women victims of domestic violence with an emphasis on the role of childhood trauma.

Materials & Methods In this descriptive-correlational study, 100 women victims of domestic violence referred to social emergency in Azarshahr in 2020 were selected by purposive sampling method. Childhood trauma questionnaires (CTQ), Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI), and Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21) were used as research tools. The data were analyzed by SPSS 22 software using Pearson correlation test and multiple regression.

Findings There was a positive significant correlation between suicidal behaviors and components of childhood trauma including emotional, sexual, physical abuse and emotional neglect ($p < 0.01$). Also emotional, sexual, physical abuse and emotional neglect explained 38% of variance of suicidal behaviors.

Conclusion Women who have experienced trauma in childhood are more likely to choose suicide behaviors when facing life problems, especially domestic violence, and are prone to depression, anxiety and stress.

Keywords Suicide; Child Mistreatment; Women; Domestic Violence; Social Welfare

CITATION LINKS

[1] Internal consistency and ... [2] Relationship between ... [3] Evaluation of prevalence of ... [4] The fifth edition of the diagnostic ... [5] Evaluation of sexual dysfunctions ... [6] Gender symmetry, sexism ... [7] Poverty, partner abuse, and ... [8] Physical and psychological ... [9] Integrating DBT-based techniques ... [10] Intimate partner violence ... [11] Intimate partner violence ... [12] Depression in women who have ... [13] Psychopathy antisocial personality ... [14] Suicide. Suicidol ... [15] Psychiatric nursing care ... [16] The causes of suicide attempts ... [17] Violence against women is strongly ... [18] Spouse annoying sadism ... [19] Association between childhood ... [20] Cognitive impairment in school ... [21] Sex-related differences in ... [22] Associations of childhood trauma ... [23] The relationship between ... [24] The influence of childhood ... [25] The differential effects of child abuse ... [26] History of reported sexual or physical ... [27] Do traum symptoms mediate ... [28] Familial transmission of suicidal behavior ... [29] Combination of family history ... [30] Childhood physical abuse, ... [31] Manual for the Beck scale for ... [32] The Suicidal Behaviors Questionnaire ... [33] The Relationship between ... [34] Development and validation of a brief ... [35] The structure of negative emotional ... [36] Psychometric properties of DASS-42 ... [37] Are comorbid anxiety disorders a risk factor ... [38] Perceived burdensomeness and suicide ... [39] Exploring the association between ... [40] Mindfulness and trauma: implications ... [41] Childhood traumas and suicide attempt ... [42] Decision making under risk and under ... [43] Prevalence of suicidal behaviors in patients ... [44] Characteristics of domestic violence ... [45] Childhood adversity and anxiety versus ... [46] Psychology and domestic violence around ... [47] Course and predictors of suicidality over the first ... [48] Transdiagnostic mechanisms in depression and ... [49] Gender differences in the structural model of borderline ... [50] Understanding the relationship between emotional and ...

¹Center of Social Emergency (123),

Department of Welfare, Tabriz, Iran

²Department of Welfare, Tabriz, Iran

*Correspondence

Address: Department of Welfare, Emam Street, Tabriz, Iran. Postal code: 5371193165.

Phone: +98 (41) 34567107

Fax: +98 (41) 34567107

k.babaei66@gmail.com

Article History

Received: June 04, 2020

Accepted: June 27, 2020

ePublished: July 22, 2020

افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری ارجاع داده شده به اورژانس اجتماعی: با تاکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی

کریم بابایی نادینلویی^۱ PhD

مرکز اورژانس اجتماعی (۱۲۳)، سازمان بهزیستی، تبریز، ایران

بیوک اصولی MA

سازمان بهزیستی، تبریز، ایران

زهرا عبادی MA

مرکز اورژانس اجتماعی (۱۲۳)، سازمان بهزیستی، تبریز، ایران

کاظم ستاری سفیدان جدید MA

سازمان بهزیستی، تبریز، ایران

چکیده

اهداف: مواجهه با ترومای دوران کودکی می‌تواند آثار روان‌شناختی و عصب‌شناختی قابل توجهی بر فرد داشته باشد و زمینه بروز بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی را فراهم سازد. افراد به‌هنگام مواجهه با مشکلی با تداعی خاطرات دوران کودکی، راهبردهای مقابله‌ای ناموثری همچون خودکشی را انتخاب می‌کنند که پیامدهای ناگوار زیادی بر جای می‌گذارد. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری با تاکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، تعداد ۱۰۰ زن از بین مراجعه‌کنندگان به اورژانس اجتماعی با مشکل همسرآزاری در سال ۱۳۹۸-۹۹ در شهرستان آذرشهر به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از پرسش‌نامه‌های ترومای دوران کودکی (CTQ)، مقیاس تجدیدنظرشده خودکشی (SBQ-R)، گرایش به خودکشی بک (BSSI) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. داده‌ها پس از استخراج توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین رفتارهای خودکشی با مولفه‌های ترومای دوران کودکی شامل سوءاستفاده هیجانی، جنسی، جسمی و غفلت هیجانی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). همچنین متغیرهای سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده‌گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی ۳۸٪ واریانس متغیر رفتارهای خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: زنانی که در دوران کودکی تروما را تجربه کرده‌اند به احتمال بیشتری به‌هنگام مواجهه با مشکلات زندگی خصوصاً همسرآزاری رفتارهای خودکشی را انتخاب می‌کنند و مستعد افسردگی، اضطراب و استرس هستند.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، ترومای دوران کودکی، زنان، همسرآزاری، اورژانس اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۷

نویسنده مسئول: k.babaei66@gmail.com

مقدمه

همسرآزاری به‌عنوان یکی از انواع خشونت‌های خانگی، شامل هر گونه رفتاری است که به‌صورت عملی، توسط همسر نسبت به زن

صورت می‌گیرد. این نوع خشونت، دربرگیرنده بدرفتاری‌های جسمانی، عاطفی و جنسی است که به‌منظور اعمال سلطه، اقتدار و تحکیم قدرت خود، نسبت به زن و دیگر اعضای خانواده به کار می‌رود[1]. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰، میزان شیوع خشونت خانگی در چندین کشور، از ۱۳ تا ۷۱٪ متغیر بوده است و از هر ۳ زن یک مورد، مورد خشونت واقع می‌شود[2]. در ایران نیز نرخ بدرفتاری علیه زنان ۳۵ تا ۸۵٪ گزارش شده است[3]. علاوه بر شیوع بالا، این اختلال پیامدهای سنگینی را نیز متوجه فرد، خانواده و جامعه می‌کند.

اختلالات اضطراب و افسردگی، احساس بی‌ارزشی و اقدام به خودکشی به‌عنوان پیامدهای شایع بدرفتاری نسبت به همسر مطرح شده‌اند[4] و نیز موجب کاهش اعتمادبه‌نفس زنان و در نتیجه اختلال در روابط بین‌فردی، عزت نفس پایین، اضطراب زیاد، اختلال تغذیه، اختلال استرس پس از آسیب و اختلالات عملکرد جنسی می‌شود[5]. آلن و همکاران[6] بیان کردند که از عمده‌ترین آسیب‌های روانی وابسته به خشونت علیه زنان می‌توان به استرس، احساس درماندگی، تشویش و اضطراب اشاره کرد. همچنین مطالعه شایان و همکاران[5] نشان داد که خشونت خانوادگی، مشکلات روان‌شناختی بیشتری برای قربانیان، از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، نشانه‌های جسمانی، استرس و غیره دارد که این اثرات، به‌نوبه خود منجر به مختل شدن قدرت تصمیم‌گیری، پیروی از ترس، تحمیل شرایط، عدم توانایی حل مساله و در پاره‌ای موارد خودکشی می‌شود. گیلروی[7] در بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، شایع‌ترین اختلال شناخته‌شده به‌دنبال خشونت خانگی را اضطراب و افسردگی گزارش کردند.

اضطراب و افسردگی ناشی از خشونت، فرد و محیط را تحت تاثیر قرار می‌دهد، زیرا سوء رفتار اثرات زیان‌آوری نظیر اضطراب، شرم و گناه به دنبال دارد[8]. محیط‌های استرس‌زای مرتبط با سوء رفتار از طرف همسر یا شخص نزدیک، رسیدن به آرامش و برگشتن به خط پایه‌های هیجانی شخصی را برای زنان مشکل‌تر و وقت‌گیرتر می‌کند و این منجر به سطوح بالاتر عواطف منفی مزمن نظیر غمگینی، ترس، اضطراب، شرم و غیره می‌شود. این مشکلات ممکن است به ورای روابط سوء رفتار تعمیم یابد و حتی پس از اتمام یک رابطه آزاردهنده، دوام پیدا کند. به‌علاوه زمانی که هیجانات مداومی مانند غمگینی یا شرم احساس شود، زنان مورد بدرفتاری واقع‌شده خود را از دیگران جدا کرده و زودرنجی را تجربه می‌کنند که این فرصت را برای حمایت اجتماعی کاهش می‌دهد و در ادامه اختلالات اضطرابی، خشم و افسردگی را تشدید می‌کند[9]. افسردگی به‌عنوان اصلی‌ترین پیامد روان‌شناختی همسرآزاری یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات در ایجاد افکار خودکشی است[10] که به گزارش گولدینگ[11] میانگین آن در زنان قربانی همسرآزاری، ۴۷/۶٪ است. احتمال افسردگی در زنان خشونت‌دیده

این تکانش‌گری و بازداری نکردن هیجان‌های منفی، رفتارهای خودآسیبی و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد[22].

در یک پژوهش ملی در ایالات متحده نشان داده شد که قرارگرفتن در معرض سوءاستفاده جسمی و جنسی و شاهد خشونت خانگی بودن در دوران کودکی، بین ۵ تا ۱۶٪ افکار و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد[23]. پژوهش دیگری در استرالیا روی دوقلوها نشان داد سابقه ترومای دوران کودکی، به میزان قابل توجهی خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. بررسی‌های بالینی نیز گزارش کرده‌اند ترومای دوران کودکی در بیماران مبتلا به اختلال‌های روانی مختلف، با اقدام به خودکشی در بزرگسالی همراه است[24]. سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی‌مدت دوران کودکی به مواردی مانند اختلال‌های شخصیت[25]، سوءمصرف مواد[26]، افسردگی اساسی[27] و خودکشی[22] منجر می‌شود. با این حال، هنوز مکانیزم خاصی برای تبیین رابطه میان سوءاستفاده‌های دوران کودکی و مشکلات سلامت روان دوران بزرگسالی شناسایی نشده است[22، 26]. یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی است.

ارتباط میان ترومای دوران کودکی و افزایش خطر رفتار خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و بالینی دیده شده است. برای مثال یک بررسی، میان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگسالی ارتباط قوی نشان داد[28]. تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است[29]. نخستین رفتار خودکشی بیشتر در سن جوانی، به همراه بیماری‌های روان‌پزشکی، پرخاشگری، صفات و رفتار خشونت‌آمیز دیده می‌شود. سن پایین هنگام اقدام به خودکشی با تکرار اقدام به خودکشی همراه است[29]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترومای دوران کودکی نه تنها یک عامل خطر برای رفتارهای خودکشی است، بلکه همچنین برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلال‌های روان‌پزشکی و صفات تهاجمی نیز عامل خطر به حساب می‌آید[30]. توجه به پژوهش‌های انجام‌گرفته خاطر نشان می‌کند که ترومای دوران کودکی تقریباً در تمامی پژوهش‌ها ارتباط قوی با اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی داشته است. در این بین پژوهشی که رابطه بین ترومای دوران کودکی و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری را نشان دهد یافت نشد؛ این در حالی است که به نظر می‌رسد مشکلات دوران کودکی می‌توانند پیامدهای همسرآزاری را تشدید کنند. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری با تاکید بر نقش ترومای دوران کودکی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری

۱۰ برابر زنان غیرقربانی است[12]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که در بیش از ۹۱٪ خودکشی‌ها، اختلال‌های روانی نقش دارند و در بین اختلال‌های روان‌پزشکی، افسردگی به‌عنوان بالاترین میزان خطر برای افکار خودکشی و اقدام به آن در نظر گرفته شده است[13].

بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی تلاش آگاهانه به‌منظور خاتمه‌دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند[14]. انواع خودکشی شامل خودکشی موفق یا کامل، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی است[15]. بر همین اساس به نظر می‌رسد رفتارهای خودکشی در بین زنان مورد خشونت قرارگرفته با توجه به شیوع بالای افسردگی و اضطراب در این افراد بیشتر باشد. در تایید این نکته در پژوهش معماری و همکاران[16] نشان داده شد که ۶۷/۷٪ زنانی که اقدام به خودکشی داشتند مورد خشونت همسرانشان قرار گرفته بودند. رفتارهای خودکشی یکی از مهم‌ترین مواردی است که موجب عوارض جدی و افزایش بیماری در میان زنان می‌شود که شیوع و عوامل خطر قابل اصلاح این رفتارها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط کمتر شناخته شده است. خشونت توسط همسر و خشونت فیزیکی غیرهمسو و خانواده، طلاق و آزار جنسی از ریسک‌فاکتورهای تلاش برای خودکشی هستند و خشونت جنسی و فیزیکی همسر ارتباط متوسط رو به بالا با خودکشی در اکثر مناطق دارد[17]. از بین انواع خشونت، خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رساندن به همسر دارد[18]. عدم آگاهی و اطلاعات کافی در مورد شیوع، ماهیت، علل و پیامدهای خودکشی در خانه مانعی جدی بر سر راه شناخت وسیع‌تر موضوع و راهکارهای مداخلات موثر است. عوامل مختلفی می‌توانند در گرایش به خودکشی و مستعد مورد خشونت واقع‌شدن نقش داشته باشند که پژوهش‌ها عمدتاً روی عوامل محیطی تاکید کرده‌اند، با این حال به نظر می‌رسد برخی عوامل روان‌شناختی می‌توانند زمینه را برای قربانی همسرآزاری واقع‌شدن مستعد کنند که آن هم به رفتارهای خودکشی و اختلالات روانی منجر شود. یکی از این عوامل ترومای دوران کودکی است.

بدرفتاری با کودکان یک مشکل گسترده بین‌المللی است و پیامدهای ناشی از آن متفاوت است[19]. بدرفتاری با کودک اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و به‌تازگی خشونت خانوادگی به کار برده می‌شود[20]. کودک‌آزاری روی کودکان از هر نژاد، رنگ، طبقه اجتماعی و مذهب چشمگیر بوده و بر تمامی سنین (پیش از تولد، نوزادی، کودکی، نوجوانی، جوانی و بزرگسالی) اثرگذار است[21]. تروماهای شدید، تکانش‌گری را افزایش می‌دهند که پیامد آن کاهش ظرفیت مغز برای بازداری فعالیت‌ها و اعمال و کنترل هیجان‌های منفی است.

دانشگاه محقق اردبیلی ۵/۸۰٪ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): این پرسشنامه به وسیله برنشتاین و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه‌ای آن ارایه و در نهایت در سال ۱۹۹۸ نسخه نهایی ۳۴ گویه‌ای آن تنظیم شده است. هر کدام از سئوال‌ها در ۵ سطح (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) طبقه‌بندی شده است. این پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج خرده‌مقیاس سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده‌گرفتن جسمانی، غفلت یا نادیده‌گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی می‌سنجد و در نهایت یک نمره سوءاستفاده کلی را به دست می‌دهد. این پرسشنامه دارای اعتبار و روایی نسبتاً بالایی است. برنشتاین و همکاران [34] پایایی عوامل مختلف پرسشنامه ترومای دوران کودکی را با دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

۴- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21): این مقیاس همان فرم کوتاه DASS-42 است که در سال ۱۹۹۵ توسط لووی بوند و لووی بوند [35] تهیه شده است. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای است که به هر یک از گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد و سه زیرمقیاس استرس، اضطراب و افسردگی را با ۷ سؤال مجزا برای هر کدام مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط صاحبی و همکاران برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده و همبستگی زیرمقیاس افسردگی این آزمون با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیرمقیاس استرس با استرس ادراک شده ۰/۴۹ گزارش شده است [36].

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه (ورود همزمان) به کمک نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۰۰ نفر زن مورد آزار و اذیت قرار گرفته از طرف همسر (همسرآزاری) مورد مطالعه قرار گرفتند که از این بین تعداد ۴۶ نفر زیر ۲۵ سال، ۴۰ نفر بین ۲۵ تا ۴۰ سال و ۱۴ نفر بالای ۴۰ سال بودند. همچنین از لحاظ تحصیلی ۲۱ نفر سطح تحصیلات ابتدایی، ۴۲ نفر راهنمایی، ۲۲ نفر دبیرستان، ۱۱ نفر دیپلم و ۴ نفر فوق‌دیپلم داشتند.

نمرات شرکت‌کنندگان حاکی از آن بود که زنان قربانی مورد همسرآزاری قرار گرفته در معرض رفتارهای خودکشی قرار داشتند و میانگین نمره رفتارهای خودکشی (۱۰/۶۳) با توجه به نمره برش ۷ برای افراد عادی، احتمال بالای خودکشی را نشان داد (جدول ۱).

ترومای دوران کودکی با رفتارهای خودکشی و گرایش به خودکشی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت که در این بین سوءاستفاده

پژوهش کلیه زنان ارجاع داده‌شده به مرکز اورژانس اجتماعی (۱۲۳) با مشکل همسرآزاری در شهرستان آذرشهر بین سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ بودند که از بین این افراد ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به نمونه مورد نیاز برای تحقیقات همبستگی با کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ازدواج دائم و همچنین ازدواج اول بودن و معیارهای خروج نیز شامل داشتن سابقه بیماری‌های حاد روانی (اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی) و داشتن مشکلات منتهی به دمانس و عقب‌ماندگی ذهنی بود.

پس از مشخص شدن فهرست نهایی شرکت‌کنندگان، به مرکز اورژانس اجتماعی (۱۲۳) شهرستان آذرشهر مراجعه شد و فرآیند اجرای پژوهش برای آنها بیان شد. در محیطی مناسب با شرایط روان‌سنجی واقع در دفاتر مشاور مراکز نگهداری و با تعیین زمان مناسب ابزارهای رفتارهای خودکشی، پروفایل آشفستگی روان‌شناختی و ترومای دوران کودکی توسط آزمودنی‌های پژوهش تکمیل شد. در هنگام انجام پژوهش، پژوهشگران حضوری فعال در محل اجرای پژوهش داشتند و پاسخگوی ابهامات بودند و از پاسخ‌های غیرواقعی جلوگیری نمودند.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

۱- مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI): مقیاس بک برای خودکشی به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و طرح‌ریزی برای اقدام به خودکشی تهیه شده است. این مقیاس شامل ۱۹ سؤال است که هر پرسش از صفر تا ۲ نمره‌دهی می‌شود؛ بنابراین جمع نمرات از صفر تا ۳۸ متغیر است. همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹٪ و پایایی بین آزماینده آن ۰/۸۳٪ است. روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶٪ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵٪ است [31].

۲- پرسشنامه تجدیدنظرشده خودکشی (SBQ-R): این مقیاس پرکاربردترین مقیاس خودکشی است که از ۴ سؤال تشکیل شده و هر گویه ابعاد مختلفی از قابلیت فرد برای خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه اول افکار و اقدام به خودکشی، گویه دوم فراوانی افکار خودکشی طی سال گذشته، گویه سوم دربردارنده بیان نیت و گویه چهارم احتمال اقدام به خودکشی در آینده را مورد سنجش قرار می‌دهد. نقطه برش نمره کلی این آزمون، نمره ۷ برای جمعیت عادی و نمره ۸ برای بیماران بالینی است. همین‌طور نقطه برش سؤال اول ۲ است. طراحان این مقیاس گزارش کرده‌اند که این ابزار دارای اعتبار درونی، پایایی خوب و همین‌طور توانایی تمیز گروه دارای تمایلات خودکشی از گروه فاقد گرایش به خودکشی است [32]. این آزمون از پایایی درونی، روایی بالا و حساسیت عالی در تمیز آزمودنی‌های خودکشی‌گرا از غیرخودکشی‌گرا برخوردار است [32]. در مطالعه رشید و همکاران [33] آلفای کرونباخ این ابزار در جامعه ایرانی در بین دانشجویان

افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسرآزاری ارجاع داده شده به اورژانس اجتماعی... ۵

جدول ۱) میانگین آماری نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش

نمرات	متغیرهای مورد مطالعه
	ترومای دوران کودکی
۱۸/۲۶±۲/۳۲	سوءاستفاده جسمانی
۲۰/۸۶±۱/۱۴	سوءاستفاده هیجانی
۲۷/۷۶±۳/۷۲	غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی
۳۶/۱۸±۳/۴۲	غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی
۱۲/۸۳±۲/۴۰	سوءاستفاده جنسی
	خودکشی
۱۰/۶۳±۱/۲۹	نمره کل رفتارهای خودکشی
۲۰/۲۸±۵/۷۳	گرایش به خودکشی
	قابلیت فرد برای خودکشی
۲/۷۸±۱/۲۱	افکار و اقدام به خودکشی
۳/۱۴±۱/۳۰	فراوانی اقدام به خودکشی
۲/۷۴±۱/۱۶	بیان نیت خودکشی
۳/۴۵±۱/۱۲	احتمال اقدام به خودکشی
	افسردگی، اضطراب و استرس
۲۲/۴۶±۲/۵۴	افسردگی
۳۴/۳۴±۱/۳۲	اضطراب
۳۱/۶۸±۳/۳۴	استرس

جنسی و هیجانی همبستگی معنی دارتری با رفتارهای خودکشی داشتند. غفلت جسمی با رفتارهای خودکشی و پروفایل آشفتگی روان شناختی همبستگی معنی داری نداشت (جدول ۲).

در مجموع، متغیرهای پیش بین سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی ۳۸% واریانس متغیر ملاک رفتارهای خودکشی را تبیین کردند که نشان دهنده این است متغیرهای دیگری در پیش بینی رفتارهای خودکشی سهم هستند که در پژوهش حاضر گنجانده نشده است. در نتیجه می توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی و رفتارهای خودکشی رابطه چندگانه وجود دارد و سوءاستفاده جنسی، هیجانی و جسمانی و غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی به ترتیب بیشترین سهم را در پیش بینی رفتارهای خودکشی دارند (جدول ۳).

جدول ۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- سوءاستفاده جسمانی	۱											
۲- سوءاستفاده هیجانی	۰/۴۸**	۱										
۳- نادیده گرفتن جسمانی	۰/۵۲**	۰/۳۲**	۱									
۴- نادیده گرفتن هیجانی	۰/۴۷**	۰/۶۷**	۰/۴۸**	۱								
۵- سوءاستفاده جنسی	۰/۱۶*	۰/۲۸**	۰/۱۰	۰/۱۲	۱							
۶- گرایش به خودکشی	۰/۱۸*	۰/۳۷**	۰/۰۸	۰/۲۱*	۰/۶۹**	۱						
۷- افکار و اقدام به خودکشی	۰/۲۳*	۰/۴۴**	۰/۰۹	۰/۱۳*	۰/۷۱**	۰/۷۸**	۱					
۸- فراوانی اقدام به خودکشی	۰/۱۸*	۰/۲۸**	۰/۰۷	۰/۱۷*	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۵۵**	۱				
۹- بیان نیت خودکشی	۰/۲۲**	۰/۶۸**	۰/۱۶*	۰/۳۱**	۰/۷۲**	۰/۵۴**	۰/۵۵**	۰/۴۶**	۱			
۱۰- احتمال اقدام به خودکشی	۰/۱۴*	۰/۴۶**	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۳۴*	۰/۲۸**	۰/۴۷**	۰/۶۸**	۰/۳۹**	۱		
۱۱- افسردگی	۰/۲۴*	۰/۶۸**	۰/۱۱	۰/۱۸*	۰/۵۵**	۰/۴۴**	۰/۴۸**	۰/۳۶**	۰/۶۷**	۰/۳۴**	۱	
۱۲- اضطراب	۰/۶۲**	۰/۵۴**	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۷۱**	۰/۳۸**	۰/۲۶**	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۱۱	۰/۶۸**	۱
۱۳- استرس	۰/۵۳**	۰/۷۱**	۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۷۲**	۰/۳۴**	۰/۲۶**	۰/۰۹	۰/۲۰*	۰/۱۰	۰/۶۰**	۰/۷۶**

*p<0/05; **p<0/01

جدول ۳) پیش بینی رفتارهای خودکشی از روی شاخص کلی مولفه های ترومای دوران کودکی

متغیرهای پیش بین	ضریب B	خطای استاندارد	ضریب Beta	مقدار t	سطح معنی داری	ضریب R	ضرب تعیین R ²
سوءاستفاده جسمانی	۰/۰۷۸	۰/۰۳۴	۰/۱۸۸	۲/۲۱۱	۰/۰۳۸		
سوءاستفاده هیجانی	۳/۵۱	۰/۰۹۲	۰/۳۲۶	۳/۴۹۹	۰/۰۰۱		
غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی	۰/۲۷۳	۰/۱۸۳	۰/۱۰۶	۱/۳۴۸	۰/۱۴۳	۰/۵۸۲	۰/۳۸۱
غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی	۰/۲۴۹	۰/۲۱۱	۰/۲۷۸	۲/۵۳۱	۰/۰۳۲		
سوءاستفاده جنسی	۵/۲۴	۰/۱۱۴	۰/۶۲۶	۴/۷۴۲	۰/۰۰۱		

خوبی برای گرایش به خودکشی و رفتارهای خودکشی باشد. این نتایج با مطالعات آبرو و همکاران [37]، تیسمن و همکاران [38]، گر/تر و همکاران [39]، فولت و همکاران [40]، وینگنفلد و همکاران [22]، روی [29] و مندلی و همکاران [24] همسو هستند. در

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی با تاکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی بود. نتایج پژوهش نشان داد ترومای دوران کودکی می تواند پیش بین

نشان دادند که با افزایش تجربه خشونت در کودکی، میزان آسیب روانی افزایش می‌یابد. آمادگی مزاجی برای ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس (آشفستگی روان‌شناختی) تعیین‌کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در افکار و رفتار خودکشی است و در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تاثیرگذار هستند [47].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، افراد اقدام‌کننده به خودکشی هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند که مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح برای حل مساله و برطرف کردن آن می‌شود. فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب می‌شود که محرک‌های یادآوری‌کننده حادثه استرس‌زا همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی (نظیر سرزنش، نشخوار و پرخاشگری) آنها را تشدید کند که در نهایت موجب می‌شود فرد احساس درماندگی و ناامیدی کرده و تصور کند که هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد، زندگی برایش پوچ و بی‌معنی شود و افکار خودکشی را در او تشدید کند. زمانی که افراد متحمل پریشانی و آشفتگی روان‌شناختی می‌شوند، به شیوه‌های مختلفی می‌توانند به خلق خود پاسخ دهند. آنها ممکن است احساس‌های خود را انکار کنند، از فکرکردن درباره چگونگی احساس‌هایشان اجتناب کنند، به سرعت اقدام به تغییر محیط خود و تغییر خلق خود کنند، یا ممکن است به نشخوار ذهنی بپردازند. الگوهای آسیب‌پذیری شناختی، نشخوار ذهنی و سرکوبی فکر را به‌عنوان راهبردهای ناسازگارانه‌ای شناسایی کرده‌اند که خطر افکار و رفتارهای خودکشی‌گرا را افزایش می‌دهند. از پژوهش‌ها چنین برمی‌آید که نشخوار ذهنی، سرکوبی فکر، افسردگی و اضطراب به‌نوعی با یکدیگر در ارتباطند [48, 49] و ممکن است در درازمدت افکار خودکشی را به دنبال داشته باشند [50]. قرارگرفتن در معرض خشونت یا تروما ممکن است به افزایش ناامیدی، افسردگی، تکانشوری، خطرپذیری و تلاش برای خودکشی بیانجامد [17]. بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، فرد را مستعد اضطراب کرده، لذا به‌جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آنها عکس‌العمل نشان می‌دهد در نتیجه افراد را مستعد ایده‌پردازی خودکشی می‌کند.

پژوهش حاضر به‌دلیل مشکل در دسترسی به شرکت‌کنندگان محدودیت در تعمیم نتایج دارد و همچنین انتخاب شدن شرکت‌کننده‌ها از یک طیف افراد با فرهنگ سنتی و کوچک محدودیت دیگر این پژوهش است. پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی، کنترل کردن عامل کودک‌همسری و تفاوت زیاد در بین زوجین است که به نظر می‌رسد تاثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد.

نتیجه‌گیری

زنان مورد آزار قرارگرفته از طرف همسر بیشتر مستعد افسردگی و رفتارهای خودکشی هستند که از دلایل محتمل این اتفاق می‌توان به تداعی شدن آزارهای دوران کودکی در فرد اشاره کرد که منجر به خودکویی‌های منفی و در نهایت احساس درماندگی در فرد می‌شود

این رابطه پژوهش روی [29] نشان داد شدت سوءاستفاده‌های هیجانی و جسمی در دوران کودکی با تعداد موارد اقدام به خودکشی رابطه دارد. پژوهش دیگری با بررسی ۲۸۱ فرد با سابقه اقدام به خودکشی نشان داد افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، نسبت به کسانی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند نمره بالاتری در CTQ دارند، نمره بالا در ترومای دوران کودکی در هر دو گروه زنان و مردان یک عامل خطر برای اقدام به خودکشی به شمار می‌آید [29]. در مطالعه /براهیمی و همکاران [41] نتایج نشان داد تاثیر انواع سوءاستفاده در دوران کودکی می‌تواند تا مدت‌ها پابرجا بماند و انواع سوءاستفاده، به‌ویژه سوءاستفاده هیجانی بیشترین ارتباط را با اقدام به خودکشی در بزرگسالی داشت که در پژوهش حاضر نیز نتایج نشان داد سوءاستفاده هیجانی ارتباط قوی‌تری با رفتارهای خودکشی نسبت به سایر متغیرها دارد.

شواهد نشان می‌دهد تروماهای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می‌گذارد. یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها و در نتیجه افزایش اختلال‌های هیجانی، از جمله افسردگی منجر شود [22]. از آنجا که سوءاستفاده هیجانی به افسردگی منجر می‌شود و اختلال افسردگی همایند بالایی با اقدام به خودکشی دارد، در نتایج این پژوهش نشان دادند افراد مواجه‌شده با ترومای دوران کودکی به‌احتمال بیشتری دچار افسردگی می‌شوند که در تایید این نکته رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر گزارش شده است. می‌توان گفت افرادی که در کودکی دچار سوءاستفاده هیجانی می‌شوند، به اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی مبتلا می‌شوند و افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود. سوءاستفاده هیجانی می‌تواند بر شناخت افراد تاثیر بگذارد، بدین شکل که به شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریف‌های شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی شود که مهم‌ترین پیامد آن اقدام به خودکشی است. پژوهش سوگر و همکاران [30] نشان داد ترومای دوران کودکی نه‌تنها یک عامل خطر برای رفتار خودکشی است، بلکه همچنین برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلال‌های روان‌پزشکی و صفات تهاجمی نیز عامل خطر به حساب می‌آید. گرایش به افکار و رفتارهای خودکشی، آشفته‌کننده‌ترین علامت افسردگی است که به‌صورت بالقوه مهلک‌ترین آنهاست [42, 43].

نتایج تحقیقات آبرو و همکاران [37] و تیسمن و همکاران [38] نشان داد که اضطراب و اختلال‌های اضطرابی، عامل خطر مهمی برای افکار و رفتارهای خودکشی‌گر است. پژوهش‌های مورل و همکاران [44]، هرکنس و ویلس [45] و واکر [46] نشان داده که با افزایش شاهد بودن و قربانی بودن خشونت، اختلالات روانی خشونت‌گرایان افزایش می‌یابد. همچنین قربانی خشونت شدن در دوران کودکی نسبت به شاهد خشونت بودن ارتباط بیشتری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد. در همین راستا پژوهش‌ها

symptom severity among South African women during pregnancy and postpartum: Population-based prospective cohort study. *PLoS Med.* 2016;13(1):e1001943.

11- Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence.* 1999;14(2):99-132.

12- Estefan LF, Coulter ML, VandeWeerd C. Depression in women who have left violent relationships: The unique impact of frequent emotional abuse. *Violence Against Women.* 2016;12(11):1397-413.

13- Verona E, Petrick CJ, Joiner TE. Psychopathy antisocial personality and suicide risk. *J Abnorm Psych.* 2001;110(3):462-70.

14- Leenaars AA, Shneidman ES. Suicide. *Suicidol Online.* 2010;1(1):5-18.

15- Fortinash KM, Holoday Worret PA. *Psychiatric nursing care plans.* 4th Edition. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. p. 502.

16- Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi K, Goudarzi Z. The causes of suicide attempts among married women. *Hayat.* 2006;12(1):47-53. [Persian]

17- Devries K, Watts CH, Yoshihama M, Kiss L, Blima Schraiber L, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med.* 2011;73(1):79-86.

18- Khosravi Z, Khaghanifard M. Spouse annoying sadism with tendency to suicide and feeling of hurting spouse in women of Tehran. *J Womens Stud Soc Psychol.* 2004;2(6):99-113. [Persian]

19- Li N, Ahmed S, Zabin L. Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *J Adoles Health.* 2012;50(3 Suppl):S45-51.

20- Bucker J, Kapczinski F, Post R, Cereser K, Szobot C, Yatham LN, et al. Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Compr Psychiatry.* 2012;53(6):758-64.

21- Branco BC, Inaba K, Galinos B, Peep T, Jean-Stephane D, Plurad D, et al. Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a national trauma databank review. *J Pediatr Surg.* 2010;45(4):796-800.

22- Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, et al. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child Abuse Negl.* 2011;35(8):647-54.

23- Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl.* 2009;33(3):139-47.

24- Mandelli L, Carli V, Roy A, Serretti A, Sarchiapon M. The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. *J Psychiatric Res.* 2011;45(6):742-7.

25- Powers AD, Thomas KM, Ressler KJ, Bradley B. The differential effects of child abuse and posttraumatic stress disorder on schizotypal personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2011;52(4):438-45.

26- Oviedo-Joekes E, Marchand K, Guh D, Marsh D, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their

و یکی از راهکارهای انتخابی این افراد اقدام به رفتارهای خودکشی‌گرا است.

تشکر و قدردانی: از تمامی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین ریاست بهزیستی شهرستان آذرشهر که کمال همکاری را داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تأییدیه اخلاقی: در این پژوهش تمامی موارد اخلاقی از جمله محرمانه‌بودن اطلاعات و مشخصات فردی رعایت شده و نیز رضایت شرکت‌کنندگان در این پژوهش اخذ شده است.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: کریم بابایی نادینلویی (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری (۳۵٪)؛ بیوک اصولی (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی (۲۰٪)؛ زهرا عبادی (نویسنده سوم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۲۵٪)؛ کاظم ستاری سفیدان (نویسنده چهارم)، روش‌شناس/پژوهشگر کمکی (۲۰٪)

منابع مالی: در این پژوهش تامین مالی از طرف سازمان بهزیستی استان آذربایجان شرقی بوده است.

منابع

1- Anderson ML, Leigh. IW. Internal consistency and factor structure of the revised conflict tactics scales in a sample of deaf female college students. *J Fam Violence.* 2010;25(5):475-83.

2- Sotoodeh Navroi O, Zeinali SH, Khasteganan N. Relationship between spouse abuse, social support and perceived stress in women with addicted and non-addicted husbands in Rasht city. *J Holist Nurs Midwifery.* 2012;22(2):25-32. [Persian]

3- Dolatian M, Hesami K, Zahiroddin A, Velaei N, Alavi Majd H. Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. *Pajoohandeh.* 2012;16(6):277-83. [Persian]

4- Bradley R, Schwartz AC, Kaslow NJ. Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *J Tauma Sress.* 2005;18(6): 685-96.

5- Shayan A, Kaviani M, Haghpanah S, Gholamzadeh S, Zarenezhad M, Masoumi Z. Evaluation of sexual dysfunctions and its related factors in women experiencing domestic violence had been referred to forensic medicine center of Shiraz. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2015;23(2):32-41. [Persian]

6- Allen CT, Swan SC, Raghavan C. Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *J Interpers Violence.* 2009;24(11):1816-34.

7- Gilroy H. Poverty, partner abuse, and women's mental health: new knowledge for better practice. *J Soc Serv Res.* 2014;41(2):145-57.

8- Fritz PT, O'Leary KD. Physical and psychological partner aggression across a decade: a growth curve analysis. *Violence Vict.* 2004;19(1):3-16.

9- Becker CB, Zayfert C. Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cogn Behav Pract.* 2001;8(2):107-22.

10- Tsai AC, Tomlinson M, Comulada WS, Rotheram-Borus MJ. Intimate partner violence and depression

- 38- Teismann T, Forkmann T, Rath D, Glaesmer H, Margraf J. Perceived burdensomeness and suicide ideation in adult outpatients receiving exposure therapy for anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2016;85:1-5.
- 39- Gratz KL, Litzman RD, Tull MT, Reynolds EK, Lejuez CW. Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behav Ther.* 2011;42(3):493-508.
- 40- Follette V, Palm KM, Pearson AN. Mindfulness and trauma: implications for treatment. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2006;24(1):45-61.
- 41- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2014;19(4):275-82. [Persian]
- 42- Deisenhammer EA, Schmid SK, Kemmler G, Moser B, Delazer M. Decision making under risk and under ambiguity in depressed suicide attempters, depressed non-attempters and healthy controls. 2018;226:261-6.
- 43- Dong M, Wang SB, Li Y, Xu DD, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: A comprehensive meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;225:32-9.
- 44- Murrell AR, Christoff KA, Henning KR. Characteristics of domestic violence offenders: association with childhood Exposure to violence. *J Fam Violence.* 2007;22:523-32.
- 45- Harkness KL, Wildes JE. Childhood adversity and anxiety versus dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychol Med.* 2002;32(7):1239-49.
- 46- Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *J Am Psychol.* 2012;54(1):21-9.
- 47- Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch Suicide Res.* 2010;14(2):158-70.
- 48- Hsu KJ, Beard C, Rifkin L, Dillon DG, Pizzagalli DA, Bjorgvinsson T. Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *J Affect Disord.* 2015;188:22-7.
- 49- Aftab R, Karbalaei A, Taghilo S. Gender differences in the structural model of borderline personality, emotional regulation strategies and domestic violence. *J Thoughts Behav Clin Psychol.* 2015;9(34):7-16. [Persian]
- 50- Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behav Res Ther.* 2008;46(5):593-611.
- response to substitution treatment. *Addict Behav.* 2011;36(1-2):55-60.
- 27- Milner JS, Thomsen CJ, Crouch JL, Rabenhors MM, Martens P, Dyslin CW, et al. Do traum symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse Negl.* 2010;34(5):332-44.
- 28- Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(4):584-96.
- 29- Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord.* 2011;130(1-2):205-8.
- 30- Swogger MT, You S, Cashman-Brown S, Conner K. Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Res.* 2011;185(3):363-7.
- 31- Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
- 32- Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical sample. *Assessment.* 2001;8(4):443-54.
- 33- Rashid S, Kiani AR, Khorramdel K, Gholami F, Senobar L. The Relationship between Interpersonal Psychological Theory of Suicide Constructs (Loneliness, Perceived Social Support, Thwarted Belongingness and Burdensomeness) and Suicidal Behavior among Iranian Students. *Health Educ Health Promot.* 2016;4(2):35-48.
- 34- Bernsteina DP, Stein JA, Newcombc MD, Walker E, Poggee D, Ahluvaliae T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27(2):169-90.
- 35- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
- 36- Afzali A, DelavarA, Borjali A, Mirzamani SM. Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students. *J Res Behav Sci.* 2008;5(2):81-9. [Persian]
- 37- Abreu LN, Oquendo MA, Galfavy H, Burke A, Grunebaum MF, Sher L, et al. Are comorbid anxiety disorders a risk factor for suicide attempts in patients with mood disorders? A two-year prospective study. *Eur Psychiatry.* 2018;47:19-24.