

رابطه بین تجارب آسیب زای دوران کودکی و نشخوار فکری با افکار خودکشی از طریق نقش میانجی شرم درونی شده

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۷

خلاصه

مقدمه: این پژوهش به بررسی رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و نشخوار فکری با افکار خودکشی از طریق نقش میانجی شرم درونی شده پرداخته است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تبیینی و همبستگی با استفاده از معادلات ساختاری می‌باشد و از لحاظ زمانی نیز جزء پژوهش‌های مقطعی است. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد لاهیجان به تعداد ۹۰۳۱ نفر می‌باشد. نهایتاً تعداد ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه نهایی و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند. در راستای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه‌های پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، مقیاس استاندارد افکار خودکشی، پرسشنامه نشخوار فکری هوسکما و مارو در سال (۱۹۹۱) و پرسشنامه شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد شرم درونی شده در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و افکار خودکشی نقش میانجی دارد ($P < 0.05$). همچنین شرم درونی شده در رابطه بین نشخوار فکری و افکار خودکشی نقش میانجی دارد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: دانشجویانی که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به همراه دارند به واسطه شرم درونی شده سخت‌گیری بیشتری نسبت به خود دارند، ظرفیت کمتری نیز برای مواجهه با مسایل چالش‌زا داشته که این ویژگی منجر به افزایش نشخوار فکری و کاهش سلامت روانشناختی بیشتر و در نتیجه افزایش افکار خودکشی می‌شود.

کلمات کلیدی: تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، نشخوار فکری، افکار خودکشی، شرم درونی شده

بی‌نشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

محدثه نصیرزاده حسین آبادی^۱

طاهره حمزه پور حقیقی^{۲*}

^۱گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

^۲گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران. (نویسنده مسئول)

نویسنده مسئول: طاهره حمزه پور حقیقی، گروه روانشناسی، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران.

Email:

Hamzehpoor.tahereh@iau.ac.ir

مقدمه

خودکشی دومین عامل مرگ و میر در جوانان است که ۸/۵ درصد از کل مرگ و میرهای جوانان را به خود اختصاص می دهد (۱). رفتارهای خودآزاری، اقدام به خودکشی و افکار خودکشی به دلیل فراوانی و شدت افزایش یافته، مشکلات عمده سلامت روان جهانی هستند. رفتار خودکشی و خودآسیبی عمدی دو مفهوم متمایز هستند. اگر چه ممکن است شباهت هایی با هم داشته باشند، اما رابطه بین آنها پیچیده است. رفتار خودکشی به هر اقدامی با هدف پایان دادن به زندگی شخصی اطلاق می شود، مانند اقدام به خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی، یا ابراز افکار یا احساسات خودکشی. از سوی دیگر، خودآسیبی عمدی، که به عنوان خودآزاری غیر خودکشی نیز شناخته می شود، به هر عمل عمدی خودآسیبی عمدی یا خودآزاری بدون قصد مرگ اشاره دارد. این می تواند شامل بریدن، سوزاندن، ضربه زدن به خود یا هر رفتار دیگری باشد که منجر به آسیب فیزیکی شود خودآسیبی عمدی ها اغلب به عنوان مکانیزم مقابله ای برای مقابله با درد عاطفی، استرس، یا تروما استفاده می شوند و بیشتر از اقدام به خودکشی هستند (۲-۴). شیوع رفتارهای خودآسیبی عمدی تقریباً دو برابر اقدام به خودکشی است. از آنجایی که این رفتارها پیامد های متفاوتی دارند و ممکن است زمینه های متفاوتی نیز داشته باشند، خودآسیبی عمدی و رفتار خودکشی به عنوان پدیده های بالینی متمایز در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی طبقه بندی میشوند (۵). خود آسیبی عمدی و خودکشی اغلب با هم اتفاق می افتد، به ویژه در نمونه های بالینی و رفتارهای خودآسیبی عمدی ممکن است پیش بینی کننده قوی برای تلاش های خودکشی در آینده باشد (۶).

مطالعات بطور فزاینده ای اهمیت تجربیات اولیه زندگی را برای سلامتی افراد در طول دوره ی زندگی شناسایی می کنند و افراد با تجربیات نامطلوب دوران کودکی، در بزرگسالی نسبت به افرادی که تجربیات نامطلوب دوران کودکی ندارند، مرگ و میر زودرس

بیشتری دارند، همچنین مشکلات جسمی و روانی بیشتری دارند و این تجارب به طور مستقیم (مانند سوء استفاده و غفلت) و غیر مستقیم (مانند درگیری والدین، سوء مصرف مواد یا بیماری روانی) از طریق محیط بر زندگی آنها تاثیر می گذارد (۷). از سوی دیگر افرادی که چهار یا بیشتر تجربه نامطلوب دوران کودکی^۲ را تجربه کرده اند بطور قابل توجهی در معرض خطر مبتلا به بیماری های مزمن و همچنین بیماری های روانی و رفتارهای مخاطره آمیز سلامتی قرار دارند نشان داده شده است که قرار گرفتن در معرض نا ملایمات ساختار مولکولی و ژنتیکی کودک را تغییر می دهد و همچنین نحوه رشد و عملکرد سیستم عصبی، ایمنی و غدد درون ریز را تغییر می دهد (۷).

همچنین مطالعات بر روی عوامل مرتبط با خودآزاری بیانگر این است که تجربه های نامطلوب دوران کودکی یک پیش بینی کننده قوی برای خودآزاری بوده و افراد با تجارب آسیب زای کودکی بیشتر درگیر خودآزاری هستند (۸). تجارب آسیب زای کودکی بصورت همه ی شکل های بد رفتاری جسمی و عاطفی، سوء استفاده جنسی، غفلت و رفتارهای اهماالکرانه و استثمارگرانه از کودکان که آسیب های حاد و بالقوه ایی به سلامت، بقا، رشد و آبروی آنها وارد می کنند، تعریف می شود (۸).

از سوی دیگر، براساس نظر گیلبرگ نشخوار فکری ریشه در روابط اولیه فرد یا مراقبین خود دارد. نظریه سبک پاسخ، نشخوار فکری را یک عامل آسیب پذیری شناختی برای ایجاد افسردگی می داند (۹). نشخوار فکری اصطلاحی است که برای توصیف افکار غیرقابل کنترل، تکراری و مزاحم استفاده می شود. نشخوار فکری در تعدادی از اختلالات بالینی مشاهده می شود و بطور عموم با سلامت روان پایین تر در ارتباط است. افرادی که در پاسخ به افسردگی گرایش به نشخوار فکری دارند، نسبت به افرادی که از سبک های حواس پرتی یا حل مساله استفاده می نمایند، در خطر بالاتری برای تداوم یا افزایش شدت این اختلال ها در طول زمان قرار دارند (۱۰). نشخوار فکری سازه ای است که به تازگی مورد توجه روانشناسان قرار گرفته و شامل سه مولفه، بروز دادن، در فکر

¹ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

² Adverse childhood experiences

فرو رفتن و افسردگی است. نشخوار فکری یک نگرش نسبت به خویش است که شامل درک تجربیات خود به عنوان یک فرصت برای خودآگاهی و بهبود و نیز قضاوت خود بعد از شکست است (۹). نشخوار فکری همان طور که از تجارب نامطلوب دوران کودکی تأثیری می پذیرد در بروز احساساتی چون احساس شرم نیز تأثیر دارد [۱۰]. چرا که افراد فکر می کنند که نشخوار فکری یک روش جایگزین برای تنظیم تهدیدها و عواطف منفی از جمله احساس شرم است. نشخوار فکری خود در شرم که سلامت روان فرد را به مخاطره می اندازد نقش موثری ایفا می کند (۹).

شرم یکی از مهمترین هیجان های خود آگاه است که تأثیر چشم گیری بر احساس فرد از خود، بهزیستی و آسیب پذیری نسبت به اختلال های روانی و شخصیت دارد. احساس شرم یک هیجان شدت دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی ارزش یا ناتوانی همراه است و آن یک خصومت معطوف به درون است (۱۱). شرم دو مولفه دارد: در مولفه اول (شرم درونی شده) توجه، تمرکز بر خود است و فرد خود را بصورت بی کفایت، بد احساس یا معیوب ارزیابی می کند (۱۲). مولفه دوم (شرم بیرونی) مربوط به افکار و احساسات است مبتنی بر اینکه فرد در ذهن دیگران چگونه به نظر میرسد در این شرم کانون توجه فرد بر این است که در ذهن دیگران در مورد او چه می گذرد (۱۲). گیلبرت بیان می کند که شرم درونی شده یک تجربه درونی از خود به عنوان یک عامل اجتماعی بی جاذبه است که خود را تحت فشار قرار می دهد تا از این طریق فرار کردن یا دلجویی، آسیب احتمالی برای خود را محدود کند شرم درونی شده بر روی جنبه های معین خود (مثل ظاهر جسمانی) یا توانایی ها یا تجارب عمومی تر (مثلاً زمانی که فرد احساس می کند هوش کمتری نسبت به دیگران دارد) تمرکز داشته باشد (۱۳).

در این بین شرم درونی شده نیز ممکن است برانگیختگی عاطفی فرد را تشدید کند و زمینه را برای تشدید افکار خودکشی فراهم آورد [۶]. از سوی دیگر تقریباً از هر شش جوان یک نفر درگیر افکار خودکشی است و نیمی از آنها موارد خودآزاری مکرر را گزارش می کنند. همچنین جوانانی که اقدام به خودآزاری می کنند، نه برابر بیشتر از هم تیان خود که به خود آسیب نمی رسانند،

اقدام به خودکشی می کنند [۱۴]. بر این اساس خطر خودکشی به ویژه در میان افرادی که مکرر تجارب آسیب زای کودکی دارند بالاست. هرچند رفتارهای خودآزاری از بدو تاریخ همراه انسانها بوده است اما در دهه های اخیر بنا به گزارشهای پژوهشی مختلف فراوانی این رفتار در دانشجویان افزایش بیشتری یافته است و به نحوی میتوان از آن با عنوان نوعی آسیب نوظهور در جوانی یاد کرد. بسیاری از پژوهشگران حوزه افکار خودکشی بر این عقیده هستند که افکار خودکشی اختلال نوظهوری می باشد و شرایط زمانه به گونه ای است که این اختلال به عنوان آسیب روانی شایعی در بسیاری از افراد جوان و نوجوان درآمده است. بر این اساس مطالعه حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا بین تجارب آسیب زای دوران کودکی و نشخوار فکری با افکار خودکشی از طریق نقش میانجی شرم درونی شده رابطه معنی داری وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع پژوهش کاربردی است و از نظر ماهیت و روش پژوهش، توصیفی-تبیینی و همبستگی با استفاده از معادلات ساختاری می باشد و از لحاظ زمانی نیز جزء پژوهش های مقطعی است.

جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد لاهیجان به تعداد ۹۰۳۱ نفر بود. با توجه به پژوهش دلاور سال ۱۳۸۷ که برای اعتبار بیشتر پژوهش به ازای هر متغیر ۵۰ نمونه باید باشد و با توجه به اینکه پژوهش حاضر دارای ۴ متغیر بوده، حجم نمونه ۲۵۰ نفر (۵۰ نفر بیشتر برای ریزش پرسشنامه) در نظر گرفته شد که با توجه به علاقمند نبودن بعضی از دانشجویان به شرکت در پژوهش و همچنین ناقص بودن بعضی از پاسخ های داده شده ۴۰ پرسشنامه ریزش داشته و نهایتاً تعداد ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه نهایی و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند. در راستای اندازه گیری متغیرهای مورد مطالعه از پرسشنامه های زیر استفاده شد: پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ^۱): پرسشنامه ترومای دوران کودکی توسط برنستاین^۲ و

1. Childhood Trauma Questionnaire

2. Bernstein

همکاران (۱۵) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوء استفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. این پرسشنامه پنج نوع از بد رفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارتند از سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند بکار می‌رود. مؤلفه‌ها و سؤالات پرسشنامه شامل سوء استفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، سوء استفاده فیزیکی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوء استفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و غفلت جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) می‌باشد. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. سؤال‌های ۱۰، ۱۶، و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده شده به این سؤالات بالاتر از ۱۲ باشد با احتمال زیادی پاسخ‌های فرد نامعتبر است. در پژوهش برنستاین و همکاران (۱۵) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران نیز ابراهیمی و همکاران (۱۶) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند.

مقیاس استاندارد افکار خودکشی: پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۷)، یک مقیاس خود گزارشی و شامل ۱۹ گویه است که هر گویه بین (۰) تا (۲) نمره گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات بین (۰) تا (۳۸) است و نمره بالاتر نشان دهنده افکار خودکشی بیشتر است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای جمعیت ۰/۹۷ و گروه در معرض خطر ۰/۹۴ به دست آوردند. روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۳۶، و روایی واگرایی آن با پرسشنامه رضایت از زندگی ۰/۲۷ به دست آمد. این مقیاس را در ایران انیسی و همکاران (۱۸) بررسی کردند. نتایج به دست آمده نشان داد که روایی هم زمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر ۰/۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۷ بود. بر اساس دستورالعمل پرسشنامه کسب نمره (۰) تا (۳) در پنج گویه اول به معنای فقدان افکار خودکشی و نمره (۴) تا (۱۱) دارای افکار خودکشی متوسط بود. در پژوهش حاضر، اعتبار این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری هوکسما و مارو سال (۱۹۹۱):

توسط هوکسما و مارو در سال (۱۹) برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال می باشد و بر اساس طیف چهار گزینه ای لیکرت به سنجش نشخوار فکری می پردازد و دارای خرده میاس های بروز دادن (بازتاب): ۱، ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱، در فکر فرو رفتن: ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶، افسردگی: ۳ تا ۱۰، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲ می باشد. تفسیر نمره عبارت است از نمره بین ۲۲ تا ۵۵ (میزان نشخواری فکری پایین)، نمره بین ۳۳ تا ۵۵ (میزان نشخواری فکری متوسط) و نمره بالاتر از ۵۵ (میزان نشخواری فکری بالا). آلفای کرونباخ آلفا برابر ۰.۸۸ درصد به عنوان شاخصی از همسانی درونی برای مقیاس پاسخ های نشخواری محاسبه شد. پرسشنامه شرم درونی شده کوک (۱۹): مقیاس شرم درونی شده توسط کوک در سال ۱۹۹۳ تهیه گردیده که شامل ۳۰ ماده و دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه ای (هرگز=۰، خیلی کم=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴) است و نمره گذاری گویه های ۴-۷-۱۱-۱۲-۱۴-۱۷-۱۸-۲۱-۲۸ به صورت معکوس انجام میشود. نمره های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین بیان کننده اعتماد به نفس بالاست. کوک (۱۹) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس های کمرویی و عزت نفس مقیاس شرم درونی شده به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰، رجبی و عباسی (۲۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده اند.

نتایج

برای تحلیل داده ها و بررسی مدل پژوهش از روش معادلات ساختاری استفاده شده است. با توجه به اینکه حجم نمونه کم بوده برای انجام معادلات ساختاری از روش PLS-3 مبتنی بر روش

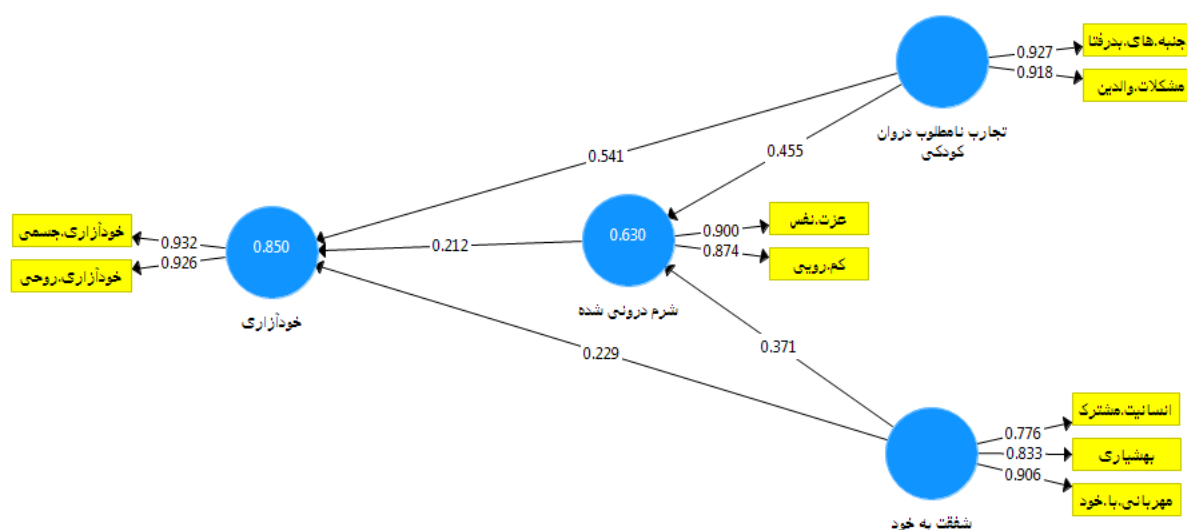
حداقل مجذورات جزئی استفاده شده است و ضرایب رگرسیون اثرات مستقیم و غیر مستقیم برای تمام مسیرهای مدل گزارش شده است. جهت ارزشیابی مدل ساختاری پژوهش از شاخص های ضرایب تعیین (R^2)، اعتبار افزونگی^۴، شاخص اعتبار مشترک^۵، شاخص کلی برازش مدل^۶ و شاخص متوسط واریانس استخراج شده^۷ استفاده گردیده است. به منظور بررسی معنی داری ضرایب مسیر از روش بازنمونه گیری^۸ استفاده شد.

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش براساس ضرایب رگرسیون استاندارد در دانشجویان در محیط نرم افزار PLS نشان داده شده است. در این شکل متغیرهای تجارب آسیب زای دوران کودکی، نشخوار فکری، افکار خودکشی و شرم درونی شده به عنوان متغیر نهفته بوده که با شکل دایره مشخص شده اند که این متغیرها به وسیله شاخص هایی (خرده مقیاس) برآورد می شوند که این شاخص ها به صورت مستطیل به متغیرها متصل شده اند. همچنین در شکل ۲ مدل ساختاری پژوهش براساس مقادیر آماره t در دانشجویان در محیط نرم افزار PLS نشان داده شده است.

در جدول ۱ شاخص های کیفیت مدل ساختاری در گروه دانشجویان نشان داده شده است. شاخص R^2 میزان واریانس تبیین شده متغیرهای نهفته درونزا را نشان می دهد. چین^۹ ۱۹۹۸ مقادیر R^2 ، ۰/۶۷، ۰/۳۳ و ۰/۱۹ را در معادلات ساختاری به ترتیب قوی، متوسط و ضعیف توصیف می کند.

ضریب تعیین متغیرهای شرم درونی شده و نشخوار فکری به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۸۵ می باشد که نشان می دهد تمامی متغیرهای برونزا یعنی تجارب آسیب زای دروان کودکی و نشخوار فکری می توانند به ترتیب ۶۳ درصد و ۸۵ درصد از تغییرات شرم درونی شده و افکار خودکشی را در دانشجویان پیش بینی کنند که این میزان در حد قوی می باشد.

⁴ CV-Redundancy (CV-red)⁵ CV- Commuality (CV-com)⁶ goodness of fit (GoF)⁷ Average variance extracted (AVE)⁸ Resampling⁹ Chin¹ Reflection;² Brooding;³ Depression-Related



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش (ضرایب رگرسیون استاندارد)

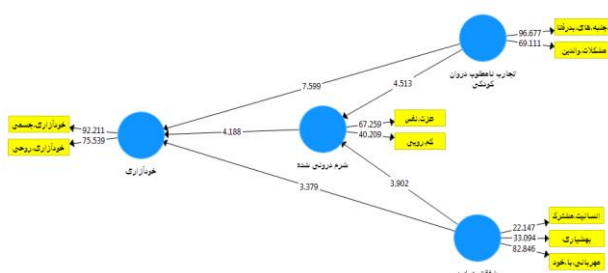
می کند و مقادیر آماره t بالاتر از ۱/۹۶ در سطح ۰/۰۵ بیانگر معناداری مسیر است.

جهت بررسی برازش کلی مدل ساختاری از شاخص معیار نیکویی برازش نیز که برابر مجذور مضروب میانگین واریانس استخراج شده و ضرایب تعیین متغیرهای وابسته می باشد، استفاده شده است، طبق نظر تن هاوس^۳ و همکاران (۲۰۰۴) مقادیر ۰/۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی جهت تایید برازش مدل معرفی کردند. شاخص GOF این مطالعه ۰/۶۸۶ بدست آمده است که با توجه به ملاک تعیین شده در حد قوی می باشد، بنابراین برازش کلی مدل تایید می شود و مجموع مدل ساختاری و مدل اندازه گیری، کیفیت مناسب در تبیین متغیرهای پژوهش دارند.

$$= \sqrt{0.747 \times 0.630} = \text{ضرب تعیین} \times \text{شاخص اشتراک} = \text{نیکویی برازش} = 0.686$$

بنابراین با توجه به شاخص های برآورد شده، رابطه ساختاری تجارب آسیب زای دوران کودکی، نشخوار فکری و با افکار خودکشی از طریق میانجیگری شرم درونی شده در دانشجویان تبیین می شود.

شاخص CV-red کیفیت ساختاری مدل و شاخص CV-com، اعتبار مشترک هر مؤلفه پنهان را نشان می دهد. این شاخص ها برای تمام متغیرها مثبت شده است که نشان دهنده کیفیت مناسب مدل می باشد (هایر و همکاران، ۲۰۱۴). مقادیر AVE، نشانگر میانگین واریانس مشترک بین سازه و نشانگرهایشان است که فورنل و لارکر^۱ (۱۹۸۱) بیشتر از ۰/۵ را توصیه می کنند، به این معنی است که سازه مورد نظر حدود ۵۰ درصد و یا بیشتر واریانس نشانگرهای خود را تبیین می کند. بنابراین مقادیر AVE نیز نشان می دهد که روایی تشخیصی^۲ برای تمامی سازه های مدل خوب است.



شکل ۲. مدل ساختاری پژوهش (مقادیر آماره تی)

شکل ۱ ضرایب استاندارد مسیرهای بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و شکل ۲ بیانگر مقدار آماره t در بین متغیرهای پژوهش است. با افزایش ضرایب استاندارد، مقدار آماره t افزایش پیدا

^۱ Fornell & Larcker

^۲ Diagnostic validity

^۳ Tenenhaus

جدول ۱. شاخص‌های کیفیت مدل ساختاری در گروه دانشجویان

متغیرهای پژوهش	ضریب تعیین		CV – red	CV – com	AVE	CR	آلفای کرونباخ
	مجدور R	مجدور R تعدیل یافته					
شرم درونی شده	۰/۶۳۰	۰/۶۲۷	۰/۳۰۹	۰/۶۱۱	۰/۷۸۷	۰/۸۸۱	۰/۷۳۰
افکار خودکشی	۰/۸۵۰	۰/۸۴۷	۰/۲۰۹	۰/۴۲۰	۰/۸۶۳	۰/۹۲۷	۰/۸۴۱
تجارب آسیب‌زا	-	-	-	۰/۱۳۷	۰/۸۵۱	۰/۹۲۰	۰/۸۲۵
نشخوار فکری	-	-	-	۰/۳۴۰	۰/۷۰۵	۰/۸۷۷	۰/۷۹۱

معیار Q^2 توسط استون و کیزر^۱ (۱۹۷۵) معرفی شده است که قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد. به اعتقاد آن‌ها مدل-هایی که دارای برازش ساختاری قابل قبول هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته باشند. مقادیر Q^2 برای متغیرهای درون‌زای مدل در قالب جدول زیر آورده شده است.

جدول ۲. مقدار Q^2

متغیر	مقادیر Q^2
شرم درونی شده	۰/۶۲
افکار خودکشی	۰/۶۲

با توجه به مقادیر به‌دست آمده برای Q^2 و سه مقدار ملاک ۰.۰۲، ۰.۱۵ و ۰.۳۰ به ترتیب به‌عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در مورد شدت قدرت پیش‌بینی که توسط هنسler و همکاران (۲۰۰۹) تعیین شده است، قدرت پیش‌بینی برای متغیرهای مدل حاضر، قدرت پیش‌بینی مناسب و قابل قبول را نشان می‌دهد و برازش مناسب مدل ساختاری تأیید می‌شود.

جهت بررسی اثر میانجی در رابطه از روش نیتزل^۲ و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شده است. در این روش اثر غیرمستقیم از طریق ضرب اثرات مستقیم بدست می‌آید و سپس جهت بررسی

معنی‌داری اثر میانجی از تکنیک بوت استرپ استفاده می‌شود. بوت استرپ فرآیندی است که به طور تصادفی چندین زیرنمونه (مثلاً ۵۰۰۰) با جایگذاری از داده‌های اصلی استخراج می‌کند. در نرم افزار PLS از هریک از زیرنمونه‌ها جهت برآورد استفاده می‌کند.

جدول ۳. اثرات غیر مستقیم

فاصله اطمینان				
رابطه ها	B	t	p.value	کران پایین بالا
تجارب آسیب‌زا --> شرم درونی شده --> افکار خودکشی	۰/۳۵۱	۳/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۱ ۰/۵۶۲
نشخوار فکری --> شرم درونی شده --> خودکشی	۰/۲۴۳	۲/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۱۸ ۰/۴۲۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر غیر مستقیم تجارب نامطلوب دوران کودکی و خودآزاری با میانجیگری شرم درونی شده با میزان ۰/۳۵۱ در سطح ۰/۰۵، معنادار می‌باشد. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد درونی شده در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و افکار خودکشی دارای نقش میانجی است. همچنین نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر غیر مستقیم بین نشخوار فکری و

1 Stone & Geisser

2 Nitzi

افکار خودکشی با میانجیگری شرم درونی شده با میزان ۰/۲۴۳ در سطح ۰/۰۵، معنادار می‌باشد. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر شرم درونی شده در رابطه بین نشخوار فکری و افکار خودکشی دارای نقش میانجی است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد، اثر غیر مستقیم تجارب نامطلوب دوران کودکی و خودآزاری با میانجیگری شرم درونی شده با میزان ۰/۳۵۱ در سطح ۰/۰۵، معنادار می‌باشد. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد درونی شده در رابطه بین تجارب آسیب زای دوران کودکی و افکار خودکشی دارای نقش میانجی است. نتایج این فرضیه با نتایج لسانی و همکاران (۹)، ژانگ، وانگ و همکاران (۲۱) و گاربوت و همکاران (۲۲) همسو می‌باشد.

نظریه روان پویایی نیز چهارچوبی مناسب در جهت تبیین یافته به دست آمده است. کودک بعد از تجربه ترومای دلبستگی و تجربه درد و غم عمیق هیجانی، خشم ویرانگری نسبت به مراقب اولیه خود (و مراقب قابل‌اعتماد در موارد آزار جنسی) احساس می‌کند. بعد از احساس خشم به موضوع عشق، احساس گناه شدیدی در کودک ایجاد می‌شود که برای محافظت از بقای خود و موضوع عشق خود، آن خشم را به سوی خودش با خودتنیهِ گری و خودتخریب‌گری برمی‌گرداند. همچنین تروماهای دوران کودکی تجربیاتی فراتر از توانایی‌های هیجانی کودک هستند که بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان تأثیر مخربی دارند. یکی از این اثرها، رفتارهای خودتخریبی هست. دوران کودکی عموماً به صورت غیرمنتظره رخ داده و با ایجاد یک ترس و وحشت، زخمی روانی ایجاد مینماید. جای این زخم بر روی سازمان روان باقیمانده و زندگی را به مخاطره می‌اندازد. رخ دادن تجارب تروماتیک دوران کودکی باعث از دست رفتن اعتبار درونی فرد نیز می‌گردد، زیرا وی در برابر فرد متجاوز توانی برای کنترل اوضاع ندارد و کل باورهایش ناگهان فرو می‌ریزد. از دست رفتن

این اعتبار منجر به شکل‌گیری یک خلأ درونی می‌گردد که منجر به تجربه دردناک شرم نیز خواهد شد. این شرم آنقدر برای فرد دردناک است که سازمان روان وی ترجیح می‌دهد آن را سرکوب کرده و با آن رو به رو نشود؛ زیرا رو به رویی با آن، یعنی زنده شدن تمام آن تجربه تروماتیک که برای وی رخ داده است. ثمره این اتفاق، ایجاد یک آشفتگی ثانویه (مبتنی بر ترس) برای فرد است که مبادا اتفاقی بیفتد که دوباره با بی اعتباریاش رو به رو شود، بنابر این با انجام رفتارهای افراطی تلاش می‌کند تا موقعیتهای پیرامونش به صورتی کاملاً صحیح و دقیق اتفاق افتاده و احتمال اشتباه به حداقل برسد. شرم درونی شده زمانی است که فرد تمایلی به تجربه یا حفظ ارتباط با افکار، احساسات یا خاطرات درونی که ناراحت‌کننده هستند نداشته و سوء مصرف مواد، خودآزاری و سایر رفتارهای خودتخریبی به عنوان راهی برای فرار از این موقعیت‌ها هستند. در واقع، در تلاش برای نجات خود از آسیب، ممکن است کارهایی را که زمانی دوست داشتیم، انجام ندهیم یا ممکن است در راهبردهای اجتنابی مضر مانند سوء مصرف مواد و آسیب رساندن به خود درگیر شویم.

همچنین نتایج نشان می‌دهد، اثر غیر مستقیم بین نشخوار فکری و افکار خودکشی با میانجیگری شرم درونی شده با میزان ۰/۲۴۳ در سطح ۰/۰۵، معنادار می‌باشد. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد متغیر شرم درونی شده در رابطه بین نشخوار فکری و افکار خودکشی دارای نقش میانجی است. نتایج این فرضیه با نتایج اکزاور و همکاران (۲۳)، لسانی و همکاران (۹) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت شرم نیز پاسخ هیجانی دردناک، افکار مربوط به بیزاری و سرزنش خود و رفتارهای اجتنابی را برمی‌انگیزد و بدین ترتیب این پاسخها موجب افسردگی می‌شوند. افرادی که نشخوار فکری دارند، به مراقبت از خود نمی‌پردازند و این شرایط را خاص خودشان نمی‌دانند. افرادی که نشخوار فکری دارند مشکلات جهانی را مشکل بشری

کاهش سلامت روانشناختی بیشتر و در نتیجه افزایش افکار خودکشی می شود.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در واحد لاهیجان، دانشگاه آزاد اسلامی، لاهیجان، ایران می- باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TON.REC.1403.155 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد." در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

میدانند که همه‌ی انسانها در حال تجربه ی آن هستند. بنابراین احساس شرم و انزوا نمی کنند. بدین ترتیب احتمال افسردگی کمتری را پیدا می کنند از طرفی شواهد روزافزونی نشان می دهد که نشخوار فکری با بهزیستی روانشناختی رابطه دارد و به عنوان عامل تخریبی مهمی در نظر گرفته می شود که تاب آوری هیجانی را کاهش می دهد. یافته های قوی نشان میدهد که نشخوار فکری بالا با اضطراب و افسردگی بیشتری همراه است. از سویی هویتیابی فرایندی خودنظم دهنده است که به واسطه شرم درونی شده موجب افزایش خودانتقادی و خود سرزنشگری شده و آسیبهای روانشناختی را افزایش می دهد و پیشبینی مناسبی برای افکار خودکشی است. لذا دانشجویانی که به هویتیابی هنجاری و اطلاعاتی دست یافته اند به واسطه شرم درونی شده سختگیری بیشتری نسبت به خود دارند، ظرفیت کمتری نیز برای مواجهه با مسایل چالش زا داشته که این ویژگی منجر به افزایش تنش و

References

1. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro M-R. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PloS one*. 2016;11(4):760-153
2. Abraham ZK, Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. *International journal of adolescent medicine and health*. 2017;31(4):700-201
3. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):482-95.
4. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2023;180(2):167-71.
5. Predescu E, Sipos R. Self-harm behaviors, suicide attempts, and suicidal ideation in a clinical sample of children and adolescents with psychiatric disorders. *Children*. 2023;10(4):725.
6. Lurigio AJ, Nesi D, Meyers SM. Nonsuicidal self injury among young adults and adolescents: Historical, cultural and clinical understandings. *Social Work in Mental Health*. 2023:27-1.
7. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(8):772-81.
8. Chen, Z., Li, J., Liu, J., & Liu, X. Adverse childhood experiences, recent negative life events, and non-suicidal self-injury among Chinese college students: the protective role of self-efficacy. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2022; 16(1), 1-9.
9. Lessani S, Shahgholian M, Sarafraz M R, Abdollahi M H. Prediction of pathological narcissism based on childhood trauma with the mediating role of self-compassion deficit and shame. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(97), 77-88.
10. Mardani M, Hamid N. Investigating the mediating role of rumination in the relationship between insecure attachment styles and depression in outpatient psychiatric disorders. *Rooyesh*. 2021; 10(3), 111-120.
11. Ferreira, Cláudia, José Pinto-Gouveia, and Cristiana Duarte. "Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders." *Eating behaviors* 14.2 (2013): 207-210.
12. Abdollahzadeh H, Kabirinasab Y. The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *Health Psychology*, 2019, 7(4):187-199.

13. solimanpour M, pirkhaefi A, zahrakar K. Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) on quality of life in patients with vitiligo. *Journal of Psychological Science*. 2022; 21(113), 987-1004.
14. Maker Castro, E., Wray-Lake, L., & Cohen, A. K. Critical consciousness and wellbeing in adolescents and young adults: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 2022;7(4), 499-522.
15. Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27 (2), 169-190.
16. 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
17. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1979; 47(2), 343-352.
18. Anisi J., Fathi Ashtiani A., Salimi S, Ahmadi N. Evaluation of the reliability and validity of the Beck Suicidality Scale (BSSI) in soldiers. *Journal of military medicine [Internet]*. 2005;7(1):33-37.
19. Cook, D. R. (1987). Measuring shame: Internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1987;4(2):197 -215.
20. Rajabi Gholamreza, Abbasi Ghodratollah. Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety, and fear of failure with internalized shame in students. *Clinical Psychology and Counseling Research (Educational and Psychological Studies) [Internet]*. 2011;1(2):171-182.
21. Zhang, Liying, et al. "Childhood maltreatment affects college students' nonsuicidal self-injury: Dual effects via trauma-related guilt, trauma-related shame, and prosocial behaviors." *Child Abuse & Neglect* 141 (2023): 106205.
22. Garbutt, Kerri, Mike Rennoldson, and Mick Gregson. "Shame and self-compassion connect childhood experience of adversity with harm inflicted on the self and others." *Journal of interpersonal violence* 38.11-12 (2023): 7193-7214.
23. Xavier, Ana, José Pinto Gouveia, and Marina Cunha. "Non-suicidal self-injury in adolescence: The role of shame, self-criticism and fear of self-compassion." *Child & youth care forum*. Vol. 45. Springer US, 2016.

Original Article

The Relationship Between Traumatic Childhood Experiences and Rumination with Suicidal Thoughts through the Mediating Role of Internalized Shame

Received: 26/10/2024 - Accepted: 25/12/2024

Mohadeseh Nasirzadeh Hosein abadi¹
Tahereh HamzehPoor Haghighi^{2*}

¹Department of Psychology, La.C.,
Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

² Department of Psychology, La.C.,
Islamic Azad University, Lahijan, Iran.
(Corresponding author)

Corresponding author: Tahereh
HamzehPoor Haghighi, Department of
Psychology, La.C., Islamic
Azad University, Lahijan, Iran.

Email: Hamzehpoor.tahereh@iau.ac.ir

Abstract

Objective: This study investigated the relationship between traumatic childhood experiences and rumination with suicidal ideation through the mediating role of internalized shame.

Method: The present study is a descriptive-explanatory and correlational study using structural equations and is a cross-sectional study in terms of time. The statistical population of the present study includes all students of Lahijan Azad University, 9031 people. Finally, 210 people were selected as the final sample using the purposive convenience sampling method. In order to measure the variables under study, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Standard Suicidal Ideation Scale, the Rumination Questionnaire by Hoeksma and Maro (1991), and the Internalized Shame Questionnaire by Cook (1993) were used.

Findings: The results showed that internalized shame plays a mediating role in the relationship between traumatic childhood experiences and suicidal thoughts ($P < 0.05$). Also, internalized shame plays a mediating role in the relationship between rumination and suicidal thoughts ($P < 0.05$).

Conclusion: Students who have traumatic childhood experiences are more strict with themselves due to internalized shame and have less capacity to face challenging issues, which leads to increased rumination and further decrease in psychological health and, as a result, increased suicidal thoughts.

Key words

Traumatic childhood experiences, rumination, suicidal thoughts, internalized shame

Acknowledgement: There is no conflict of interest