



مدل ساختاری پیشگیری از خودکشی بر اساس تعریف شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری هویت اخلاقی در نوجوانان

سمیرا حاج امید: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
بهمن اکبری: استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران، (* نویسنده مسئول Bakbari44@yahoo.com)
لیلا مقتدر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

چکیده

کلیدواژه‌ها

خودکشی،
حمایت اجتماعی ادراک شده،
تعریف شناختی،
هویت اخلاقی،
نوجوانان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۳۱

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۶/۰۶

زمینه و هدف: نوجوانان از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر خودکشی هستند که بسیاری از آنها نگرش‌های ناکارآمد، خطاهای شناختی و مشکلات اخلاقی نا سازگارانه دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری پیشگیری از خودکشی بر اساس تعریف شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری هویت اخلاقی در نوجوانان صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دختر مقطع نهم شهرستان تاکستان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه‌ای برابر با ۳۰۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تجدید نظر شده خودکشی (SBQ-R)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده فلمینگ و همکاران (۱۹۸۲)، مقیاس تعریف شناختی عبدالله زاده و سالار (۱۳۸۹) و پرسشنامه هویت اخلاقی آکوئینو و رید (۲۰۰۲) بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روایی سازه‌های اندازه‌گیری متغیرهای مربوطه در سطح معناداری ۰/۰۵ تایید می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ متغیرها بیشتر از ۰/۷ بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی رابطه معکوس معناداری وجود دارد (۰/۲۳۷-). همچنین بین تعریف شناختی و گرایش به خودکشی رابطه مثبت معنادار (۰/۱۳۴) بدست آمد. نتایج آزمون بارون و کنی نشان داد که در مرحله دوم مدل، متغیر میانجی (هویت اخلاقی) وارد مدل شده و در بین دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی قرار گرفته است. ضریب مسیر بین این دو متغیر از ۰/۳۸۱- به ۰/۲۳۷- کاهش یافت. همچنین در بررسی نقش میانجی هویت اخلاقی در رابطه تعریف شناختی با خودکشی ضریب مسیر از ۰/۳۰۴ به ۰/۱۳۴ کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: نتایج تاییدکننده رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی از یکسو و تعریف شناختی با خودکشی از سوی دیگر بودند که هویت اخلاقی نیز در رابطه بین این مولفه‌ها نقش میانجی دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش مهارت‌های تقویت‌دهنده حمایت اجتماعی و تشخیص افکار تحریف شده، در کنار توجه به هویت اخلاقی غنی و در راستای پیشگیری از مسائل مربوط به خودکشی بویژه در دانش‌آموزان نوجوان، از طرف مسئولین مدارس و کشور مهم تلقی شود و در دستور کار آنان قرار گیرد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Haji Omidi S, Akbari B, Moqtader L. Structural Model of Suicide Prevention based on Cognitive Distortion and Perceived Social Support with the Mediation of Moral Identity in Adolescents. Razi J Med Sci. 2023;30(6): 223-236.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

Structural Model of Suicide Prevention based on Cognitive Distortion and Perceived Social Support with the Mediation of Moral Identity in Adolescents

Samira Haji Omid: PhD student in general psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Bahman Akbari: Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran. (* Corresponding author) Bakbari44@yahoo.com

Leila Moqtader: Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Abstract

Background & Aims: Adolescents are among the vulnerable groups against suicide, many of them have dysfunctional attitudes, cognitive errors, and inconsistent moral problems. Therefore, it is important to know the antecedents of this problem. The present study aimed to investigate the structural model of suicide prevention based on cognitive distortion and perceived social support with the mediation of moral identity in adolescents.

Methods: The current research is a theoretical research and its design was descriptive-correlation and structural equation modeling. The statistical population of the research included all ninth grade female students of Takestan city with an average age of 15 years who study in the schools of Takestan city in the academic year of 1400-1401. The sample size to test the hypotheses was determined by referring to Klein's (2015) strategy for studies that use the structural equation modeling method. That is, the minimum ratio of the sample size for each observed variable is 5 people, the ratio of 10 people for each variable is more suitable and the ratio of 20 people for each variable is considered desirable; Therefore, in the present study, using available sampling method, a sample size of 300 participants was considered. Research tools included: Revised Suicide Questionnaire (SBQ-R), Fleming et al.'s scale of perceived social support (1982), Abdullahzadeh and Salar's Cognitive Distortion Scale (2009) and Aquino and Reed's Moral Identity Questionnaire (2002).

Results: The results of the correlation test showed that there is a positive and direct correlation between cognitive distortion and suicidal tendencies, and there is a significant negative relationship between perceived social support and moral identity and suicidal tendencies. The value of the standardized factor load for all questions is more than 0.4, and considering that all the significance numbers (CR) between the items and the relevant latent variables are more than 1.96 and their significance level is less than the error level of 0.05. is, it can be said that the validity of the measurement structures of the relevant variables is confirmed at the significance level of 0.05. The results of Cronbach's alpha coefficient are also given for all research variables and as it can be seen, the value of Cronbach's alpha coefficient of all variables is more than 0.7. Also, in the factor analysis model, the chi-square value for the degree of freedom is 1.309 and less than 3. Also, the root mean square error estimate (RMSEA) is equal to 0.032 and less than 0.08. Also, the comparative fit index (CFI), incremental fit index (IFI) and goodness of fit index (GFI) have all been calculated at a suitable level. Therefore, in general and according to the calculated indicators, it is possible to conclude the optimal fit of the model. The value of the critical statistic (CR) between the perceived social support and the cognitive distortion with the tendency to commit suicide has exceeded the borderline limit of 1.96, and the significance level of the test in this regard is equal to 0.000 and less than 0.05. Therefore, it can be stated that the existence of the relationship between perceived social support and the tendency to commit suicide is confirmed with a probability of 95%. Because the coefficient of the standard path between these two variables is positive and equal to -0.237, it can be said that with an increase of one standard deviation in the perceived social support, we will see a decrease in the tendency to commit suicide by -0.237 standard deviation.

Keywords

Suicide,
Perceived Social Support,
Cognitive Distortion,
Moral Identity,
Adolescents

Received: 21/05/2022

Published: 30/08/2023

Therefore, there is a significant and inverse relationship between perceived social support and suicidal tendencies. On the other hand, the standard path coefficient between these two variables is positive and equal to 0.134, and with an increase of one standard deviation in cognitive distortion, we will see an increase in the tendency to commit suicide by 0.134 standard deviations. Therefore, it can be said that there is a significant and direct relationship between cognitive distortion and suicidal tendency. In order to investigate the mediating role of moral identity between the independent variable (social support) and the dependent variable (suicidal tendency), Baron and Kenny's test showed that in the first stage and primary model, which only considered the relationship between social support and suicidal tendency, this relationship is significant and its path coefficient is estimated as -0.381. In the next stage, the mediating variable (moral identity) is entered into the model and is placed between the two variables of social support and suicidal tendency. The path coefficient between these two variables has decreased from -0.381 to -0.237 and is statistically significant. Therefore, the role of the moral identity variable is partial mediation and the fifth hypothesis of the research is confirmed with 95% probability and according to the collected data. Also, regarding the mediating role of moral identity in the relationship between cognitive distortion and suicidal tendency in the first stage and the initial model that only considered the relationship between cognitive distortion and suicidal tendency, this relationship was significant and its path coefficient was estimated as 0.304. In the next stage, the mediating variable (moral identity) is included in the model and is placed between the two variables of cognitive distortion and suicidal tendency. The path coefficient between these two variables has decreased from 0.304 to 0.134 and is statistically significant. Therefore, the mediating role of moral identity in the mentioned relationship was confirmed.

Conclusion: The results confirmed the significant relationship between perceived social support and suicide tendency on the one hand and cognitive distortion with suicide on the other hand, and moral identity also plays a mediating role in the relationship between these components. Therefore, it is suggested that the training of skills to strengthen social protection and recognize distorted thoughts, along with paying attention to a rich moral identity and in order to prevent issues related to suicide, especially among teenage students, should be considered important by the authorities of schools and the country, and should be on the agenda. They should be placed.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Haji Omid S, Akbari B, Moqtader L. Structural Model of Suicide Prevention based on Cognitive Distortion and Perceived Social Support with the Mediation of Moral Identity in Adolescents. Razi J Med Sci. 2023;30(6): 223-236.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

بود. افزایش تحریف‌های شناختی در دو بعد دید منفی به خود و به دنیا، با افزایش افکار خودکشی و رفتار خودکشی نیز ارتباط دارد در حالی که افزایش در بعد سرزنش خود با افکار خودکشی ارتباط دارد (۷). در مطالعه دیگری نیز ارتباط افکار خودکشی، تحریف‌های شناختی و افسردگی را نشان دادند (۸).

از سویی دیگر حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک مولفه اساسی و مهم در رابطه با خودکشی مطرح شده است. به نحوی که برر سی‌ها نشان می‌دهد افراد اقدام کننده به خودکشی اغلب حمایت اجتماعی ادراک شده پایینی دارند (۹). حمایت اجتماعی ادراک شده به معنای اعتقاد فرد به مورد علاقه بودن، مورد توجه بودن و احساس پیوند با یک شبکه است و همین احساس پیوند خطر خودکشی را کاهش می‌دهد (۱۰). علاوه بر این حمایت اجتماعی ادراک شده در سلامتی روانی و جسمی موثر بوده و عاملی مهم در مقابله با شرایط استرس زای زندگی به شمار می‌آید که از ما در هیجان‌های شدید محافظت می‌کند (۱۱). این حفاظت هم از طریق کاهش اثرات استرس‌سورهای منفی هم از طریق ایجاد حال خوب کلی اعمال می‌شود (۱۲). به عبارت دیگر حمایت اجتماعی می‌تواند شبکه‌ی وسیعی از روابط اجتماعی ایجاد کند که در احساس پیش‌بینی پذیری و ثبات در زندگی و بالا بردن ارزش خویش‌تن، مؤثر باشد و به فرد کمک کند تا از تجارب منفی که احتمال اختلال روان‌شناختی را افزایش می‌دهند، اجتناب کند و با استفاده از تجارب مثبت، بهزیستی فرد را افزایش دهد (۱۳).

پژوهش‌های پیشین بر نقش حمایت اجتماعی در خودکشی صحه گذاشته‌اند (۱۴)، به نحوی که حمایت اجتماعی پایین، خطر خودکشی را بالا می‌برد (۱۵) و حمایت اجتماعی ادراک شده یک عامل حفاظتی زمان محور برای خودکشی است (۱۶). لذا وجود احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز، موجب محافظت فرد در شرایط بحرانی گردیده و با ارتقاء سازگاری، توانایی مقابله با رفتار خودکشانه را در فرد افزایش داده و تحمل شرایط سخت را تسهیل می‌کند (۱۵). شاید بتوان شکل‌گیری اشکال مختلف هویت را از مهم‌ترین مسوولیت‌های روان‌شناختی سنین نوجوانی به حساب

نوجوانی دوره بروز تغییراتی مهم در ابعاد گوناگون جسمی و شناختی، عاطفی و اجتماعی است به همین جهت از مهم‌ترین مراحل رشد به شمار می‌آید. از آنجا که این دوره به عنوان زمانی برای جستجوی استقلال، خودمختاری و تجربه رفتارهای متنوع و مخاطره‌آمیز است بسیاری از نوجوانان بحران‌های روحی، مشکلات ارتباطی با خانواده و اطرافیان و رفتارهای پر خطری را تجربه می‌کنند (۱). یکی از مهم‌ترین و نگران کننده‌ترین مسایل در نوجوانی، گرایش‌های خودکشی است که توجه بسیاری از متخصصان در حوزه سلامت روان را به خود جلب کرده است. با گذر از دوران کودکی و شروع نوجوانی میزان بروز خودکشی افزایش می‌یابد (۲). شیوع اقدامات خودکشی در ۱۲ سالگی کمتر از ۱ در صد است و پس از آن در ۱۵ سالگی افزایش می‌یابد (۳). از این رو شناسایی متغیرهای مرتبط با خودکشی و نحوه تعامل این متغیرها با یکدیگر و اینکه آنها چگونه به‌عنوان عوامل خطر مطرح می‌شوند باعث درک بیشتر این مشکل پیچیده و چندعاملی می‌شود (۴).

از جمله عواملی که با گرایش به خودکشی در نوجوانی ارتباط داشته و پیش‌بین آن می‌باشد، تحریف شناختی است (۵). تحریف شناختی به عنوان استدلال‌های غلطی تعریف شدند که نقش مهمی را در بروز بسیاری از اختلالات روانی ایفا می‌کنند، به طوری که بیشتر مواقع ما فکر می‌کنیم قربانی محیط پیرامونمان هستیم و حوادث بیرونی باعث ناراحتی و افسردگی ما می‌شوند و راه حل‌هایی از این روان‌رنجوری‌ها، حل و فصل و تغییر این وقایع است. این تحریف‌ها به طرز منفی بر ادراکات آنها اثر می‌گذارد؛ منجر به نتیجه‌گیری‌هایی از قبیل این عقیده می‌شود که خودکشی تنها راه مقابله با مشکلات است (۶). محققان در بررسی خود نشان دادند تحریف‌های شناختی حلقه ارتباط میان مواجهه شخصی با یک حادثه آسیب‌زای شخصی و افکار خودکشی بعد از آن هستند. این ارتباط بر اساس ابعاد تحریف شناختی بعد از یک حادثه آسیب‌زا روشن می‌شود: افکار منفی نسبت به خود، افکار منفی نسبت به دنیا و سرزنش خود. این سه بعد می‌توانند بعد از تجربه خشونت بین فردی ایجاد شوند به نحوی که هرچه میزان این خشونت بیشتر باشد میزان تحریف‌های شناختی بیشتر خواهد

آورد. اوایل نوجوانی اخلاقیات و هویت ترکیب می‌شوند و هویت اخلاقی شکل می‌گیرد که در بزرگسالی گسترش می‌یابد و عدم شکل‌گیری یک هویت اخلاقی با ثبات و قوی و سردرگمی در ارتباط با تعهدات اخلاقی می‌تواند همچون سردرگمی هویتی با افزایش گرایش‌های خودکشی ارتباط داشته باشد (۱۷). مطالعات متعددی به نقش هویت اخلاقی و مولفه‌های آن را در گرایش به خودکشی مطرح ساخته‌اند؛ به نحوی که ضعف در هویت اخلاقی می‌تواند به کاهش شادکامی و رضایت نوجوان از زندگی تئیده باشد و افزایش در گرایش‌های خودکشی را رقم بزند (۶). بر اساس پژوهش حاضر لزوماً نقش هویت اخلاقی در رفتارهای خود آسیب‌رسان همچون خودکشی مستقیم نبوده و این مولفه قادر است به صورت میانجی در ارتباط مولفه‌هایی همچون تحریف شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکشی نقش ایفا نماید. به نحوی که نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان از تایید نقش شفقت به عنوان یکی از مولفه‌های مهم هویت اخلاقی در افکار ناکارآمد و تحریف شناختی مرتبط با خودکشی داشته است (۱۳). به طور کلی با وجود نظریه‌ها و پژوهش‌های بسیار در زمینه تبیین ریسک فاکتورهای مرتبط با خودکشی، شفافیت لازم در مورد جنبه‌های تأثیرگذار این ریسک فاکتورها بر خطر خودکشی وجود ندارد. از این رو با توجه به کمبود پیشینه پژوهش درباره بررسی رفتارهای خودآسیب‌رسان در چارچوب نظریه و عمل مسئله اصلی پژوهشگر این بود تا با تدوین یک مدل مفهومی، رابطه میان دو متغیر زیرساخت یعنی تحریف‌های شناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده را با گرایش خودکشی بررسی کرده و بررسی شاخص‌های برآزش مدل تحلیل عاملی به این سؤال پاسخ دهد که آیا هویت اخلاقی می‌تواند به عنوان یک فاکتور میانجی عمل کند؟

روش کار

تحقیق حاضر یک پژوهش نظری است و طرح آن از نوع توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود که در کمیسیون کد اخلاق با کد اخلاق ساختاری IR.IAU.RASHT.REC.1401.021 در دانشگاه آزاد

اسلامی واحد رشت به تصویب رسید. جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع نهم شهرستان تاکستان با میانگین سنی ۱۵ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ در مدارس شهرستان تاکستان تحصیل می‌کنند. حجم نمونه جهت آزمون فرضیه‌ها با رجوع به راه‌کار کلاین (۲۰۱۵) برای مطالعاتی که از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. یعنی حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسبت‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه‌ای برابر با ۳۰۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. با توجه به پاندمی کرونا و غیرحضوری بودن دروس مدارس، بعد از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه و ارائه به مدارس جهت اجرای ابزارهای پژوهش حاضر، با همکاری دبیران مقطع موردنظر لینک پرسشنامه در اختیار دانش‌آموزان مقطع مربوطه قرار گرفته و تکمیل گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: جنسیت دختر، تحصیل در پایه نهم، اعلام رضایت آگاهانه و سن ۱۵ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل به همکاری، مخدوش بودن پرسشنامه‌ها بود. همچنین ابزار گردآوری داده‌های تحقیق در ادامه آورده شده است:

پرسشنامه تجدید نظر شده خودکشی: این پرسشنامه توسط عثمان و همکاران تدوین و از ۴ گویه تشکیل شده است. هر گویه ابعاد مختلفی از قابلیت فرد برای خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد: گویه اول افکار اقدام به خودکشی، گویه دوم فراوانی افکار خودکشی طی سال گذشته، گویه سوم تبادل نیت خودکشی است و گویه چهارم احتمال اقدام به خودکشی در آینده را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره برش نمره کلی این آزمون برای جمعیت عادی ۷ و برای جمعیت بالینی ۸ می‌باشد. این آزمون دارای اعتبار درونی و پایایی خوب و توانایی تمیز گروه دارای تمایلات خودکشی از گروه بدون این گرایش‌ها است. در مطالعه رشید و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس

۰/۸۰ درصد گزارش شده است.

مقیاس تحریف شناختی: این ابزار توسط عبدالله زاده و سالار (۱۳۸۹) ساخته شد. ۲۰ ماده دارد و براساس آن نمره بالا بیانگر تفکر مناسب تر بوده و بالعکس. شامل خرده مقیاس های تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه آمیز، فیلتر ذهنی، بی توجهی به امر مثبت، نتیجه گیری شتابزده، درشت بینی-ریزینی، استدلال احساسی، باید-بهرتر، برچسب بزدن، شخصی سازی است. ضریب آلفای کرونباخ در ارزیابی همسانی درونی ۰/۸۰ گزارش شده است. همچنین در مطالعه ای پایایی درونی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ درصد برای خرده مقیاس های این ابزار و ۰/۹۰ درصد برای کل ابزار گزارش نمود.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: این مقیاس توسط فلمینگ و همکاران تهیه گردید. دارای ۲۵ ماده و ۴ خرده مقیاس: حمایت اجتماعی ادراک شده از خانواده (آیتم های ۱ تا ۷)، حمایت ادراک شده از دوستان، عقیده درباره حمایت اجتماعی و حمایت عمومی یا کلی است. شیوه نمره گذاری به صورت صفر (۰) و یک (۱) می باشد به این معنی که بجز ماده های شماره ۷، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ که به صورت معکوس نمره گذاری می شود (یعنی پاسخ نادرست (۱) نمره می گیرد و پاسخ درست (۰) نمره می گیرد. ضریب اعتبار این پرسشنامه ۰/۴۲ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر توسط سازندگان آزمون ۰/۸۹ گزارش شده است. لین و همکاران نیز روایی این مقیاس بر اساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ (۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی با دامنه همبستگی (۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه ها و با استفاده از همبستگی بین خرده مقیاس ها با دامنه همبستگی ۰/۶۰ تا ۰/۷۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. طاهری و مجتبابی نیز ضریب پایایی خرده مقیاس ها را بین ۰/۷۸ و ۰/۹۰ و نیز برای کل مقیاس ۰/۹۲ و نیز همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای کل مقیاس برآورد نمودند.

پرسشنامه هویت اخلاقی: این ابزار توسط آکوئینو و رید ساخته شده و در ایران توسط توکلی و همکاران

(۱۳۸۸) ترجمه و تعیین روایی و پایایی شده است. دارای ۱۳ سوال است و دو زیر مقیاس نمادسازی (۶ آیتم) و درونسازی (۷ آیتم) دارد. براساس لیکرت ۵ درجه ای، از کاملاً مخالفم، (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره گذاری می شود. رید و آکینو پایایی این مقیاس را برای بعد نمادسازی ۰/۸۲ و برای بعد درونی سازی ۰/۷۳ گزارش کرده اند. همچنین پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی، ۰/۴۹ گزارش شده است. پایایی این مقیاس از طریق همسانی درونی (درونی سازی: ۰/۷۶۶، نمادی سازی: ۰/۷۷۶) و بازآزمایی (درونی سازی: ۰/۵۰۵، نمادی سازی: ۰/۳۶۴) تایید شد.

یافته ها

قبل از بررسی فرضیه های مورد نظر پژوهش، ابتدا جهت بررسی نرمال بودن از ضرایب چولگی و کشیدگی استفاده شد. همانطور که در جدول ۱ گزارش شده، مقدار ضریب چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها بین منفی ۲ و مثبت ۲ قرار گرفته است. لذا تخطی از توزیع نرمال در بین داده ها دیده نمی شود.

در ادامه نتایج آزمون همبستگی در جدول ۲ نشان داد که سطح معناداری آزمون همبستگی بین تمامی متغیرهای پژوهش کمتر از ۰/۰۵ بدست آمده است. لذا اینگونه برداشت می شود که ارتباطی بین تمامی متغیرهای مورد مطالعه همبستگی مثبت و مستقیم و معناداری وجود دارد.

جهت بررسی تحلیل عاملی تاییدی متغیرهای پژوهش از تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول اعتبار سوالات پرسشنامه مربوط به متغیرهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفته است. نمودار شماره ۱ ضرایب بارعاملی استخراج شده را در حالت استاندارد را نشان می دهد.

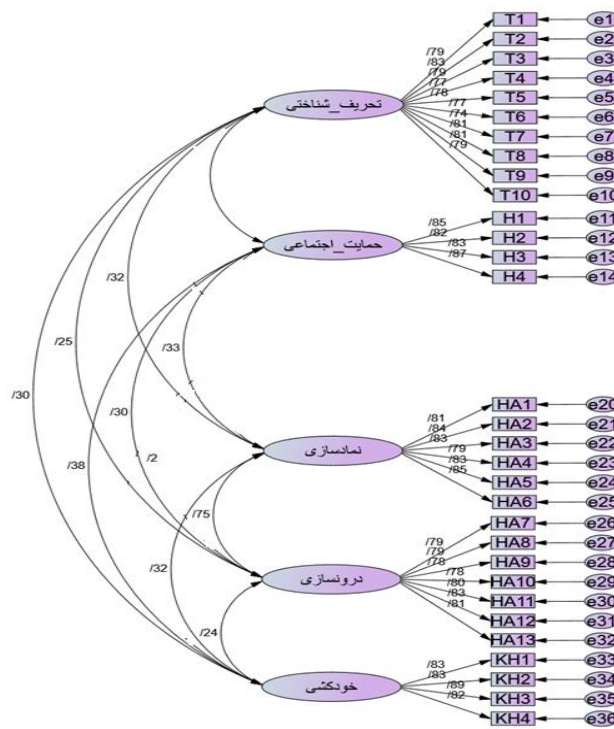
همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، مقدار بار عاملی استاندارد شده برای تمامی سوالات بیشتر از ۰/۴ می باشد. می توان گفت روایی سازه های اندازه گیری متغیرهای مربوطه در سطح معناداری ۰/۰۵ تایید می شود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۷ بدست آمده است. در ادامه جهت تایید مدل تحلیل عاملی و مستند بودن نتایج حاصله

جدول ۱- نتایج نرمال بودن متغیرهای موجود در پژوهش

نتیجه آزمون	ضریب چولگی		ضریب کشیدگی		متغیرها
	آماره	خطای استاندارد	آماره	خطای استاندارد	
تحریف شناختی	-۰/۳۶۲	۰/۱۴۱	-۰/۵۴۰	۰/۲۸۱	نرمال است
حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۳۴۳	۰/۱۴۱	-۰/۶۰۰	۰/۲۸۱	نرمال است
هویت اجتماعی	-۰/۳۴۵	۰/۱۴۱	-۰/۶۲۳	۰/۲۸۱	نرمال است
خودکشی	-۰/۴۹۳	۰/۱۴۱	-۰/۶۰۷	۰/۲۸۱	نرمال است

جدول ۲- آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرها

خودکشی	هویت اخلاقی	حمایت اجتماعی	تحریف شناختی	متغیرهای تحقیق
			۱	مقدار همبستگی
			.	سطح معناداری
		۱	۰/۲۸۲	مقدار همبستگی
		.	۰/۰۰۱	سطح معناداری
	۱	۰/۳۱۶	۰/۲۸۰	مقدار همبستگی
	.	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری
۱	۰/۳۷۷	-۰/۳۴۹	۰/۲۷۹	مقدار همبستگی
.	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری



نمودار ۱- ضرایب بار عاملی استاندارد شده مدل تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول متغیرهای پژوهش

به درجه آزادی ۱/۳۰۹ و کمتر از ۳ است. همچنین مقدار جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۳۲ و کمتر از ۰/۰۸ است. همچنین شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و شاخص نیکویی برازش (GFI) همگی در حد

لازم است تا شاخص‌های برازش مدل در حد قابل قبول قرار گیرد.

در جدول شماره ۴ شاخص‌های مورد استفاده به همراه مقادیر آن آمده است. همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مدل تحلیل عاملی مقدار کای دو

جدول ۳- بار عاملی استاندارد شده و سطح معناداری آزمون بین سوالات و متغیرهای پژوهش

نتیجه	آلفای کرونباخ	سطح معناداری	مقدار بحرانی (C.R.)	ضریب استاندارد	سوالات پرسشنامه	متغیرها
مطلوب		***	-	۰/۷۹۳	T1	تحریف شناختی
مطلوب		***	۱۶/۴۱۲	۰/۸۳۲	T2	
مطلوب		***	۱۵/۲۳۸	۰/۷۸۸	T3	
مطلوب		***	۱۴/۸۷۳	۰/۷۷۳	T4	
مطلوب	۰/۹۴۳	***	۱۴/۹۹۹	۰/۷۷۸	T5	
مطلوب		***	۱۴/۹۰۹	۰/۷۷۵	T6	
مطلوب		***	۱۴/۱۷۴	۰/۷۴۵	T7	
مطلوب		***	۱۵/۸۱۴	۰/۸۱۰	T8	
مطلوب		***	۱۵/۷۸۵	۰/۸۰۹	T9	
مطلوب		***	۱۵/۲۹۲	۰/۷۹۰	T10	
مطلوب		-	-	۰/۸۴۹	TA1	حمایت اجتماعی ادراک شده
مطلوب	۰/۹۱۷	***	۱۷/۰۰۴	۰/۸۱۷	TA2	
مطلوب		***	۱۷/۵۴۰	۰/۸۳۴	TA3	
مطلوب		***	۱۸/۷۷۸	۰/۸۷۳	TA4	
مطلوب		-	-	۰/۸۰۷	HA1	هویت اخلاقی (نماد سازی)
مطلوب		***	۱۶/۸۲۶	۰/۸۳۸	HA2	
مطلوب	۰/۹۲۷	***	۱۶/۵۵۸	۰/۸۲۹	HA3	
مطلوب		***	۱۵/۵۹۷	۰/۷۹۴	HA4	
مطلوب		***	۱۶/۵۷۲	۰/۸۲۹	HA5	
مطلوب		***	۱۷/۱۷۲	۰/۸۵۰	HA6	
مطلوب		-	-	۰/۷۹۱	HA7	
مطلوب		***	۱۵/۰۳۹	۰/۷۸۹	HA8	
مطلوب		***	۱۴/۷۸۰	۰/۷۷۹	HA9	
مطلوب	۰/۹۲۵	***	۱۴/۹۱۸	۰/۷۸۴	HA10	
مطلوب		***	۱۵/۳۹۳	۰/۸۰۴	HA11	
مطلوب		***	۱۶/۰۷۸	۰/۸۳۱	HA12	
مطلوب		***	۱۵/۵۰۱	۰/۸۰۸	HA13	
مطلوب		-	-	۰/۸۳۴	KH1	خودکشی
مطلوب	۰/۹۰۸	***	۱۷/۱۲۰	۰/۸۳۳	KH2	
مطلوب		***	۱۸/۸۴۰	۰/۸۹۲	KH3	
مطلوب		***	۱۶/۷۳۸	۸۲۱	KH4	

همانطور که در جدول ۵ گزارش شد، در مدل پژوهش مقدار کای دو به درجه آزادی ۱,۴۸۵ و کوچکتر از ۳ است. همچنین مقدار جذر برآورد واریانس خطای تقریب

مناسبی محاسبه شده است. بنابراین در حالت کلی و با توجه به شاخص‌های محاسبه شده می‌توان برآزش مطلوب مدل را نتیجه گرفت.

اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی با احتمال ۹۵ درصد تایید می‌شود. چون ضریب مسیر استاندارد بین این دو متغیر منفی و برابر $0/۲۳۷$ - بدست آمده است. بنابراین می‌توان گفت بین حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد. همانطور که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌کنید، وجود رابطه تحریف شناختی و گرایش به خودکشی با احتمال ۹۵ درصد تایید می‌شود. چون ضریب مسیر استاندارد بین این دو متغیر مثبت و برابر $0/۱۳۴$ بدست آمده است. لذا می‌توان گفت بین تحریف شناختی و گرایش به خودکشی رابطه معنادار و

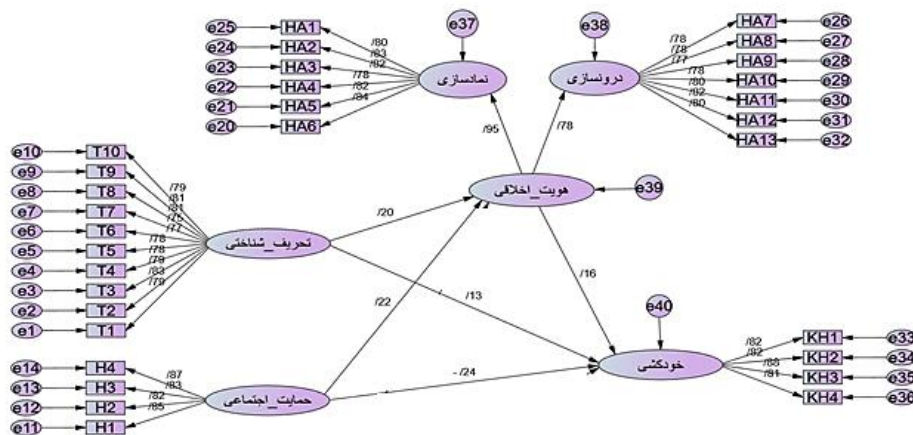
(RMSEA) برابر $0/۰۴۰$ و کمتر از $0/۰۸$ است. همچنین شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص برازندگی افزایشی (IFI) بترتیب برابر با $0/۰۹۶$ ، $0/۰۸۶$ و $0/۰۹۶$ بوده و همگی در حد بسیار مطلوب قرار دارند، پس مدل برازش خوبی را نشان داده و مورد تایید است. مدل زیر مدل تحقیق بر اساس ضرایب مسیر استاندارد شده را نشان می‌دهد. جهت بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی از همبستگی پیرسون استفاده گردید که در ادامه گزارش گردیده است. همانطور که در جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود، وجود رابطه حمایت

جدول ۴- شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی

شاخص‌های بررسی شده	نماد لاتین	میزان استاندارد	مقدار برآورد شده
کای اسکور/درجه آزادی	(χ^2/df)	کمتر از ۳	۱/۳۰۹
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	(RMSEA)	کمتر از $0/۰۸$	$0/۰۳۲$
برازش مقایسه‌ای	(CFI)	بیشتر از $0/۹$	$0/۹۷$
برازش فزاینده	(IFI)	بیشتر از $0/۹$	$0/۹۷$
نیکویی برازش	(GFI)	بیشتر از $0/۸$	$0/۸۷$

جدول ۵- نتایج شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

GFI>0.8	IFI>0.9	CFI>0.9	RMSEA<0.08	$\chi^2/df < 3$
$0/۸۶$	$0/۹۶$	$0/۹۶$	$0/۰۴۰$	۱/۴۸۵



نمودار ۲- مدل تحقیق در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده

جدول ۶- نتایج حاصل از بررسی رابطه تاب‌آوری و تحریف شناختی و گرایش به خودکشی

مسیر رابطه	مقدار بحرانی (CR)	معناداری	ضریب مسیر استاندارد	نتیجه
تاب‌آوری ← گرایش به خودکشی	۳/۷۴۴	$0/۰۰۱$	$-0/۲۳۷$	تایید شد
تحریف شناختی ← گرایش به خودکشی	۲/۲۱۷	$0/۰۲۷$	$0/۱۳۴$	تایید شد

شده و گرایش به خودکشی رابطه مستقیم وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج محققین دیگر از جمله پیکلر (Pikler) و همکاران (۲۰۰۳) (۱۸)، تران-وگت (Traun-Vogt) و همکاران (۲۰۱۰) (۱۹) و هومل و همکاران (۲۰۱۸) (۱۵) بود. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت حمایت اجتماعی می‌تواند شبکه‌ی وسیعی از روابط اجتماعی ایجاد می‌کند که برای افراد تجارب مثبتی را به ارمان بیاورد. این تجارب می‌توانند در احساس پیش‌بینی‌پذیری و ثبات در زندگی و بالا بردن ارزش خویشتن، مؤثر باشد و به فرد کمک کند تا از تجارب منفی که احتمال اختلال روان‌شناختی را افزایش می‌دهند، اجتناب کند و با استفاده از تجارب مثبت، بهیستی فرد را افزایش دهد (۱۸). با توجه به اینکه عواملی همچون انزوای اجتماعی و دارا بودن خانوادگی فاقد حساسیت، آشفتگی یا متعارض جزء عوامل پرخطر مرتبط با خودکشی دسته‌بندی گردیده است. وجود احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز، موجب محافظت فرد در شرایط بحرانی گردیده و با ارتقاء سازگاری، توانایی مقابله با رفتار خودکشانه را در فرد افزایش داده و تحمل شرایط سخت را تسهیل می‌کند (۱۷). همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که حمایت اجتماعی فرصت‌هایی را برای افراد در جهت بحث و بررسی در مورد حوادث استرس‌زا و کاهش آزاردهندگی این حوادث فراهم می‌کند و احتمالاً افراد را قادر می‌نماید که به معنا رسیده و جنبه‌های مثبت خلق را شناسایی نمایند. بنابراین اگر نوجوانان از حمایت‌های اجتماعی خانواده و دوستان و افراد مهم دیگر برخوردار باشند کمتر افکار منفی از جمله افکار خودکشی در آنان ایجاد می‌شود؛ زیرا حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم می‌تواند با دلگرمی به نوجوانان موجب کاهش آثار مخرب استرس‌های دوران بلوغ شده و افکار خودکشی را در آنان کاهش دهد. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که بلوغ به عنوان دوره‌ای حساس موجب مشکلات روانشناختی زیادی برای نوجوانان می‌شود؛ اما برخورداری حمایت‌های اجتماعی از طرف افراد خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر موجب می‌شود که نوجوان

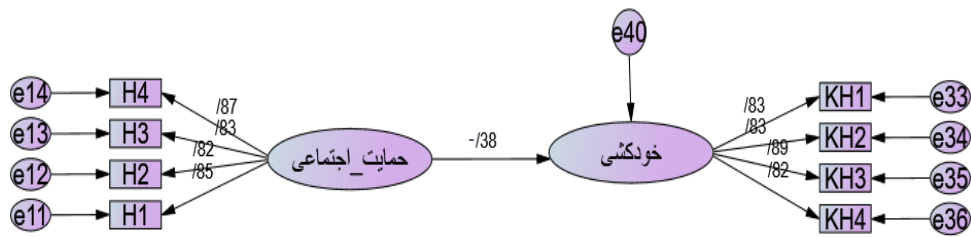
مستقیمی وجود دارد. همچنین جهت بررسی نقش میانجی‌گری هویت اخلاقی بین متغیر مستقل (حمایت اجتماعی ادراک شده) و وابسته (گرایش به خودکشی) از آزمون بارون و کنی استفاده شده است. با توجه به مدل مفهومی پژوهش (نمودار شماره ۳) می‌توان علاوه بر رابطه مستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به خودکشی، رابطه غیرمستقیم آن به وسیله متغیر میانجی هویت اخلاقی را نیز بدست آورد.

همانطور که در جدول شماره ۸ نمایان است، در مرحله اول و مدل ابتدایی که فقط رابطه حمایت اجتماعی با گرایش به خودکشی مد نظر بود، این ارتباط معنادار بوده و ضریب مسیر آن برابر $0/381$ - برآورد شده است. در مرحله بعدی که متغیر میانجی (هویت اخلاقی) وارد مدل شده و در بین دو متغیر حمایت اجتماعی و گرایش به خودکشی قرار گرفته است. ضریب مسیر بین این دو متغیر از $0/381$ - به $0/237$ - کاهش داشته و به لحاظ آماری معنادار هم می‌باشد. لذا می‌توان گفت که میانجی‌گری هویت اخلاقی در رابطه بین حمایت اجتماعی با گرایش به خودکشی تایید می‌شود.

جهت بررسی نقش میانجی‌گری هویت اخلاقی بین متغیر مستقل (تحریف شناختی) و وابسته (گرایش به خودکشی) از آزمون بارون و کنی استفاده شده است. همانطور که در جدول شماره ۹ نمایان است، در مرحله اول و مدل ابتدایی که فقط رابطه تحریف شناختی با گرایش به خودکشی مد نظر بود، این ارتباط معنادار بوده و ضریب مسیر آن برابر $0/304$ برآورد شده است. در مرحله بعدی که متغیر میانجی (هویت اخلاقی) وارد مدل شده و در بین دو متغیر تحریف شناختی و گرایش به خودکشی قرار گرفته است. ضریب مسیر بین این دو متغیر از $0/304$ به $0/134$ کاهش داشته و به لحاظ آماری معنادار هم می‌باشد. لذا می‌توان گفت که میانجی‌گری هویت اخلاقی در رابطه بین تحریف شناختی با گرایش به خودکشی تایید می‌شود.

بحث

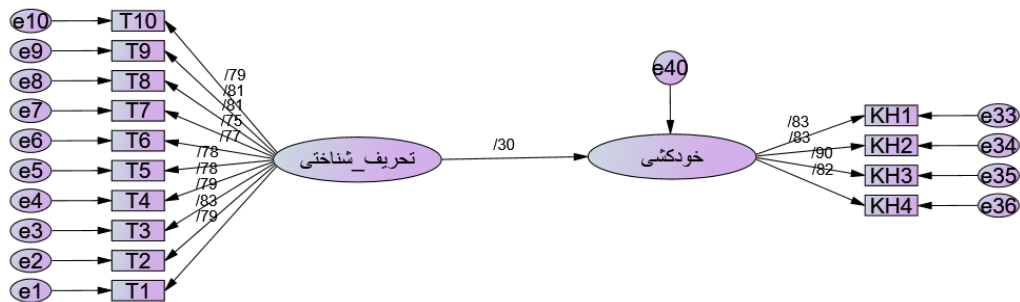
یافته‌ها بیانگر آن بود که بین حمایت اجتماعی ادراک



نمودار ۳- ضریب مسیر استاندارد شده بین حمایت اجتماعی با خودکشی بدون دخالت متغیر میانجی هویت اخلاقی (شرط اول)

جدول ۸- نتایج حاصل از بررسی رابطه حمایت اجتماعی با گرایش به خودکشی با توجه به نقش میانجی هویت اخلاقی

گام‌های آزمون بارون کنی	مسیر	ضریب مسیر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
بدون دخالت متغیر میانجی و مدل سازی بصورت جداگانه	حمایت اجتماعی ← گرایش به خودکشی	-۰,۳۸۱	۵,۲۲۰	۰,۰۰۰
ورود متغیر میانجی و مدلسازی با تمامی متغیرها بصورت یکجا	حمایت اجتماعی ← هویت اخلاقی	۰,۲۲۱	۳,۴۹۹	۰,۰۰۰
	هویت اخلاقی ← گرایش به خودکشی	۰,۱۵۷	۲,۲۳۸	۰,۰۲۵
	حمایت اجتماعی ← گرایش به خودکشی	-۰,۲۳۷	۳,۷۷۴	۰,۰۰۰



نمودار ۴- ضریب مسیر استاندارد شده بین تحریف شناختی با خودکشی بدون متغیر میانجی هویت اخلاقی (شرط اول)

جدول ۹- نتایج حاصل از بررسی رابطه تحریف شناختی با گرایش به خودکشی با توجه به نقش میانجی هویت اخلاقی

گام‌های آزمون بارون کنی	مسیر	ضریب مسیر	مقدار بحرانی	سطح معناداری
بدون دخالت متغیر میانجی و مدل سازی بصورت جداگانه	تحریف شناختی ← گرایش به خودکشی	۰/۳۰۴	۴/۸۳۰	۰,۰۰۰
ورود متغیر میانجی و مدلسازی با تمامی متغیرها بصورت یکجا	تحریف شناختی ← هویت اخلاقی	۰/۲۰۴	۳/۲۸۷	۰/۰۰۱
	هویت اخلاقی ← گرایش به خودکشی	۰/۱۵۷	۲/۲۳۸	۰/۰۲۵
	تحریف شناختی ← گرایش به خودکشی	۰/۱۳۴	۲/۲۱۷	۰/۰۲۷

تران- و گت (Traun-Vogt) و همکاران (۲۰۱۰) (۱۹) بود. می‌توان مطرح ساخت که تحریف‌های شناختی حلقه ارتباط میان مواجهه شخصی با یک حادثه آسیب زای شخصی و افکار خودکشی بعد از آن هستند. این ارتباط بر اساس ابعاد تحریف شناختی بعد از یک حادثه آسیب‌زا روشن می‌شود: افکار منفی نسبت به خود، افکار منفی نسبت به دنیا و سرزنش خود. این سه بعد می‌توانند بعد از تجربه خشونت بین فردی ایجاد شوند به نحوی که هرچه میزان این خشونت بیشتر باشد

کمتر احساس تنهایی کند و کمتر به افکار منفی از جمله افکار خودکشی روی بیاورد. اما پشتیبانی و درک پایین افراد از نوجوان ممکن است آسیب‌پذیری نسبت به افکار خودکشی و یا حتی مرگ بوسیله خودکشی را افزایش دهد (۲۰).

همچنین یافته‌ها بیانگر آن بود که بین تحریف شناختی و گرایش به خودکشی رابطه معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج محققین دیگر از جمله پیکلر (Pikler) و همکاران (۲۰۰۳) (۱۸)،

همسر و تشکیل خانواده است؛ بنابراین با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان گفت، هویت اخلاقی موجب افزایش سازگاری فردی و اجتماعی در دانش‌آموزان گردیده است، چون افرادی که از هویت اخلاقی بالاتری برخوردارند می‌توانند اعتقادات مذهبی و اسلامی قوی‌تری داشته باشند و روابط اجتماعی را برای شکل‌دهی خود حیاتی می‌دانند (۲۳). همچنین عوامل فردی و اجتماعی می‌توانند در میزان بالابردن هویت اخلاقی افراد مؤثر باشد، به طوری که در سطح فردی مواردی از قبیل شخصیت، تحول شناختی، ارزش‌ها، نگرش و تحول هویت، می‌تواند بر شکل‌گیری هویت اخلاقی اثر بگذارد و در سطح زمینه‌مهمترین عامل، ساختار اجتماعی و فرهنگی است که در این میان خانواده از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، لذا وجود این خصوصیات در افراد می‌تواند بر سازگاری آنها اثر مثبت داشته باشد و گرایش افراد به سمت رفتارهای پرخطر و تمایلات و افکار خودکشی را به دنبال داشته باشد. همچنین نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان از تایید نقش شفقت به عنوان یکی از مولفه‌های مهم هویت اخلاقی در افکار ناکارآمد مرتبط با خودکشی داشته است (۲۴).

محدودیت‌ها: پژوهش حاضر مانند اکثر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده که شناخت آنها جهت انجام پژوهش‌های بعدی و تلاش برای کاهش یا رفع این محدودیت‌ها منطقی به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان دختر اجرا شد، بنابراین در تعمیم یافته‌های آن به دانش‌آموزان پسر جانب احتیاط رعایت شود. عدم آشنایی بسیاری از نوجوانان با پژوهش و امور تحقیقات که با جلسه توجیهی این مساله مدیریت گردید. استفاده صرف از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی مخصوصاً برای ارزیابی افکار خودکشی از جمله محدودیت‌ها بود. لذا پیشنهاد می‌گردد بررسی موضوع تحقیق در سایر مناطق کشور به دلیل وجود شرایط فرهنگی و قومی گوناگون به منظور بررسی و مقایسه نتایج تحقیقات با یکدیگر پیشنهاد می‌گردد. استفاده از روش‌های کیفی جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه برای مشخص شدن میزان افکار خودکشی به عنوان روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی پیشنهاد

میزان تحریف‌های شناختی بیشتر خواهد بود. افزایش تحریف‌های شناختی در دو بعد دید منفی به خود و به دنیا، با افزایش افکار خودکشی و رفتار خودکشی نیز ارتباط دارد در حالی که افزایش در بعد سرزنش خود با افکار خودکشی ارتباط دارد. امروزه بسیاری از نوجوانان در سیر تفکر خود به دلیل عدم آشنایی با اصول تفکر منطقی و صحیح، ناخواسته دچار خطای شناختی می‌شوند. شاید بسیاری از گرفتاری‌های دوره نوجوانی ناشی از آلوده بودن افکار به این نوع خطاها باشد. به نظر می‌رسد بسیاری از مسائل سلامت‌روان چون خودکشی، افسردگی، خشونت و بسیاری از رفتارهای غیرعادی، بی‌ارتباط با خطاهای شناختی نباشد. شناخت درست و مطابق با واقعیت عامل مهمی برای یافتن حقیقت و آگاه شدن از زوایای مثبت یک زندگی است. تحلیل نادرست مسائل رویدادهای زندگی افراد را دچار لغزش و خطا می‌کند که این امر در سازگاری و ناسازگاری افراد در جامعه تاثیر فراوانی دارد و می‌تواند همه زندگی فرد را تحت الشعاع قرار دهد (۲۱). سبک پردازش شناختی نوجوانان شامل بدبینی در مورد آینده، خطاهای شناختی در تفکر که منجر به تحریف در واقعیت‌های دنیا اطراف شده و زمینه ساز بروز افسردگی در افراد می‌شود، که این افسردگی با تاثیری که بر کارکرد روزانه و روابط اجتماعی نوجوان بر جای می‌گذارد می‌تواند موجب بروز افکار خودکشی و حتی اقدام به خودکشی در این گروه سنی شود (۲۲).

همچنین نتایج نشان داد که هویت اخلاقی در رابطه بین حمایت اجتماعی با گرایش به خودکشی نقش غیرمستقیم دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت هویت اخلاقی بر حسب مؤلفه‌های (درونی‌سازی، به‌صورت مثبت و نمادی‌سازی)، به صورت مثبت، قادر گردیدند پیشبینی‌کننده متغیر سازگاری فردی-اجتماعی باشند. افراد در دوران نوجوانی و جوانی با شرایط جدیدی به طور همزمان و یا با فاصله زمانی مواجه می‌شوند که تعدد این مراحل ضرورت تحلیل نظری سازگاری نوجوانان و جوانان را دوچندان می‌سازد. مراحل مذکور شامل ورود به دبیرستان، انتخاب رشته تحصیلی، تحصیل در دانشگاه، اشتغال، محیط کاری، انتخاب

Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(11):1222-1245.

7. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019;27(8):3119-3132.

8. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.

9. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med*. 2019;20(9):1831-1840.

10. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(4):325-31.

11. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*. 2003;38(3):495-508.

12. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.

13. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res*. 2017;33:164-168.

14. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010;27(3):146-55.

15. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(5):399-403.

16. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 1996;98(5):861-7.

17. Yu H, Liu Y, Li S, Ma X. Effects of music on anxiety and pain in children with cerebral palsy receiving acupuncture: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(11):1423-30.

18. Han L, Li JP, Sit JW, Chung L, Jiao ZY, Ma WG. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2010;19(7-8):978-87.

19. Zengin S, Kabul S, Al B, Sarcan E, Doğan M, Yildirim C. Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complement Ther Med*. 2013;21(6):689-96.

می‌گردد. همچنین با توجه به رابطه منفی حمایت اجتماعی با افکار خودکشی در نوجوانان، پیشنهاد می‌شود برای کاهش افکار خودکشی در آنها، زمینه لازم جهت آموزش‌ها و مشاوره در فراهم سازی حمایت‌های اجتماعی مربوطه فراهم شود و روانشناسان و مشاوران به آموزش‌های مبتنی بر این حوزه مجهز شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج تاییدکننده رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک شده و گرایش به خودکشی از یکسو و تحریف شناختی با خودکشی از سوی دیگر بودند که هویت اخلاقی نیز در رابطه بین این مولفه‌ها نقش میانجی دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد آموزش مهارت‌های حمایت اجتماعی و تشخیص افکار تحریف شده، در کنار توجه به هویت اخلاقی غنی و در راستای پیشگیری از مسائل مربوط به خودکشی بویژه در دانش‌آموزان نوجوان، از طرف مسئولین مدارس و کشور مهم تلقی شود و در دستور کار آنان قرار گیرد.

References

- Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.
- Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.
- Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2016;61:137-45.
- Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns*. 2017;26(6):1173-1178.
- Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.
- Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial

20. Chen LC, Wang TF, Shih YN, Wu LJ. Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(4):436-41.
21. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:122-130.
22. Yinger OS, Gooding LF. A systematic review of music-based interventions for procedural support. *J Music Ther*. 2015;52(1):1-77.
23. Johnson JR, Crespín DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2014;2014(50):330-7.
24. Lyu MM, Siah RC, Lam ASL, Cheng KKF. The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(10):3069-3082.